

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo-
Conductual: Un Caso Comórbido de Trastorno de Personalidad Límite**

Elena Cristina Hugo Mendoza

Esteban Utreras, Ph.D., Director de Tesis

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

Quito, noviembre de 2014

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades
HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual en
un Caso Comórbido de Trastorno de Personalidad Límite**

Elena Cristina Hugo Mendoza

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de Tesis

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

Esteban Ricaurte, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

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

Quito, noviembre de 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: Elena Cristina Hugo Mendoza

C. I.: 1721430617

Fecha: Quito, noviembre de 2014

DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi fortaleza y motivación.

A mis hermanos por ser incondicionales y un ejemplo a seguir.

A Carmen, por darme la oportunidad de ser parte de su proceso.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero y profundo agradecimiento a mi director de tesis, Esteban Utreras por todo su apoyo, su enseñanza, profesionalismo y supervisión continua en este trabajo.

Agradezco a mis profesores, amigos y compañeros por acompañarme en este trayecto y por ser parte fundamental de este proceso.

RESUMEN

El siguiente estudio de caso expone la problemática de una joven universitaria con un diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor, comórbido con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Personalidad Límite. El diagnóstico se obtuvo siguiendo los criterios de diagnóstico del DSM-IV TR y el DSM-V. En adición, se aplicó el test de personalidad Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Además, se usó la información obtenida en sesión, auto-reportes y grabaciones. El proceso terapéutico inicio en septiembre de 2013 y finalizó en Junio de 2014. Al concluir el tratamiento, la paciente ya no cumple criterios de diagnóstico de depresión mayor ni de ansiedad generalizada. Sin embargo, todavía cumple algunos criterios del Trastorno de Personalidad Límite, aunque estos no son los suficientes para mantener el diagnóstico. La paciente adquirió herramientas para manejar su malestar, modificó sus creencias por unas más adaptativas y su sintomatología disminuyó.

Palabras Clave: Trastorno de Personalidad Límite, Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Dialéctica Conductual.

ABSTRACT

The following case study exposes a college student's problematic. The patient was diagnosed with Major Depressive Disorder, comorbid with Generalized Anxiety Disorder and a Borderline Personality Disorder. The diagnosis was obtained following DSM-IV TR and DSM-V criteria. In addition, the patient took the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) and the Symptoms Checklist 90 Revised (SCL-90-R) and the Beck Depression Inventory (BDI). Moreover, data was recollectd during every session, self-reports and audio records. The therapeutic process started in September 2013 and finished in June 2014. At the end of treatment the patient did not met criteria for the diagnosis of a major depressive disorder, generalized anxiety disorder. However, the patient still met some of the criteria for a borderline personality disorder, though these were not enough for a diagnosis. The patient was able to gain abilities and tools to manage her distress, modified beliefs for more adaptive ones, and her symptomatology diminished.

Key Words: Borderline Personality Disorder, Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Behavior Therapy, Dialectical Behavior Therapy.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	13
Datos de identificación	14
Antecedentes	14
El Problema.....	16
Historia Familiar	17
Historia Personal.....	18
Situación Actual.....	21
Mini-mental.....	21
Hipótesis	22
Preguntas de Investigación	22
Contexto y Marco Teórico	23
Propósito del estudio	23
Significado del estudio	24
Definición de términos.....	24
Presunciones del autor del estudio	25
Supuestos del estudio.....	26
REVISIÓN DE LA LITERATURA	27
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	27
Fuentes	27
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	27
Formato de la revisión de la literatura	27
Tema 1. Terapia cognitiva conductual	28
Tema 2. Trastorno de Depresión Mayor	47
Tema 3. Investigación de la terapia cognitiva y el trastorno de depresión	53
Tema 4. Conceptualización cognitiva conductual del caso.....	59
Tema 5. Trastorno de Ansiedad Generalizada.	64

Tema 6. Investigación terapia cognitivo conductual y trastorno de ansiedad generalizada.....	68
Tema 7. Conceptualización cognitiva conductual del trastorno de ansiedad generalizada.....	71
Tema 8. Terapia dialéctica conductual.....	74
Tema 9. Trastorno de Personalidad Límite.....	90
Tema 10. Prevención e intervención temprana.....	99
Tema 11. Conceptualización de caso trastorno de personalidad límite terapia dialéctica conductual.....	102
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	107
Justificación de la metodología utilizada.....	107
Curso del tratamiento.....	108
Breve Descripción del estado mental actual.....	108
Herramientas de Investigación Aplicadas.....	108
SCL-90-R.....	109
Inventario de depresión de Beck.....	109
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).....	110
Diagnóstico y evaluación funcional.....	113
Diagnóstico en base a criterios del DSM-V.....	114
Trastorno de ansiedad generalizada (300.02).....	117
Trastorno de Personalidad Límite (301.83).....	118
Estructura del Tratamiento.....	120
Lista de Problemas.....	120
Metas a corto plazo.....	121
Metas a largo plazo.....	122
Consideraciones éticas y legales.....	123
Aspectos de la relación terapéutica.....	128
Transferencia.....	128
Contratransferencia.....	130
Temas e intervenciones.....	132

Psicoeducación.....	132
Aplicación del registro de pensamientos disfuncionales.....	133
Experimentos Conductuales.....	133
Formulario de Creencias Centrales.....	134
Relajación progresiva.....	134
Juego de roles.....	135
Rueda de las emociones.....	135
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	137
Análisis de resultados SCL-90-R.....	137
Pre Intervención.....	137
Post Intervención.....	138
Análisis General.....	138
Análisis de resultados Inventario de Depresión de Beck.....	141
Análisis de Resultados de aplicación MMPI-2.....	142
Análisis de resultados fase media de tratamiento.....	142
Análisis de Resultados de aplicación MMPI-2 post tratamiento.....	159
Análisis comparativo resultados pre y post tratamiento MMPI-2.....	168
Importancia del estudio.....	182
Resumen de sesgos del autor.....	183
CONCLUSIONES.....	184
Respuestas a las preguntas de investigación.....	184
Limitaciones del estudio.....	185
Recomendaciones para futuros estudios.....	186
Resumen general.....	186
REFERENCIAS.....	188
ANEXO A.....	195
ANEXO B.....	196

TABLAS

Tabla 1 Lista Parcial de Desórdenes Tratados Exitosamente con Terapia Cognitiva Conductual.....	30
Tabla 2 Prevalencia Trastorno de Depresión Mayor (Kohn y col., 2005).....	52
Tabla 3. Valores T de acuerdo a la fecha de evaluación SCL-90-R.....	140
Tabla 4. Resultados Inventario Depresión de Beck.....	141
. Tabla 5. Valores T de las Escalas de Validez	170
Tabla 6. Valores T Obtenidos de las Escalas Clínicas	174
Tabla 7. Resultados Comparativos Escalas de Contenido.....	179

FIGURAS

Figura 1 Diagrama: Modelo Cognitivo	32
Figura 2. Variaciones de los valores T obtenidos en cada evaluación.	140
Figura 3 Valores T obtenidos de escalas de validez.....	170
Figura 4 Valores Comparativos Escalas Clínicas.....	174
Figura 5 Resultados comparativos Escalas de Contenido	179

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Datos de identificación

Carmen es una mujer de 20 años, soltera, de nacionalidad ecuatoriana que está cursando su 2do año de estudio superior en el Ecuador. Vive con sus padres y su hermano mayor. La paciente acude a terapia psicológica por primera vez el 9 de septiembre del 2013, auto-referida al sistema de tratamiento psicológico gratuito del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Antecedentes

La paciente acude a terapia ya que presenta muchas preocupaciones acerca de pasar por una nueva crisis y no poder manejarla, reportando que la más reciente ocurrió en marzo del 2013. De acuerdo a la definición aportada por Carmen, crisis es un estado en el que pierde el control, no logra manejar sus emociones, sus respuestas emocionales son rápidas, intensas y generan altos niveles de malestar. Esto incluye ánimo depresivo, síntomas ansiosos, nerviosismo, deseos hacerse daño, dejar su hogar, su educación y su vida actual y pensamientos rápidos e intrusivos acerca de la ideación suicida, enfocado en la planeación. Carmen menciona que la inestabilidad emocional ha estado presente a lo largo de su vida, pero que en los últimos meses le ha generado mucho malestar. Cuando tenía 14 años inicia la conducta de auto-mutilación, realizándose cortes en las muñecas, que por lo general no generaban una cicatriz profunda, no requirieron hospitalización y según lo que reporta estos no fueron intentos suicidas, más bien estaban enfocados a disminuir el dolor y vacío emocional que sentía.

Se describe a sí misma como muy impulsiva, extremista, desconfía sobremanera en las intenciones de los demás y tiene gran dificultad en generar y mantener relaciones saludables y estables. Además, se siente extraña y diferente, lo cual la ha llevado a ser muy crítica de sí misma y generar una tendencia hacia la autoevaluación negativa.

Al momento, la paciente vive con sus padres y su hermano mayor, pero abandonó el hogar repentinamente en marzo del 2013 por un periodo de dos semanas. Les dejó una carta a sus padres expresándoles su orientación sexual hacia personas de su mismo género. En ese periodo abandonó su carrera y planeaba irse del país con los ahorros que tenía, pero sus amigos cercanos le hicieron cambiar de opinión. Entre los desencadenantes que la paciente identifica está la ruptura de su primera relación homosexual, menciona que ella tomó la decisión de forma impulsiva y terminó con la relación, lo cual además, desencadenó la ideación suicida.

Después de que retoma su vida y regresa a su hogar, Carmen menciona que sus padres ignoraron su revelación. Por un lado, su padre nunca más tocó el tema y por el otro su madre intentaba acercarse y se culpaba por la orientación sexual de su hija, haciendo énfasis en que era una etapa y que pronto saldría de esto con la ayuda de la religión. Como consecuencia, la paciente se aislaba cada vez más de su familia y paulatinamente de sus amigos generando sintomatología ansiosa (palpitaciones en el pecho, temblor en las manos, tensión) así como sintomatología depresiva (alteraciones del patrón del sueño, falta de motivación, culpabilidad, tristeza, irritabilidad, aislamiento y vacío emocional). Posteriormente, reporta que tuvo un intento suicida por el que no tuvo que ser hospitalizada. En una salida con amigos, tomó alcohol, consumió marihuana y posteriormente cocaína, con el fin de generarse una sobredosis. Esta fue la primera vez que consumió cocaína y reporta que se sintió mal físicamente, pero que esto no generó mayores

efectos colaterales. No existe un consumo de alcohol recurrente o problemático asociado al abuso o dependencia. No obstante, es importante mencionar que ha consumido alcohol conjuntamente con cocaína y marihuana con el fin de hacerse daño, esto ocurrió en una ocasión y posteriormente lo realizó una vez más de forma recreacional de acuerdo a auto-reportes.

El Problema

Carmen creció en una familia de nivel socioeconómico medio, sus padres estuvieron muy ausentes a lo largo de su vida debido al trabajo y a sus esfuerzos por mantener, criar y educar a sus dos hijos. La paciente menciona que la relación con sus padres es muy distante, más que nada con su padre con el que reporta un distanciamiento significativo a partir de un evento que vivió cuando ella tenía cinco años. Estaba con su padre en el trabajo y ella observó como su padre engañaba a su madre, Carmen nunca le mencionó esto a nadie, pero considera que esto generó mucho resentimiento mientras crecía, por lo que nunca quiso establecer una relación con él. Por otro lado, la relación maternal nunca fue cercana, menciona que los recuerdos positivos con su madre son muy escasos ya que la veía muy poco mientras crecía y los intentos por un acercamiento fueron negativos.

A pesar de no tener una relación significativa y un vínculo cercano con sus cuidadores, Carmen tuvo la oportunidad de establecer una relación muy cercana con su prima Ana mientras crecía. Ana es una persona muy significativa para Carmen, siempre la apoyó y a pesar de que eran diferentes, en edad y personalidad, encontró un refugio en ella, al cual siempre acudió. Sin embargo, una de las primeras pérdidas de la paciente ocurre cuando ella tenía 12 años y Ana se muda a otro país. Durante ese periodo la paciente reporta haber tenido mucha dificultad en el área afectiva y considera que a partir de ese

momento inicia la desconfianza hacia los demás y empieza a cuestionarse qué tan importante es para su familia.

Durante su adolescencia, la paciente reporta no haber tenido problemas muy graves, tuvo algunas relaciones con chicos de su edad, pero menciona que no se sentía cómoda, lo cual la llevó a descubrir que le atraían las mujeres cuando tenía 14 años. Con respecto a sus amistades en el colegio, se consideraba una joven normal, tenía algunos amigos cercanos, pero tenía algunas dificultades en interactuar y establecer relaciones muy íntimas, generalmente convivía con jóvenes mayores a ella, pero de forma muy superficial. Su desempeño académico era bueno y siempre jugó fútbol. Sin embargo, en el último año del colegio, su orientación sexual empieza a revelarse después de que le contó acerca de su secreto a sus amigas cercanas. Carmen reporta que fue difícil al principio, pero que descubrió que había otros jóvenes con los que compartía su orientación sexual, por lo que la situación fue un poco más llevadera.

Cuando tiene 17 años inicia su primera relación homosexual, duró algunos meses y en sesión reporta que esta joven fue la persona más importante de su vida durante ese tiempo, ella le permitió alejarse de la conducta de auto-mutilación y la distraía del malestar de la dinámica familiar; encuentra en su pareja un refugio de la tristeza y el aislamiento en el que vivía. Sin embargo, tras una pelea, Carmen termina la relación abruptamente, acto que al momento la paciente considera impulsivo y se arrepiente profundamente del mismo. La ideación suicida inicia poco tiempo después del evento, manteniéndose hasta el proceso terapéutico.

Historia Familiar

Con respecto a su familia, la paciente reporta que siempre han sido muy distantes a nivel emocional y físico. Las muestras de afecto nunca han sido comunes. A pesar de que

ella no recuerda claramente estos incidentes, la paciente reporta que su hermano mayor, Mario le comentó que cuando eran pequeños su padre los golpeaba y tenía un carácter muy fuerte, los acercamientos eran muy difíciles, por lo que ambos se aislaban mucho y evitaban estar en contacto con él. La relación entre ellos nunca fue afectiva de acuerdo al reporte de la paciente, tenían muchas peleas y por lo general, Carmen creía que eran por su culpa y recuerda que cuando era niña deseaba que sus padres se separen, lo cual le generaba mucha culpa, ya que en ocasiones, intencionalmente, Carmen hacía que sus padres se discutan.

La paciente reporta que su hermano le contó que cuando ella era muy pequeña, su madre sufrió un episodio de depresión mayor por lo que tuvo que ser medicada. Carmen no recuerda este episodio y no sabe exactamente como sucedió. Recientemente, Carmen supo que su padre también sufrió de mucho maltrato físico por parte de sus cuidadores mientras crecía. Además de estos reportes por parte de Mario, la paciente no tiene mayor información acerca de la dinámica familiar inicial, ni de la historia personal de sus padres.

Historia Personal

Carmen crece en un ambiente negligente a nivel emocional y afectivo. El vínculo con los padres nunca se desarrolla, percibiéndose como proveedores a nivel económico. La joven percibe que no hay cercanía con sus padres por varias razones. En primer lugar, ella crece creyendo que no fue deseada. Por ejemplo, cuando era niña, recuerda escuchar una conversación entre sus padres en la que mencionan que no planeaban que ella naciera y que solo querían un hijo. Además, conforme va creciendo busca este afecto, pero sus intentos son fallidos, no recibe respuesta de su madre, aspecto que la marcó profundamente. En segundo lugar, la percepción que ella tenía de sí misma como diferente y extraña limitaba mucho el contacto con sus padres y otras personas por lo que no

aprendió a seguir un modelo de afecto positivo. En tercer lugar, durante la adolescencia y frente a todos los cambios que estaba viviendo tampoco percibe apoyo y aceptación por parte de sus padres y la dinámica de aislamiento y rechazo se mantiene y fortalece. Por último, la negación y evitación de su orientación sexual, refuerza la percepción de que es extraña, no es aceptada, ni amada. Su confesión fue ignorada por su padre y su madre realizó intentos de cambiarla y culparse por la situación durante meses. Comentarios por parte de la madre alrededor de que es su culpa porque no fue una buena madre para ella, de que puede cambiar, que su orientación sexual es una etapa y que la va a superar con la ayuda de Dios, generaron mucho malestar en la paciente disminuyendo aún más la probabilidad de que se desarrolle una mejor relación.

La paciente no tiene o tuvo alguna condición médica de relevancia que esté asociada a su malestar psicológico-emocional actual. No obstante, tuvo un accidente cuando era adolescente mientras jugaba tenis, el cual requirió de una cirugía en la rodilla. Recuerda que estaba completamente apasionada por este deporte durante su adolescencia, más que nada porque era una forma de acercarse a su padre. Se consideraba muy buena y estaba en un campeonato pero después del accidente dejó el deporte por completo. La cirugía en la rodilla no le permitió caminar por varios meses, por lo que dependía del cuidado de su madre. Durante este tiempo, la paciente reporta que se sentía importante y querida cuando su mamá la cuidaba pero el sentirse incapaz le generaba altos niveles de malestar. A pesar de que se recuperó, nunca más quiso saber del deporte.

La paciente comenta que siempre se sintió sola y responsable de su vida, aunque depende de sus padres a nivel económico, ella se considera una joven independiente y menciona no necesitar a nadie, a nivel afectivo ni emocional. Después de sus experiencias a nivel íntimo, no confía en las personas y rechaza cualquier intento de cercanía por parte

de los demás; su prima, hermano o amigos cercanos. No se percibe como importante, capaz o en control de su vida, ni de sus emociones. Se percibe tan volátil con respecto a lo que puede pasar o a lo que puede hacer, que percibe su futuro como incierto.

Con respecto a su orientación sexual, percibe rechazo por parte de sus padres y familiares cercanos, lo cual a su vez, también trae sentimientos de culpa por ser diferente a los demás. A pesar de que los padres no aceptaron por completo su revelación acerca de su orientación sexual, con el paso del tiempo el tema nunca más se volvió a mencionar en la familia de Carmen, por lo que considera que los padres niegan y rechazan sus preferencias.

Carmen creció creyendo que las emociones son malas y que hay que evitarlas, que el afecto no se demuestra y que la fortaleza está acompañada de evitar las emociones y las expresiones de las mismas, por lo que constantemente está luchando por no sentir “nada”. Por otro lado, la contradicción y polarización de sus pensamientos le han causado mucho malestar psicológico. Se siente triste, sola, desesperanzada, desmotivada e incapaz de manejar su malestar, lo cual la ha llevado a considerar acabar con su vida en los últimos dos años. Carmen menciona que la ideación está presente constantemente, son pensamientos recurrentes que por lo general se encuentran en un cinco en una escala de 0-10, pero esto puede variar conforme se van dando distintas situaciones en su vida. Por lo general, las situaciones que desencadenan una crisis, altos niveles de malestar y activan el deseo de hacerse daño, son comunes y Carmen las percibe como poco importantes cuando ya se encuentra más tranquila. Sin embargo, en ese momento activan una cadena de pensamientos que generan un sinnúmero de emociones negativas (ira, tristeza, desesperanza, culpa, descontrol y soledad). Carmen reporta que las crisis son recurrentes, eventos asociados a sí misma, sus familiares o cualquier activador del entorno tienen el potencial para generar una crisis.

Situación Actual

Carmen acude a sesión muy nerviosa, inquieta y con signos de ansiedad, sus manos están en constante movimiento, su respiración agitada y abraza su mochila durante toda la sesión. Al momento reporta tener un sinnúmero de preocupaciones alrededor de su malestar, no quiere entrar en una nueva crisis. Considera que duerme más de lo normal, más que nada por las tardes, se siente desmotivada para realizar actividades, pero encuentra la energía para practicar fútbol y estudiar. Últimamente se ha sentido muy sola y cansada de todo, no tiene esperanzas de vivir y considera que su futuro es incierto y hay dos personas significativas –su prima y sobrino- que la mantienen con vida. Presenta una gran cantidad de pensamientos contradictorios sobre cuáles son sus ideales y sobre sus objetivos en terapia. Los pensamientos acerca de sí misma, los demás y el mundo se transforman constantemente, oscilando entre extremos. Por ejemplo, “Quiero cercanía con los demás” a “No necesito a nadie”. Carmen percibe que tiene muchos problemas, pero no los quiere tratar porque esto conlleva un acercamiento a sí misma a nivel emocional, aspecto que no puede manejar. Por lo general, existen altos niveles de desconfianza, evitación de contacto físico con personas cercanas, afecto y expresión de emociones. Es muy común que se sienta fuera de lugar en la Universidad, su hogar, en su equipo de fútbol y entre grupos grandes. Por último, reporta que la ideación suicida ha estado tan presente en su vida durante los últimos años, que al momento no lo considera algo anormal o extraño a sí misma, es una opción para alejarse del malestar que vive a diario.

Mini-mental

La paciente acude a la primera sesión completamente orientada en tiempo y espacio. Expresión verbal completamente coherente, con una narrativa externa circunstancial. Se percibe nerviosa por la tonalidad de su voz, habla rápida y movimiento

corporal tenso, notable en las manos y en su postura rígida. El afecto no es plano, pero es claro que intenta mantener el control por su expresión facial. Por el contenido de su narrativa se puede inferir que existe la capacidad para sentir y expresar emociones, pero estas son evitadas a través del sobre-control.

Hipótesis

Dado el historial clínico obtenido a lo largo de las sesiones y a la sintomatología presente en la paciente, en base a la herramienta de diagnóstico, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised, Fourth Edition* (DSM-IV TR) y al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V), en el Eje I, Carmen presenta un Trastorno de Depresión Mayor, episodio único moderado, comórbido con un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Además, dado que hay un patrón de conductas, pensamientos y estados emocionales persistentes y poco flexibles, que generan altos niveles de malestar a nivel familiar, académico e interpersonal, se determina que en el Eje II, hay un Trastorno de Personalidad Límite.

Por lo tanto, en base a la información obtenida, se establece la hipótesis del estudio como: la aplicación de la terapia dialéctica conductual va a ser efectiva en disminuir la sintomatología, la conducta suicida y proveerá de herramientas para tolerar y manejar presentes y futuras crisis. Por otro lado, la aplicación de técnicas cognitivo conductuales va a ser efectiva para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa.

Preguntas de Investigación

Cómo y hasta qué punto la intervención con terapia dialéctica conductual es efectiva para la reducción de conducta suicida, tolerancia al malestar, manejo en crisis y para mejorar el nivel de satisfacción general en la vida de la paciente. Además, cómo y

hasta qué punto la terapia cognitiva conductual es efectiva para la reducción de síntomas depresivos y ansiosos de la paciente.

Contexto y Marco Teórico

Los trastornos de personalidad (TP), son desórdenes pervasivos que conllevan un sinnúmero de sintomatología que generan disfuncionalidad en la vida de las personas que lo padecen. En base a los criterios del DSM-V, el trastorno límite de personalidad se caracteriza por inestabilidad en relaciones interpersonales, afectos, auto-imagen e impulsividad que inician en la adolescencia y se mantienen en la adultez afectando distintas áreas de funcionalidad. Por otro lado, en base al mismo manual de diagnóstico, el Trastorno de Depresión Mayor episodio único moderado, es un trastorno del estado de ánimo y al igual que el Trastorno de Ansiedad Generalizada, disminuyen significativamente el nivel de funcionalidad de la persona. Con el fin de conceptualizar el presente caso, se aplicará el enfoque terapéutico de la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitivo conductual.

Propósito del estudio

El propósito del presente estudio es determinar el nivel de efectividad de la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitivo conductual en un caso de Trastorno de Personalidad Límite, comórbido con Trastorno de Depresión Mayor, así como el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se espera obtener resultados positivos a partir de la modificación de creencias centrales disfuncionales, monitoreo de emociones y entrenamiento en técnicas de regulación emocional, conductuales así como cognitivas. Además, se busca disminuir la sintomatología y proporcionar conductas más adaptativas a través de la aplicación de los módulos de tolerancia y manejo del malestar, efectividad interpersonal y *mindfulness*.

Significado del estudio

El estudio será útil para ampliar el campo de la investigación en salud mental en el Ecuador, específicamente en el tratamiento de trastornos de personalidad. Además, podrá ofrecer información acerca de la aplicabilidad de intervenciones efectivas en otras poblaciones. Dado que la terapia dialéctica conductual ha sido aplicada a casos de trastornos de personalidad límite y a ideación suicida específicamente, este estudio de caso podrá ampliar la investigación existente y su aplicabilidad en un caso proveniente de una cultura latina. Debido a la comorbilidad presente, también proveerá información importante sobre tratamientos combinados, en este caso la terapia cognitiva conductual (CBT por sus siglas en inglés) y la terapia dialéctica conductual (DBT por sus siglas en inglés). La CBT se desarrolló en un principio enfocada al tratamiento de la depresión, por lo que su efectividad ha sido investigada durante décadas con el fin de proporcionar un tratamiento estructurado para disminuir la sintomatología de la depresión. Además, es importante mencionar la gran cantidad de investigación existente en casos de ansiedad y la efectividad que se ha encontrado cuando esta es tratada con terapia cognitiva conductual. Por lo tanto, este estudio es de suma importancia para proveer de mayor información acerca de la aplicabilidad de esta terapia en casos en los que hay comorbilidad con trastornos más persistentes como los de personalidad. No obstante, es primordial mencionar que dado que es un estudio de caso único, los resultados no pueden ser generalizados para toda la población.

Definición de términos

Trastorno de Personalidad Límite.- Trastorno descrito en el DSM-V, en el que existe un patrón de inestabilidad a nivel emocional e interpersonal. Se caracteriza por labilidad emocional, impulsividad, relaciones intensas y caóticas (Sperry, 2006).

Trastorno de Depresión Mayor.- Trastorno del estado de ánimo descrito en el DSM-V; el cual se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, falta de interés en actividades, visión pesimista, sentimientos de culpabilidad, que duran al menos dos semanas y están presentes casi todos los días, la mayor parte del tiempo (American Psychiatric Association, 2013).

Trastorno de Ansiedad Generalizada.- Trastorno de ansiedad descrito en el DSM-V. Se caracteriza por preocupación y ansiedad excesiva sobre varias situaciones. La intensidad, duración o frecuencia de la preocupación es desproporcionada a la probabilidad del evento, generando altos niveles de malestar y disfuncionalidad en distintas áreas (American Psychiatric Association, 2013).

Conducta suicida.- Todo tipo de conductas y pensamientos relacionados al suicidio. Esto incluye intentos, comunicados, ideación y consumación del suicidio. La definición excluye la conducta auto-lesiva o el parasuicidio (Bridge, Goldstein, y Brent, 2006)

Terapia Dialéctica Conductual.- Enfoque terapéutico cognitivo modificado, desarrollado por Marsha Linehan alrededor de 1980, se basa en tres principios: conductismo, el zen y la dialéctica. Se trabaja en cuatro módulos: *mindfulness*, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y regulación emocional con aplicaciones individuales y grupales (Koon, 2008).

Presunciones del autor del estudio

Se presume que la información obtenida es verídica y certera. Los criterios de diagnóstico propuestos por el DSM-V se cumplen en el caso de los tres trastornos mencionados anteriormente. Por lo cual, se espera que con las intervenciones propuestas por la Terapia Dialéctica Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual, la paciente

encuentre una mejoría de sus síntomas, disminución de la conducta suicida y en general, que el tratamiento sea efectivo y favorable.

Supuestos del estudio

Los resultados obtenidos en este estudio de caso, podrán proveer de mayor información para la investigación de la comorbidad de Trastornos de Depresión Mayor, Ansiedad Generalizada y Trastorno de Personalidad Límite, presentes en una joven ecuatoriana. Dada la unicidad del caso, la información no podrá ser generalizada, pero servirá como guía para otros estudios. Por último, se podrá profundizar en el origen y en la evolución de los trastornos anteriormente mencionados.

En el siguiente capítulo, se encuentra la revisión de la literatura referente al caso. Después, se explica la metodología usada para el estudio. Posterior a esas secciones se expone en detalle los resultados obtenidos y su respectivo análisis. Por último, se exponen las conclusiones del estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes

Las fuentes usadas en la siguiente investigación, provinieron de artículos académicos, revistas indexadas provenientes de la biblioteca virtual de *Simon Fraser University*, libros especializados y manuales. Las fuentes están relacionadas al trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de personalidad límite. De igual manera, están relacionadas a enfoques terapéuticos como el cognitivo conductuales y el dialectico conductual.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para el proceso de revisión, se tomó en cuenta la búsqueda avanzada en bibliotecas virtuales por palabras clave. Además, se buscó información por autores más representativos en cada área y referencias dentro de los libros y revistas académicas. En adición se tomaron en cuenta las sugerencias de profesores.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura se realizó por temas, también se incluyeron los autores más representativos de cada área, así como las investigaciones más recientes. Sin embargo, se incluyeron artículos de más de diez años de antigüedad debido a su relevancia académica.

Tema 1. Terapia cognitiva conductual

Historia y formulaciones teóricas.

Hace aproximadamente 50 años, en la Universidad de Pennsylvania, Aaron T. Beck empieza a desarrollar las primeras bases de un modelo terapéutico actualmente conocido como Terapia Cognitiva (CT por sus siglas en inglés) (Beck, 2011). Durante su investigación Beck encontró que sus pacientes presentaban patrones negativos de pensamientos y creencias distorsionadas (Beck, 2011). Lo cual lo llevó a desarrollar un modelo explicativo, conjuntamente con las bases para la terapia cognitiva, creando un tratamiento diferente a otros anteriormente propuestos; un tratamiento breve, estructurado y orientado en el presente para la depresión (Beck, 1964 en Beck 1995). Conjuntamente, Albert Ellis, Richard Lazarus, y Donald Meichenbaum investigaban y teorizaban marcos teóricos similares para desarrollar lo que ahora se conoce como la terapia cognitiva conductual (Sperry, 2006).

Antes de que Aaron Beck iniciara su investigación sobre el modelo cognitivo aplicado a la depresión, su enfoque terapéutico era el psicoanálisis. En 1961-1962 cerró el centro de investigación psicoanalítica para la depresión y se introdujo a la psicología cognitiva y del desarrollo. Este periodo de transformación fue el que lo llevó a publicar sus primeros artículos acerca de la teoría cognitiva sobre la depresión: “*Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions*” y “*Thinking and depression: II. Theory and therapy*” (Beck, 1964 en Rosner, 2012).

Después de tres años publica su obra “*Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*”, en la que propone que una psicoterapia para ser válida como tal, debe tener las siguientes características: a) provee una base teórica de la patología que se articula con la estructura de la psicoterapia, b) existen conocimientos e investigación

empírica que apoye la teoría y c) estudios que demuestren la efectividad de la misma, en base al análisis de los resultados (Beck, 1991). Atributos que la terapia cognitiva adquiere a través de los años con una serie de investigaciones científicas que demuestran su efectividad y validez empírica. Beck define su terapia como: “la aplicación del modelo cognitivo de un desorden particular con el uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales y procesamiento de información característicos de cada desorden” (1993, p. 194).

Con el transcurso de los años, se añadieron técnicas conductuales a la terapia cognitiva, refinando así la intervención y proponiendo el modelo actualmente conocido como Terapia Cognitiva Conductual (Beck, 1993). De acuerdo a Dobson (2010), es en 1960 y 1970 en donde las corrientes psicodinámicas y más que nada las conductuales estaban en su auge, por lo que se las considera precursoras de la terapia cognitiva conductual, en especial porque estas fallaban en explicar ciertos fenómenos. Por lo tanto, la CBT surge a partir de la necesidad de ampliar y generar un modelo explicativo de la conducta humana más completo. Entre los autores que marcaron el inicio de la terapia cognitiva conductual están: Aaron Beck (1967, 1970), Cautela (1967, 1969), Albert Ellis (1962, 1970), Mahoney y Thoresen (1974) y Donald Michenbaum (1973, 1977), (Dobson, 2010). A partir de los nuevos conocimientos y adaptaciones, la investigación sobre la efectividad de la CBT en diversas poblaciones y trastornos empezó a desarrollarse (Beck, 2011). Como resultado, la primera revista especializada *Cognitive Therapy and Research* se estableció con Michael Mahoney como el editor inaugural en 1977 (Dobson, 2010).

En base a la asunción de que la terapia cognitiva conductual es un tratamiento efectivo, varios investigadores y teóricos en el área de la salud mental, han realizado investigaciones con el fin de determinar su efectividad y aplicabilidad a distintos

trastornos. La literatura disponible indica que la CBT es efectiva para una gran variedad de trastornos psiquiátricos y problemas psicológicos (Chambless, y Ollendick, 2001 en O' Donohue y Fisher, 2012).

Como se puede ver en la tabla 1.1, los estudios demuestran la eficacia del tratamiento en ambientes psiquiátricos, en la comunidad, así como en el tratamiento con niños, parejas y familias (Beck, 2011; O' Donohue y col., 2012).

Tabla 1 Lista Parcial de Desórdenes Tratados Exitosamente con Terapia Cognitiva Conductual

Tabla 1.1. Lista Parcial de Desórdenes Tratados Exitosamente con Terapia Cognitiva Conductual

Desórdenes Psiquiátricos	Problemas Psicológicos	Problemas Médicos con componentes Psicológicos
Trastorno de Depresión Mayor Depresión Geriátrica	Problemas Maritales	Dolor de espalda crónico
Trastorno de Ansiedad Generalizada Ansiedad Geriátrica Trastorno de Pánico Agorafobia Fobia Social	Problemas Familiares Apuesta Patológica Duelo Complicado Malestar de Cuidador Problemas de Ira y Hostilidad	Dolor de la enfermedad de células falciformes Migraña Tinnitus Dolor por Cáncer Desorden Somatomorfe
Trastorno Obsesivo Compulsivo Trastorno de Conducta Abuso de Sustancias		Síndrome de Colon Irritable Síndrome de Fatiga crónico Dolor por enfermedad Reumática Disfunción eréctil
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Ansiedad por Salud Trastorno Dismórfico Corporal Trastornos Alimenticios Trastornos de Personalidad		Insomnio Obesidad Hipertensión Síndrome de la Guerra del Golfo
Transgresor Sexual Desórdenes de Hábito Trastorno Bipolar (con medicación) Esquizofrenia (con medicación)		

La terapia cognitiva conductual se basa en el modelo cognitivo, el cual explica que la forma en la que se perciben situaciones, influncia la forma en la que las personas se sienten emocionalmente. Es decir, los pensamientos asociados o como respuesta a una situación, son los que generan determinada emocionalidad. Teóricamente, frente a una situación que genera malestar, las personas perciben la realidad de forma incorrecta y poco realista (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2014).

Beck llegó a desarrollar estas formulaciones por la influencia de antiguos filósofos, que teorizaban que las personas se apegan al significado de los eventos, no a los eventos en sí. Además, la influencia de Carl Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente, dio paso al desarrollo de técnicas de cuestionamiento amable y respetuoso. La teoría del apego de John Bowlby también fue una gran influencia (Knapp y Beck, 2008). En adición, los autores mencionan otras corrientes e investigadores que influenciaron el desarrollo de este marco teórico. Por ejemplo, George Kelly y su teoría de constructos personales, Jean Piaget y la teoría de los esquemas, la teoría cognitiva de las emociones de Richard Lazarus, la concepción del auto-manejo de Albert Bandura y Donald Michenbaum y la terapia racional emotiva de Albert Ellis.

A continuación, se explican los conceptos y formulaciones teóricas principales de la Terapia Cognitiva Conductual.

Modelo cognitivo.

Para la terapia cognitiva conductual, el modelo cognitivo es esencial y radica en que las emociones y los comportamientos de las personas son directamente influenciados por la forma en que estas interpretan su entorno. De acuerdo a Beck (1967), no son los eventos los que generan determinadas reacciones en las personas, sino su forma de construir un significado para las mismas. Es en base a este modelo que la CBT desarrolla

su objetivo principal para disminuir la sintomatología, modificar emociones y conductas poco adaptativas, generando cambios a largo plazo en un periodo relativamente corto de tiempo. Lo que busca la CBT, es modificar la forma en la que las personas perciben las situaciones, al evaluar e identificar sus pensamientos automáticos, corregir y modificar su proceso de pensamiento hacia uno más efectivo y cercano a la realidad. A su vez, las personas aprenden a modificar el funcionamiento de su propio modelo cognitivo al identificar creencias disfuncionales acerca de sí mismos, el mundo y los demás, es decir la triada cognitiva (Beck, 1995; Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2014).

La forma en la que las personas perciben su realidad se desarrolla a lo largo de su infancia y a partir de distintos factores, biológicos, psicológicos y ambientales es como se crean distintos procesamientos de información. Como se puede ver en la figura 1.1, los esquemas, las creencias centrales e intermedias, los pensamientos automáticos y sus respectivas respuestas conforman el modelo anteriormente mencionado (Beck, 1995).

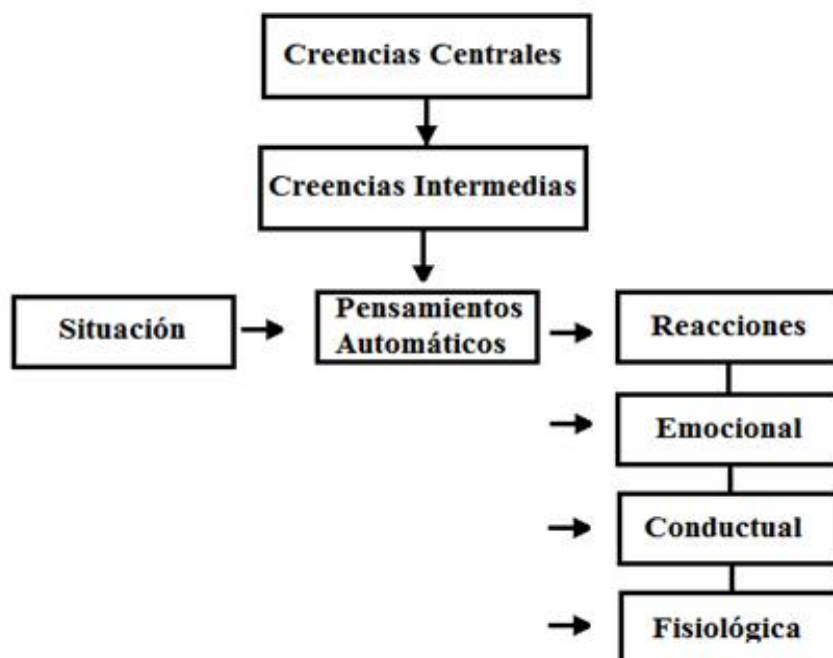


Figura 1 Diagrama: Modelo Cognitivo

Creencias centrales.

En la infancia, durante el proceso de crecimiento, las personas desarrollan determinadas creencias acerca de sí mismos, los demás y su entorno (Beck, 1995). Estas creencias usualmente son rígidas, verdades absolutas, generalizadas a distintos aspectos y se encuentran intrincadas en un sistema de creencias, o esquemas cognitivos (Beck, 2011). Sin embargo, generalmente, las personas mantienen creencias centrales positivas, funcionales y flexibles (Beck, 1995). Por ejemplo “Soy una persona generalmente competente”, “Las personas son generalmente confiables”. No obstante, las creencias centrales negativas no están siempre activas, son limitadas en cantidad y más que nada se presentan frente a malestar o vulnerabilidad psicológica y generan disfuncionalidad. Por ejemplo “Soy incapaz”, “Las personas no son confiables”. Tanto las negativas y las positivas, determinan la forma en la que las personas perciben su realidad (Beck, 2011). Por ende, el modelo cognitivo propuesto por Beck, indica que una determinada situación, puede o no activar ciertos esquemas cognitivos, generando así pensamientos automáticos, los cuales a su vez desencadenan respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas. Por último, es importante mencionar que este proceso es normal y se da en todas las personas, pero su disfuncionalidad radica en el contenido, así como en la cantidad de distorsiones y el impacto que estas tienen (Beck, 1993 en Beck 1995).

Dado que este sistema de creencias se desarrolla en la infancia, conforme pasa el tiempo las personas tienden a enfocar su atención en aspectos del ambiente que confirmen su creencia central, a pesar de la existencia de evidencia que la contradice (Beck, 1995). Según Rosen (1988), las personas interpretan y reconocen el mundo de tal manera que este sea congruente con su percepción del mismo. Es decir, las personas organizan sus experiencias de tal manera que estas sean coherentes, en un intento de darle sentido al

entorno para funcionar adaptativamente al mismo (Beck, 1995). A través de este mecanismo, las creencias centrales se mantienen a pesar de que sean disfuncionales o poco certeras. En definitiva, Clark, Beck y Alford, las describen como: “estructuras cognitivas internas, relativamente perdurables, de estímulos, ideas o experiencias característicamente almacenados de forma genéricas o prototípica, usadas para organizar la nueva información de una manera significativa, determinando de ese modo cómo son percibidos y conceptualizados los fenómenos” (1999, p. 79).

En adición, Beck (1999) teorizó que las creencias centrales negativas caen en dos categorías: desesperanza, e incapacidad de ser amado, por ejemplo “Nunca voy a salir de esto” y “Nunca me van a aceptar” respectivamente. Posteriormente, Judith Beck (2005), propone una tercera categoría: incompetencia, por ejemplo “Soy inútil”. De acuerdo a Beck (2011), los pacientes pueden tener creencias que caen en una, dos o en las tres categorías. Como base del sistema cognitivo, los esquemas influyen el desarrollo de lo que Beck identifica como creencias intermedias (Beck, 1995).

El conjunto de creencias centrales generan lo que se denomina esquemas cognitivos (Beck, 2011). Estos pueden mantenerse o desconfirmarse con los años y las experiencias de cada individuo, así como por influencias culturales y familiares (Freeman, Felgoise, Nezu, Nezu y Reinecke, 2005). La reestructuración de los esquemas y la flexibilización de las creencias centrales e intermedias, a través de distintas técnicas, representan uno de los principales objetivos de la terapia cognitiva conductual (Beck, 2011).

Creencias intermedias.

Las creencias intermedias son creencias individuales subyacentes que se convierten en reglas, asunciones o actitudes (Knapp y col., 2008). Además, según los autores, estas creencias marcan una importante influencia en la forma en la que la realidad es percibida,

por ende también generan efectos a nivel emocional, cognitivo y conductual. A su vez, las creencias intermedias son más flexibles y se encuentran a un nivel un poco más consciente en comparación a las creencias centrales, por lo que su identificación y modificación es relativamente más fácil (Beck, 1995). Con el fin de evitar el contacto con las creencias intermedias, las personas se involucran en conductas compensatorias, aliviando el malestar inmediato, pero empeorando la situación al largo plazo (Knapp y col., 2008). Las creencias intermedias suelen presentarse en tres formas: reglas o expectativas; “Tengo que ser excelente en todo”, actitudes; “Es insoportable no lograr algo” y asunciones; “Si no me acerco mucho a la gente, nadie me hará daño”.

Con respecto a su modificación, son menos flexibles que los pensamientos automáticos, por lo que las intervenciones de reestructuración cognitiva no se realizan directamente con las creencias intermedias (Beck, 2011). En adición, el confrontar directamente una creencia intermedia puede llegar a generar malestar porque son las reglas, expectativas, asunciones y actitudes que las personas han desarrollado durante su vida y con las que han percibido su realidad durante mucho tiempo (Freeman y col., 2005). No obstante, es importante mencionar que no todas las creencias intermedias son negativas o disfuncionales. Por lo tanto, no todas van a ser modificadas o mencionadas en terapia (Beck, 2011). La autora describe que para determinar si una regla, asunción o actitud debe ser foco de intervención terapéutica y de reestructuración cognitiva es importante determinar el nivel de credibilidad, qué tan arraigada se encuentra, qué efectos negativos desencadena esta creencia y qué tan generalizada está en otros contextos. Por ejemplo, si un paciente cree un 20% en la creencia “el mundo es injusto” y esta creencia solo se activa cuando visita a un amigo dos veces al año y la emocionalidad negativa que acarrea es muy leve y de corta duración, esta creencia no sería el foco de atención de la terapia.

Pensamientos automáticos.

Knapp y col. (2011), describen a los pensamientos automáticos como ideas rápidas, percepciones sobre una situación dada, que no se encuentran bajo el control consciente de la persona. Estos pueden ser falsos, verdaderos o parcialmente ciertos, son congruentes con el estado emocional de la persona, se perciben como certeros y generalmente no son evaluados (O' Donohue y col., 2012). Entre otras características, esta su espontaneidad y el hecho de que las personas las consideran como interpretaciones posibles y veraces, por lo que las emociones que las acompañan también lo son (Knapp y col., 2011). Dado que su aparición no es deliberada, como en el caso del pensamiento reflexivo, las personas no están siempre conscientes de estas y no suelen registrarlas fácilmente (Beck, 1995). Sin embargo, de acuerdo a la autora, con la práctica, su identificación puede ser aprendida, dando paso a una modificación a través del cuestionamiento de la veracidad de los mismos. De esta manera, se genera un cambio a nivel emocional, por consiguiente a nivel conductual

Judith Beck (2011), describe que los pensamientos automáticos más comunes tienen algún tipo de distorsión en sí mismos, a pesar de que haya evidencia que los contradiga. Por ejemplo, una persona puede pensar que nunca va a tener una relación estable, a pesar de que haya evidencia en contra. Otro tipo de pensamiento es certero, pero la conclusión que la persona saca del mismo no lo es. Por ejemplo, una persona puede pensar "Fallé en un examen" lo cual es verdadero porque sacó una "F", pero concluye "Soy un fracasado, nunca lo lograré" la conclusión en este caso está distorsionada. Un tercer tipo de pensamiento automático es válido, pero definitivamente disfuncional. Por ejemplo, "Me va a tomar horas realizar este trabajo" es un pensamiento válido, pero poco útil porque potencialmente genera ansiedad disminuyendo la capacidad de la persona de

enfocar su atención e invertir mayor tiempo en el trabajo. Por lo tanto, de acuerdo a Beck (2011), el evaluar los pensamientos en base a su utilidad y validez y responder adaptativamente a estos, generan un cambio positivo de afecto.

Otro aspecto importante a considerar es el hecho de que todas las personas tienen pensamientos automáticos, ya sea en forma de ideas o imágenes. Sin embargo, en el caso de las personas que sufren un trastorno psicológico, situaciones o estímulos neutros e incluso positivos, generan pensamientos automáticos negativos por la distorsión en la percepción y los significados asignados a los mismos (Beck, 2011). En adición, la autora hace énfasis en que cuando una persona se encuentra bajo malestar psicológico o estrés, la examinación crítica de la veracidad de los pensamientos es muy difícil. Por ejemplo, una persona con depresión, al levantarse de la cama piensa “No voy a lograr salir de aquí” y se queda en cama todo el día, mientras que una persona sin este trastorno al levantarse tal vez piense “No quiero salir de aquí, pero tengo responsabilidades” y realice todas sus obligaciones del día. En adición, los estímulos que generan un pensamiento automático pueden ser tanto externos, como una discusión con un amigo o internos, como una sensación corporal. Por lo tanto, el origen del pensamiento en sí no es tan importante como el contenido del mismo y los factores que lo mantienen (Knapp y col., 2008; Beck, 2012).

Dado que los pensamientos automáticos se encuentran a un nivel más consciente, en comparación a las creencias centrales e intermedias, el primer paso en la terapia cognitiva conductual es enseñar al paciente a traerlos a su atención, identificarlos, evaluarlos para posteriormente modificarlos (Knapp y col., 2008). Con respecto a su evaluación, el paciente y el terapeuta se preguntan acerca de su utilidad y validez. Una de las herramientas principalmente usadas en esta etapa del tratamiento es el Registro de

Pensamientos Disfuncionales (Beck, 1995). Esta herramienta ayuda al paciente a llevar un registro escrito –preferiblemente- de los pensamientos automáticos o de las imágenes que surgen a partir de una situación o estímulo y qué emociones y conductas surgen a partir de esta (Knapp y col., 2008). La importancia del registro de pensamientos como herramienta para la modificación cognitiva radica en que “le permite al paciente descubrir, clarificar y cambiar los significados que le ha asignado a eventos estresantes y generar una respuesta alternativa o racional” (Knapp y col., p. 59, 2008).

Distorsiones cognitivas.

De acuerdo a Ruiz y Gonzales (1996) en la teoría cognitiva, las distorsiones son errores comunes del pensamiento los cuales suelen ser consistentes y concretos. Al igual que las creencias intermedias y los pensamientos automáticos, estas se derivan de las creencias centrales, por ende de los esquemas cognitivos que se desarrollaron en la infancia. Estos errores en el pensamiento se expresan a través de imágenes o pensamientos, es decir son fácilmente identificadas en los pensamientos automáticos y generalmente son más claros en situaciones con determinada emocionalidad

Además, son formas de pensamientos habitadas a eliminar, ignorar, cambiar o generalizar estímulos externos o internos, con el fin de que estos sean congruentes con las creencias centrales (Yurica y DiTomasso, 2005). Aaron Beck identificó la existencia de diversos y comunes errores cognitivos los cuales fueron adaptados por Judith Beck en su libro “*Cognitive Therapy: Basics and Beyond*” (1995) y han sido objeto de estudio a lo largo del tiempo. Es importante mencionar que dado el amplio campo de investigación alrededor de la terapia cognitiva y a sus diversas modificaciones, otros autores han identificado varias distorsiones cognitivas. A continuación, se mencionan los quince errores de pensamientos más comunes descritos por Ruiz y Gonzales (1996).

1. Filtraje o abstracción selectiva: Se presta atención a un solo aspecto negativo de la situación, en vez de observar la globalidad de la situación.
2. Pensamiento Polarizado: La persona percibe una situación en dos categorías únicamente, en vez de percibirla en un continuum.
3. Sobregeneralización: Tendencia a sacar una conclusión general a partir de un solo hecho, sin tener bases suficientes.
4. Interpretación del Pensamiento: Tendencia a creer que la persona sabe lo que los demás piensan, fallando en tomar en cuenta otras alternativas más factibles.
5. Visión Catastrófica: Tendencia a predecir el futuro de forma negativa, sin tomar en cuenta otros posibles resultados.
6. Personalización: Tendencia a creer que la conducta negativa de los demás, se atribuye a uno mismo, sin tomar en cuenta explicaciones más factibles.
7. Falacia de Control: Percepción del grado de control que la persona tiene sobre los acontecimientos de su vida, suele ser extremo, ya sea tiene todo el control y es responsable sobre todo lo que ocurre a su alrededor o es impotente.
8. Falacia de Justicia: Es la tendencia a valorar como injustos, cualquier tipo de acontecimientos que no va de acuerdo a los deseos o planes de la persona.
9. Razonamiento Emocional: Tendencia a pensar que lo que la persona siente, es necesariamente cierto.
10. Falacia de Cambio: Tendencia a pensar que el bienestar y la satisfacción de necesidades propias, depende exclusivamente de los cambios del otro.

11. Etiquetas Globales: Tendencia a etiquetar, nombrar de forma global a los demás o a uno mismo, generalmente reduciéndolos a un solo aspecto, designándole el verbo ser. Las etiquetas globales son visiones estereotípicas y rígidas del mundo y los demás.

12. Culpabilidad: Tendencia a atribuirle la totalidad de la responsabilidad de un evento a uno mismo o a otros. Como otras distorsiones, esta no tiene bases suficientes y hay una falla en identificar otros posibles factores contribuyentes.

13. Los Deberías: Tendencia a mantener hábitos rígidos sobre cómo deben darse las cosas. Alteraciones de estas reglas son intolerables para la persona y acarrear reacciones emocionales intensas.

14. Tener Razón: Tendencia a ignorar los argumentos de los otros, para probar la validez del punto de vista de uno.

15. Falacia de Recompensa Divina: Es la tendencia a no buscar soluciones a problemas actuales, porque se presupone que la situación mejorará en el futuro sin ninguna intervención. Como consecuencia se suele acumular gran malestar, resentimiento e incapacidad para actuar sobre el problema.

Principios del tratamiento cognitivo conductual.

Con respecto al enfoque general de la CBT, de Beck (1995), establece diez principios básicos para el trabajo terapéutico con todos los pacientes, tomando en cuenta sus diferentes capacidades y necesidades.

1. La CBT se basa en una formulación del paciente y su problemática en términos cognitivos.

2. La CBT requiere de una buena relación terapéutica.
3. La terapia cognitiva hace énfasis en la participación y colaboración.
4. La CBT es orientada hacia metas y enfocada en la solución de problemas.
5. Inicialmente, la CBT hace énfasis en el presente.
6. La terapia cognitiva es educativa y busca enseñarle al paciente a que sea su propio terapeuta, hace gran énfasis en la prevención de recaídas.
7. La CBT es limitada en tiempo.
8. Las sesiones de la CBT son estructuradas.
9. La CBT le enseña a sus pacientes a identificar, evaluar y responder a pensamientos y creencias disfuncionales.
10. La terapia cognitiva usa una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, la conducta y las emociones.

Conceptualización cognitiva.

La conceptualización cognitiva es una de las bases de este enfoque terapéutico, ya que provee de un esquema de trabajo para el terapeuta, facilitando la comprensión de la problemática global del paciente. A través de la recolección de información del paciente que incluye sus antecedentes, la conducta problemática y los aspectos que la generaron y la mantienen, su diagnóstico, así como las creencias disfuncionales y las respectivas reacciones conductuales, emocionales y fisiológicas que están asociadas al problema, se obtiene una perspectiva global de la problemática y una hipótesis de trabajo (Beck, 1995).

A su vez, en la conceptualización se explica qué experiencias y procesos de aprendizaje temprano desarrollaron las creencias centrales e intermedias, qué eventos las mantuvieron y qué estrategias compensatorias desarrolló el paciente. De igual manera, se identifica qué aspectos son los que impiden el funcionamiento normal de la persona e influyen en su capacidad para la resolución de problemas (Knapp y col., 2008). El modelo cognitivo del paciente también forma parte de la conceptualización del caso, su visión de sí mismo el mundo y los demás es esencial para comprender y poder trabajar en la problemática. La funcionalidad de conceptualizar un caso desde una perspectiva cognitiva, radica en que provee de hipótesis que generan un plan de tratamiento efectivo y eficaz (Beck, 1995).

El objetivo principal de la CBT es generar un cambio cognitivo, modificando y flexibilizando la forma de pensar y los sistemas de creencias establecidos de los pacientes, con el fin de que haya una transformación en sus patrones de pensamientos, conductas y emociones. A continuación, se explican las distintas técnicas e intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en la CBT con el fin de generar estos cambios.

Intervenciones de la terapia cognitiva conductual

Existen varias técnicas cognitivas y conductuales que pueden ser aplicadas dentro de la CBT, con el fin de alcanzar la reestructuración cognitiva. Las estrategias pueden ser modificadas con el fin de ayudar al paciente y mantener el enfoque en la agenda y los objetivos terapéuticos. A continuación, se exponen las más aplicadas y aquellas descritas por Judith Beck (1995, 2011).

Intervenciones cognitivas.

Imaginería.- Esta técnica puede ser usada para ayudar al paciente a identificar un pensamiento automático, reestructurar recuerdos tempranos, disminuir malestar inmediato y conjuntamente con la desensibilización sistemática (Beck, 1995). Esta técnica usa imágenes reales o ficticias, pueden representar miedos, recuerdos pasados o situaciones placenteras. El terapeuta dirige la técnica, pero lo hace de forma colaborativa y se requiere de la capacidad del paciente para generar imágenes vívidas y controlar las mismas (Cristoph y Singer, 1981).

Cuestionamiento Socrático.- Es una técnica usada para el descubrimiento guiado. A través de preguntas abiertas, el terapeuta guía al paciente hacia la evaluación, examinación y discernimiento, de aspectos que antes no había considerado (Beck, 1995). En este aspecto la autora hace énfasis en que ni el terapeuta ni el paciente saben la respuesta y que el método socrático no busca una respuesta correcta, ni cambiar la forma de pensar de los pacientes hacia la deseada por el terapeuta. Más bien, el terapeuta formula una serie de creencias más adaptativas o viables para el paciente, con el fin de que pueda escoger estrategias para cambiar creencias antiguas.

Registro de Pensamientos Disfuncionales.- Es una hoja de trabajo diseñada para registrar los pensamientos automáticos y sus respectivas respuestas, con el fin de que estos respondan de forma más adaptativa (Beck, 1995). Contiene cinco aspectos a llenar por el paciente y hasta que lo domine, esta técnica se realiza con la ayuda y dirección colaborativa del terapeuta. Se identifica una situación que haya generado algún cambio emocional y los respectivos pensamientos automáticos que desencadenó, así como el porcentaje de credibilidad que el paciente le otorga. La tercera sección corresponde a las emociones y su respectiva intensidad. Dentro de la sección de respuesta adaptativa, se

puede incluir la distorsión cognitiva identificada en la situación y a través de cuestionamiento, el paciente idealmente encuentra respuestas alternativas al pensamiento automático original con su respectivo porcentaje de credibilidad. La quinta y última sección, corresponde al resultado después del análisis, el cual incluye qué tanto creen en la nueva alternativa, qué emociones están presentes y su respectiva intensidad (Beck, 1995).

Tarjetas de Apoyo.- El uso de las tarjetas de apoyo es muy diverso y se estima que la persona debe hacer uso de estas por lo menos tres veces al día, con el fin de generar el efecto deseado (Beck, 1995). El objetivo principal de esta técnica, es proveer a los pacientes de una herramienta útil cuando se encuentran bajo una situación difícil. De forma colaborativa, tanto paciente como terapeuta definen el objetivo de la tarjeta, si es motivacional, activadora de la conducta, recuerdos de respuestas adaptativas, resumen de sesión o estrategias aprendidas para manejar el malestar (Beck, 1995; 2011).

Formulario de Creencias Centrales.- Esta técnica es usada una vez que el paciente reconoce sus pensamientos automáticos, puede modificarlos, ha comprendido el modelo cognitivo y se ha identificado una creencia central poco funcional. Además, de haberla identificado, el paciente generó una más funcional y adaptativa (Naranjo, 2004). La autora expone que el formulario consta de dos secciones. En la primera, la persona evalúa el grado de credibilidad que le otorga a la antigua creencia así como a la alternativa. La segunda sección, se enfoca en encontrar evidencia que confirme la creencia modificada y desconfirme la desadaptativa. Idealmente, el formulario debe realizarse en sesión con el terapeuta y conforme el paciente mejora sus habilidades, se puede enviar como tarea (Beck, 1995).

Intervenciones Conductuales

Activación Conductual.- Esta técnica ha sido usualmente aplicada en casos de depresión y se ha encontrado efectiva en la prevención de recaídas y el manejo de sintomatología (Martell, 2009 en O' Donohue y Fisher, 2009). Según los autores, la técnica conductual estructurada, se enfoca en que colaborativamente el terapeuta guíe al paciente hacia encontrar motivación, así como a salir del patrón de inactividad común en personas con depresión. La técnica consiste en varios componentes. En primer lugar se realiza un análisis funcional, el cual consiste en generar la mejor hipótesis acerca de los antecedentes, conductas y consecuencias que forman parte del repertorio que mantiene el estado depresivo o la inactividad en sí. Posteriormente, se crea una tabla de actividades a realizar dentro de un rango de tiempo, se motiva al paciente a revisar y realizar estas actividades, monitorear el manejo de las mismas. De esta manera, se busca que el paciente cambie ciertas conductas y el ambiente funcione como reforzador positivo por sí mismo (Martell, 2009 en O' Donohue y Fisher, 2009).

Experimentos Conductuales.- Esta técnica está dirigida hacia que el paciente experimente vívidamente y adquiera evidencias que apoyen la nueva creencia modificada y más flexible o que contradigan la antigua creencia mal adaptativa (Newman, 2009 en O' Donohue y Fisher, 2009). Por ejemplo, si un joven solía tener una creencia del tipo "Tengo que gritar para que la gente me escuche" y la modificación es "Sino alzo mi voz, tal vez las personas me van a escuchar con mayor atención", con el fin de dar evidencia a la última creencia, la técnica de experimento conductual implicaría que la próxima vez que considere gritar, no lo haga y pueda manejar la discusión sin alzar la voz.

Juego de roles en sesión.- Esta técnica se aplica en sesión y el terapeuta toma el rol del paciente y defiende su creencia, dando evidencia de la misma y tomando una postura frente

a esta. Por otro lado, el paciente toma el rol de una persona externa y objetiva a la situación y ambos intercambian un diálogo de forma respetuosa con el fin de que el paciente observe su situación desde una perspectiva externa, identifique la función mal adaptativa de su creencia y él mismo provea otras alternativas (Newman, 2009 en O' Donohue y Fisher, 2009). Por otro lado, la técnica de juego de roles, puede ser modificada y aplicada en distintas maneras. Por ejemplo, de acuerdo a Judit Beck (1995), en el role-play racional-emotivo el paciente representa la parte emocional de su creencia, mientras que el terapeuta representa la racional y viceversa. Esta técnica suele ser más efectiva cuando el paciente entiende la disfuncionalidad de su creencia de forma intelectual, pero una parte emocional de sí mismo no la siente como tal. Como otras técnicas de la terapia cognitiva conductual, esta requiere de práctica (Beck, 2011; Newman, 2009 en O' Donohue y Fisher, 2009).

Relajación Progresiva.- Esta técnica fue propuesta por Edmund Jacobson en 1925 y consiste en que el individuo aprenda a relajar los principales músculos de su cuerpo, a través de indicaciones. El autor estableció que el ambiente en el que se desarrolle la técnica debe ser propicio, sin ruido y dentro de un lugar cómodo. Según su técnica, se llega a un estado de relajación al contraer los músculos por unos segundos, relajarlos y experimentar las sensaciones, notando las diferencias. Al describir su técnica, el autor propuso que es importante enfocar la atención en el cuerpo y la respiración, la técnica puede durar entre 25-30 minutos y como cualquier otra técnica requiere de práctica (Jacobson, 1987).

Desensibilización Sistemática.- Esta es una técnica conductual que se ha encontrado efectiva para reducir la ansiedad mal adaptativa (Head y Gross 2009, en O' Donohue y Fisher, 2009). De acuerdo a los autores, en un estado profundo de relajación, el paciente es expuesto a situaciones generadoras de ansiedad de forma gradual, usando la imaginación. Con cada exposición, la ansiedad generada va disminuyendo. Los autores proponen tres

tipos de exposición: 1) in-vivo, que combina la exposición imaginaria, con la parte experiencial, 2) desensibilización de auto control, que consiste en exponer a la persona a la situación, pero busca que esta mantenga la atención en las claves que generan la ansiedad, no busca disminuirla, sino manejarla y actuar para iniciar el proceso de relajación y 3) desensibilización grupal que maneja los mismos principios pero en grupos.

Técnica del Pastel.- Esta técnica es una forma gráfica de manejar, organizar y cambiar las ideas que presenta el paciente (Beck, 1995). Su aplicabilidad depende de lo que terapeuta y paciente quieran conseguir en terapia. Por ejemplo, Beck (2011), propone como ejemplos, el uso de esta técnica para determinar metas y examinar la contribución de distintos factores a una situación negativa. En esta técnica se crean dos gráficos, el uno representa el real y el otro el ideal y en base a los objetivos se completa cada parte. Según la autora, la técnica puede ser muy útil para aquellas personas que no son muy organizadas o aquellas que presentan dificultad en la introspección y en identificar sus problemas.

Tema 2. Trastorno de Depresión Mayor

De acuerdo a los datos otorgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2011, el trastorno de depresión es uno de los trastornos emocionales más comunes alrededor del mundo, con un estimado de 350 millones de personas de todas las edades. Estas cifras han aumentado considerablemente, si las comparamos con los datos ofrecidos por Gotlib y Hammen (1992), quienes reportaron que alrededor 100 millones de personas sufrían un trastorno de depresión (Clark y col., 1999). Este cambio puede deberse al desarrollo de herramientas de evaluación más precisas, al desarrollo de manuales de diagnóstico y a la mayor apertura y disponibilidad de tratamiento y diagnóstico.

La OMS (2012), estima que es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. La depresión, es un estado emocional muy común y se da en un continuum de

sentimientos de tristeza que va desde estados moderados, transitorios hasta estados más severos, persistentes y debilitantes como es el caso del trastorno de depresión mayor (Dozois y Firestone, 2010). Las alteraciones presentes en este trastorno abarcan cuatro áreas: emocional, cognitiva, conductual y biológica (Ortuño, 2010). Por lo que sus consecuencias afectan considerablemente el nivel de funcionalidad en el área interpersonal, ocupacional, educacional, familiar, relacional y física (Dozois y Firestone, 2010).

Etiología.

El trastorno de depresión tiene bases biológicas, ambientales y psicológicas, como la mayoría de trastornos psiquiátricos. De acuerdo al DSM –V, existen determinados factores que ponen en riesgo o en mayor vulnerabilidad a una persona a desarrollar este desorden. Uno de ellos es el temperamento, específicamente el tipo denominado neurotismo, el cual se caracteriza por patrones y estilos afectivos negativos (American Psychiatric Association, 2013). Se han encontrado estudios que indican que las personas que tienen familiares de primer grado con un trastorno de depresión, están en mayor riesgo de desarrollar este trastorno, estimando una carga biológica de alrededor de 40% (Ortuño, 2010; American Psychiatric Association, 2013). Además, se han identificado diferencias en circuitos neurales, en recepción y recaptación de neurotransmisores, como la serotonina y actividad disminuida, e hiperactividad en distintas regiones del cerebro (George, 1995 en Clark y col, 1999). Otro aspecto a considerar es el ambiente, eventos aversivos y situaciones estresantes durante la niñez determinan otro factor de riesgo (American Psychiatric Association, 2013). También se ha teorizado que los estilos parentales que carecen de cercanía y calidez emocional y aquellos con un control psicológico negativo – crítica, acercamientos intrusivos y generadores de culpa- pueden estar asociados con mayor susceptibilidad al desarrollo del trastorno (Alloy y col., 2004).

Dado que hay varios factores que interactúan en la presencia de un trastorno de depresión mayor, algunos autores como Beck (1987) y Abramson, Metalsky y Alloy (1989), han buscado desarrollar un modelo explicativo del mismo. Las dos teorías cognitivas están asociadas con el modelo estrés-diátesis de la depresión (Freeman y col., 2005). Abramson y col. (1989), infieren que aquellas personas con depresión, presentan un estilo inferencial negativo, caracterizado por la tendencia a experimentar eventos negativos como estables, perdurables y globales, generalizados a todas las áreas. Esto también implica que catastrofizan sobre cualquier evento negativo. Por lo tanto, también son más vulnerables a sentirse desesperanzadas y desesperadas, uno de los aspectos esenciales de la depresión (Freeman y col., 2005).

De forma similar, Beck le da más importancia a los auto-esquemas negativos, más que nada a los de contenido de poca valía, desesperanza e inadecuación. Como resultado, alcanzar el perfeccionismo y la aceptación de todos, determinan la felicidad de la persona. Por lo que las personas son más propensas a percibirse a sí mismos, los demás y el futuro de forma errónea y frente a eventos adversos o que desconfirman esta situación, hay mayor vulnerabilidad a desarrollar un estado depresivo (Freeman y col., 2005).

Curso y desarrollo.

El Trastorno de Depresión Mayor puede aparecer a cualquier edad; sin embargo, Ortuño (2010), reporta que la edad media de inicio es de 30-40 años. No obstante, la versión más reciente del DMS-V, indica que la probabilidad de inicio en la pubertad ha aumentado considerablemente y el pico de incidencia se da a los 20 años (American Psychiatric Association, 2013). Existen diferencias individuales en el curso del trastorno de depresión, algunas personas nunca o casi nunca pasan por un periodo de remisión,

mientras que otras pasan alrededor de cinco años con muy pocos o ninguno de los síntomas antes presentes (American Psychiatric Association, 2013).

En un estudio a larga escala, desarrollado por Katz, Secunda, Hirschfeld, y Koslow (1979), denominado el “*Collaborative Depression Study*”, realizaron un seguimiento de 15 años. Los participantes provienen de hospitales psiquiátricos universitarios entre 1979 y 1981. Durante 15 años, los participantes fueron evaluados cada seis meses en cinco años y anualmente por diez años. Los resultados indican que: al menos 8% de los pacientes no se recuperaron después de cinco años. El 70% se recuperó en un año, en el segundo año, un 20% todavía no se había recuperado, mientras que después de cinco años, 12% todavía estaba en un estado depresivo. Al cabo de 15 años, 6% de la muestra no se había recuperado. El estudio concluyó que la mayoría de las personas que sufrían un episodio de depresión se recuperaban al cabo de un año y que a pesar de que el índice de recuperación, después del primer año es más lento, la recuperación sigue ocurriendo aunque en tasas menores (Richards, 2011). Es claro que este estudio tiene algunas limitaciones, como el tipo de diagnóstico que usaron, el tratamiento escogido y un posible sesgo en la muestra, ya que la sintomatología pudo haber sido más grave y crónica que en otros ambientes. Sin embargo, se han encontrado índices de recuperación similares. Muller (1999) encontró que algunas personas no presentaban un nuevo episodio, pero que conforme aumenta el número de episodios, la recuperación se hace más difícil (Richards, 2011)

En adición, la American Psychiatric Association (2013), indica que el tiempo de duración del trastorno sin tratamiento, así como la cronicidad de los síntomas interfiere significativamente en la remisión total de síntomas. De igual manera, si existe comorbilidad con otros trastornos, la probabilidad de una recuperación total disminuye. El riesgo de recurrencia aumenta si el inicio del trastorno se dio en la juventud, si el primer

episodio fue severo, si la presencia de síntomas –aunque sean leves- es recurrente y si la persona ya sufrió episodios anteriores (American Psychiatric Association, 2013).

El riesgo de suicidio en esta población puede ser muy alto, de acuerdo a Ortuño (2010), el el 70% de los adultos que han cometido suicidio, cumplían diagnóstico con algún trastorno emocional al momento de su muerte. La probabilidad de intentos suicidas disminuye en adultos mayores, mientras que la probabilidad de que cometan suicidio se mantiene. Además, la cronicidad del tratamiento no disminuye por si solo con el tiempo, al igual que el riesgo de sufrir un episodio de depresión mayor no aumenta o disminuye con la edad (American Psychiatric Association, 2013).

Prevalencia

La prevalencia del Trastorno de Depresión Mayor en 12 meses, en Estados Unidos es del 7%, demostrando diferencias etarias, siendo tres veces más alta en la población etaria de 18-29 años, en comparación a la de adultos mayores (American Psychiatric Association, 2013). A través de diferentes culturas, métodos de definición e identificación de casos, se estima que el índice de prevalencia general va de 3.5 a 25.5% (Leiderman, Lolich, Vázquez y Baldessarini, 2012). El trastorno prevalece más en mujeres que en hombres en un ratio de 1.5-3:1 (American Psychiatric Association, 2013). Por otro lado, es importante recalcar, que no hay muchos estudios que determinen la prevalencia del trastorno de depresión mayor en la población latina. Sin embargo, Kohn y col. (2005), estiman que la prevalencia media del trastorno de depresión mayor es de 8.7% en algún momento de la vida, 4.9% en el año del estudio y 4.3% en el mes precedente a la investigación (ver tabla 1.2).

Tabla 2 Prevalencia Trastorno de Depresión Mayor (Kohn y col., 2005).

Tasas de prevalencia (%) de la depresión mayor, según encuestas comunitarias en América Latina y el Caribe

Study	Prevalencia								
	Toda la vida			Año precedente			Actual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Buenos Aires, Argentina	...	...	...	...	...	...	6,0	6,0	6,0
Bambuí, Brasil	12,8	7,3	17,0	9,1	5,1	12,2	7,5	5,1	10,2
Brasilia, Brasil	2,8	1,9	3,8	1,5	1,1	2,9	...	...	...
Porto Alegre, Brasil	10,2	5,9	14,5	1,3	0,0	3,6	...	...	...
São Paulo, Brasil	1,9	0,0	3,8	6,7	5,9	7,6	...	...	...
São Paulo, Brasil (CIDI)	12,6	8,8	15,3	5,8	3,6	7,5	3,9	2,7	4,8
Santiago, Chile	...	...	...	...	...	...	5,5	2,7	8,0
Chile	9,2	6,6	11,5	5,7	3,7	7,5	3,4	2,3	4,5
Colombia	19,6	18,3	20,7	1,9	0,7	3,0	...	...	...
Colombia, depresión	...	...	...	10,0	6,2	12,0	8,5	5,3	10,2
Colombia (WMH)	12,1	8,6	14,9	5,6	3,5	7,3	1,9	0,7	2,8
México (PSE)	...	...	...	...	...	...	3,2	2,2	3,9
México (ENEP)	3,3	2,0	4,5	1,4	0,9	2,1	0,6	0,3	0,8
México, DF, México	8,1	5,5	10,1	4,4	3,1	5,6	2,2	1,4	2,8
México rural	6,2	2,9	9,1	...	...	...	...	...	...
Lima, Perú	9,7	6,1	13,5	5,2 ^b	3,4 ^b	6,9 ^b	...	...	...
Puerto Rico	4,6	3,5	5,5	2,3 ^b	2,4 ^b	3,3 ^b	...	...	...
Media	8,7	6,0	11,1	4,9	3,1	6,5	4,3	2,9	5,4
Mediana	9,2	5,9	11,5	5,4	3,5	7,1	3,7	2,4	4,7

^a Las elipsis (...) indican que no hubo observaciones.

^b Tasa de prevalencia correspondiente a los 6 meses precedentes.

Comorbilidad.

La presencia de otros trastornos psiquiátricos cuando hay un trastorno de depresión mayor es muy común (American Psychiatric Association, 2013). La comorbilidad aumenta el nivel de disfuncionalidad, complica el diagnóstico y disminuye la respuesta al tratamiento (Ortuño, 2010). De acuerdo al autor, en presencia de un Trastorno de Depresión Mayor, es muy común que haya un Trastorno de Ansiedad Generalizada, alrededor del 25% de las personas que cumplen criterio con depresión mayor, también cumplen los criterios de un TAG. Además, menciona que cuando la sintomatología es leve a moderada, es más común que haya síntomas asociados a miedos, ataques de pánico y obsesiones; mientras que los síntomas más severos se asocian con hipocondrías, episodios de despersonalización o síntomas disociativos, así como con el trastorno obsesivo compulsivo. En adición, el autor menciona que se ha encontrado una alta comorbilidad con trastornos de abuso de sustancias. Por otro lado, Ortuño (2010), infiere que hay una comorbilidad de 30-60% de trastorno de depresión mayor y trastornos de personalidad,

más que nada con los grupos B y C, especialmente con el Trastorno de Personalidad Límite. Los trastornos alimenticios también son típicamente comórbidos con la depresión (American Psychiatric Association, 2013).

Tema 3. Investigación de la terapia cognitiva y el trastorno de depresión

La literatura disponible, indica que la terapia cognitiva es uno de los tratamientos psicológicos más estudiados alrededor del mundo, en distintos ambientes médicos, aplicado a diferentes poblaciones, problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006). Al revisar la literatura en el área de tratamiento de depresión, encontraron que la terapia cognitiva se ha mostrado más efectiva que otros enfoques terapéuticos al analizar los índices de recaídas. En un estudio de meta-análisis realizado por Gloaguen, Cottraux, Cucherata y Blackburnb (1998), se muestran buenos índices de efectividad que favorecen a la CBT en depresión. Los autores realizaron una revisión, con el fin de determinar si la terapia cognitiva era superior al tratamiento farmacológico, a otras formas de terapia y a la terapia conductual. También buscaban determinar si los efectos a largo plazo eran duraderos y si la terapia cognitiva prevenía la recurrencia de episodios depresivos. Para el meta-análisis, incluyeron estudios que tengan por lo menos un grupo control y un grupo con terapia cognitiva, el diagnóstico de depresión o distimia, excluyeron depresión psicótica y el trastorno bipolar de acuerdo al “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition, Revised*” (DSM-III-R). Los estudios incluyeron un total de 2.765 personas, una media de edad de 39.3 años, el porcentaje de mujeres fue de 71.1%.

Se encontró que en los 48 estudios realizados, la terapia cognitiva fue superior en efectividad al grupo control de lista de espera y placebo. Con respecto a la recuperación, el paciente promedio de los grupos de terapia cognitiva fue un 29% superior a los pacientes

promedios de la lista de espera y placebo, indicando una diferencia significativa, con un valor ($p < 0.0001$). También se encontró efectividad superior frente al tratamiento farmacológico únicamente ($p < 0.0001$), pero no se encontraron diferencias significativas entre la terapia cognitiva y la terapia conductual ($p = 0,95$).

Con respecto a los efectos a largo plazo, encontraron que la terapia cognitiva era superior al tratamiento farmacológico para la prevención de recaídas; en el tratamiento cognitivo hubo un 25.9% de recaídas en contraste con un 60% en el grupo de antidepressivos. Dentro de un periodo de uno a dos años, se midieron la cantidad de recaídas y para el tratamiento con fármacos estas fueron el doble que en el caso del tratamiento cognitivo (Gloaguen y col., 1998). Entre las limitaciones que se pueden encontrar en este estudio es la dificultad de incluir estudios con grupos y métodos homogéneos para realizar comparaciones más precisas. Además, el tiempo entre investigaciones pudo haber cambiado las herramientas de diagnósticos usadas.

En un estudio realizado por Fournier, y col. (2009). Los autores tomaron una muestra de 180 pacientes deprimidos con una edad promedio de 40 años. El diagnóstico se obtuvo con la aplicación de la entrevista estructurada SCID-I y la Escala de Depresión de Hamilton (HRDS) desarrollada por Hamilton en 1960. Los grupos fueron asignados aleatoriamente, un grupo recibió terapia cognitiva conductual ($n=60$) y el otro tratamiento farmacológico con paroxetina y en caso de ser necesario, litio o desipramina ($n=160$). El tratamiento tuvo una duración de 16 semanas. Para medir los resultados, usaron la versión simplificada de 17 ítems de la escala HRDS. Los autores buscaban determinar qué tipo de variables predicen la respuesta en los dos tipos de tratamiento. Se encontró que aquellas personas casadas, que co-habitaban con una pareja, estaban desempleadas o tenían mayores situaciones estresantes en sus vidas, se veían más beneficiadas del tratamiento

cognitivo, que de los fármacos. Para el grupo que reportó mayores cantidades de eventos estresantes, el tratamiento farmacológico resultó en un aumento de la sintomatología, pero este no fue el caso para aquellos desempleados, ya que parece ser que al tomar en cuenta solo esta variable, los dos tratamientos disminuyen sintomatología.

Entre las limitaciones que presenta este estudio está el tiempo de terapia ya que se podrían haber obtenido resultados diferentes si el tratamiento duraba más tiempo. Por otro lado, estos datos no pueden ser generalizados, la muestra comprendía trastorno de depresión de moderado a severo. Por último, la medicación usada puede ser una limitante, es posible que otra combinación de fármacos sea más efectiva en casos individuales (Fournier y col., 2009).

Con respecto a la efectividad y al contraste con otras terapias, se desarrolló un estudio comparativo de la CBT y la Terapia Enfocada en la Emoción (EFT por sus siglas en inglés). Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos y Steckley (2003) realizaron una investigación para determinar la efectividad de los dos tipos de tratamiento. La muestra consistía de 66 personas con un diagnóstico de trastorno de depresión mayor, en base a los criterios del DSM-IV y a la entrevista estructurada (SCID-IV) elaborado por Spitzer, Williams, Gibbon, y First (1999). El tratamiento CBT sigue el manual de Aaron Beck, mientras que el EFT, sigue el manual descrito por Leslie Greenberg. Los terapeutas tienen en promedio la misma edad, los mismos años de experiencia y educación. Para obtener las medidas al terminar el tratamiento aplicaron el SCID-I, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Problemas Interpersonales, Inventario de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Síntomas 90-Revisado, Escala de Actitudes Disfuncionales y Estilo de Afrontamiento Enfocado en el Problema. El tratamiento fue de 16 sesiones, una hora a la semana. Los resultados no demostraron una diferencia significativa entre los tratamientos.

Específicamente, en los cambios de sintomatología depresiva ambos fueron efectivos. Sin embargo, en base a auto-reportes, los participantes del grupo de EFT, reportaron ser menos dominantes, controladores, intrusivos y más asertivos, mientras que los participantes del grupo CBT, no reportaron estos cambios. Estos resultados son consistentes con una crítica que sea ha realizado al enfoque cognitivo conductual; su falta de enfoque o la aplicación de un enfoque apropiado para el manejo de problemas a nivel interpersonal (Castonguay, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Safran y Segal, 1990 en Watson y col., 2003).

Sin embargo, es importante tomar en cuenta las limitaciones de este estudio. En primer lugar, por razones éticas no pudieron realizar un grupo control, lo cual habría dado mayor información acerca de las diferencias entre terapias. En segundo lugar, el tamaño de la muestra no permitió obtener diferencias significativas, por lo que efectos o cambios sutiles pudieron no ser detectados. Por último, para obtener resultados, se tomaron en cuenta auto-reportes, lo cual puede implicar cierto sesgo y falta de información más objetiva, los observadores no fueron externos, por lo que esto pudo generar sesgos de autores (Watson y col., 2003).

No existe gran variedad o cantidad de literatura disponible acerca del tratamiento cognitivo conductual en pacientes latinos con un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. Sin embargo, Organista, Muñoz y González (1994), realizaron un estudio con 175 pacientes clínicamente depresivos de la Clínica de Depresión de California (SFGH). La muestra consistía de personas provenientes de minorías étnicas con un nivel socioeconómico bajo. Para medir los resultados, aplicaron el Inventario de Depresión de Beck antes y después del tratamiento, también se aplicó la Entrevista Clínica Estructurada –edición pacientes- para trastornos del DSM-III-R (SCID-P) elaborado por Spitzer, Williams, Gibbon, y First (1990). El tratamiento estructurado de CBT tuvo una duración

de 12 semanas, pero aquellos pacientes que no mejoraron podían continuar con el tratamiento. En total 74 sujetos cumplieron con el tratamiento, de los cuales 65.4% representaba una minoría étnica: latinos (44%), afroamericanos (18%), caucásicos (34.6%). En general, la muestra consistía de mujeres solteras con un promedio de educación de 11 años. De la muestra, 34 personas recibieron tratamiento cognitivo conductual de forma grupal, individual (n=22) y un total de 13 sujetos recibieron tratamiento CBT grupal e individual. Los terapeutas encargados del tratamiento fueron ocho psiquiatras y nueve psicólogos clínicos quienes trabajaban en la Clínica de Depresión y recibían supervisión semanal. Los resultados del BDI pre-tratamiento, en promedio fue de 27.5 y el resultado post-tratamiento fue de 18. Esto indica un cambio significativo con valores $t(73) = 8.10, p < .001$, lo cual indica una reducción de valores en el BDI de 35%. No se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a los grupos étnicos en sí, pero si se encontraron diferencias en la mejoría de los pacientes, en base a la severidad con la que iniciaron el tratamiento. Es posible que estos resultados estén asociados a la mayor cantidad de estresores sociales que presentan las personas de minorías étnicas y niveles socioeconómicos bajos. Los autores, hacen énfasis en la importancia de ser sensibles frente a las necesidades y expectativas específicas de esta población. Por lo que teorizan que a pesar de que posiblemente se vean más beneficiados de mayor cantidad de sesiones, las demandas psicosociales que enfrentan no les permiten tener un tratamiento mayor a 16 sesiones. Por lo tanto, tratamientos más estructurados y más breves podrían ser más consistentes con la realidad en la que viven (Organista y col., 1994).

Una de las principales limitaciones de este estudio es su antigüedad, el uso de un manual de diagnóstico antiguo podría limitar la generalización y una actualización de este estudio podría ser muy valiosa. Por otro lado, el tamaño de la muestra pudo haber limitado

el obtener diferencias significativas entre las minorías étnicas, habría sido favorable el poder aplicar el tratamiento a una muestra más amplia con porcentajes étnicos similares.

Un estudio piloto más reciente realizado por Interian, Allen, Gara y Escobar (2008), busca determinar la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual adaptado a una muestra latina. La investigación fue realizada en New Jersey y se obtuvo un total de 12 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el estudio y completaron el tratamiento. Se usaron las siguientes medidas: Entrevista Clínica Estructurada SCID, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-15 –por sus siglas en inglés). El tratamiento fue individual y tuvo una duración de 12 semanas, con sesiones de una hora semanales. Las primeras seis sesiones se enfocaban en intervenciones conductuales, mientras que las últimas seis consistían en intervenciones cognitivas. Los resultados indican que hubo un cambio significativo en los valores del BDI, pre-tratamiento y post- tratamiento con una reducción del 57%. El 67% de los pacientes respondieron bien a la intervención, mientras que el 53% se recuperó, en base a un BDI menor a nueve. Entre las limitaciones que se pueden observar en este estudio, está el tamaño de la muestra, la cual no es significativa ni generalizable. Sin embargo, es importante recalcar que es una prueba piloto y se obtuvieron resultados significativos. Por otro lado, el estudio no fue controlado, por lo que muchas variables pudieron generar estos cambios, como sesgos de autor (Interian y col., 2008).

Los estudios en el área de tratamiento cognitivo conductual con poblaciones de habla hispana con trastornos de depresión mayor son muy escasos, por lo que es de suma importancia ampliar la literatura disponible, más que nada en países latinoamericanos. De esta manera, se podrá obtener información más certera acerca de diferencias culturales, ya

que en estos casos no estaría presente la migración y el pertenecer a una minoría, factores que pueden generar mayores niveles de estrés y malestar psicológico, así como otras necesidades y expectativas por parte de los participantes.

A continuación, se expone la conceptualización cognitiva del presente caso enfocada en el trastorno de depresión mayor.

Tema 4. Conceptualización cognitiva conductual del caso.

La conceptualización del trastorno de depresión desde una perspectiva cognitiva, da cuenta de la importancia de factores biológicos como de factores psicológicos y ambientales (Barlow, 2006). De acuerdo al enfoque cognitivo conductual, explicado anteriormente Carmen desarrolló esquemas cognitivos centrales en su infancia, a partir de sus experiencias que juegan un papel central en el origen y mantenimiento de la sintomatología actual. Con respecto a los problemas actuales, asociados a la depresión, Carmen presente aislamiento social y alienación emocional, sentimientos de vacío, culpa, inutilidad, inferioridad y tristeza. Además, presenta pensamientos de muerte recurrentes, falta de interés por actividades y patrones de sueño irregulares. Por otro lado, hay problemas a nivel emocional, con una gran dificultad para expresar y manejar sus reacciones emocionales. El aislamiento social ha generado un sentimiento profundo de soledad, vacío y eventualmente desconfianza. Por otro lado, su orientación sexual ha generado sentimientos de culpa y auto-alienación –sentirse extraña consigo misma-. La falta de concentración e interés por actividades provocó que deje de hacer cosas que antes le parecían interesantes, dificultando su desempeño y motivación. Esta problemática fue suficiente para intervenir con su desempeño académico y con la continuación en la primera carrera que escogió.

La infancia de Carmen fue muy solitaria y aislada emocionalmente, al buscar el contacto y cariño de sus padres, no recibe las respuestas que espera, por lo que empieza a generar creencias centrales que en la actualidad le generan malestar y dificultad para desempeñarse.

Creencias centrales.

Las creencias centrales que se generaron a partir de las experiencias durante el desarrollo de Carmen pertenecen al tipo “incapacidad de ser amado”. Entre esas creencias se pueden identificar “No soy importante para nadie” “Nadie me quiere” y “Estoy sola”. Conforme pasaron los años, las experiencias, su conducta y sus cogniciones trabajan de tal manera que buscan confirmar esta creencia central. El rechazo percibido por parte de sus padres, la falta de cariño y contacto físico mantienen y refuerzan estas creencias. A su vez, Carmen desarrolla creencias centrales del tipo “desesperanza”, que están asociadas a su sintomatología depresiva. Por ejemplo, “Nunca podré confiar en nadie” y “El mundo es peligroso” haciendo que la joven se aislara considerablemente de sus padres, familiares cercanos y amigos. Por otro lado, la extrañeza, la soledad y la dificultad de aceptarse a sí misma, funcionaron como reforzadores y mantenedores de la creencia alrededor de la incapacidad de ser amada, “Soy extraña”, “Soy diferente”. Además, surge y se refuerza una nueva categoría de creencias centrales –desesperanza e incompetencia. Por ejemplo “No puedo”, “Soy Incapaz” “No tengo control y “Mi futuro es incierto”.

Un evento desencadenante, importante de mencionar es la primera relación amorosa que mantiene con una joven a sus 17 años. Esta relación fue inestable desde un principio, su pareja en ese momento, mantenía otra relación con un joven. Una hipótesis alternativa se plantea frente a esta situación; el aislamiento, la falta de un apego seguro, estable y cercano, la sensación de extrañeza y la percepción de no ser capaz de ser amada,

generaron cierta vulnerabilidad a involucrarse y mantenerse en una relación inestable. Sin embargo, Carmen reporta que esta relación la ayudó a sobrepasar los sentimientos de tristeza, vacío y soledad presentes hace algunos años. Tras una pelea, la relación se termina abruptamente por decisión de Carmen, desencadenando la ideación suicida. Este evento desencadenante surge debido a su significado. La pérdida, confirmó sus creencias centrales negativas de “Estoy sola”, “No soy importante para nadie”, “Nadie me va a aceptar como soy”, “Hay algo extraño en mí, por eso estoy sola” y “Nunca voy a ser feliz”.

Meses después Carmen decide dejar todo, se plantea dos opciones, cometer suicidio o dejar su carrera universitaria, su hogar e irse del país. A sus 19 años, deja la carrera que había iniciado, escribe una carta para sus padres expresando su disconformidad y su orientación sexual y deja el hogar por dos semanas. Durante ese tiempo, Carmen no dejó el país porque algunos amigos le pidieron que no lo haga y le ofrecieron un lugar donde quedarse. En ese periodo experimenta con drogas como la cocaína y la marihuana, reportando que lo hizo una sola vez, esperando mezclar la cocaína con el alcohol y tener una sobredosis, sin embargo, no pasó de un malestar tolerable. Después de dos semanas, regresa a su hogar, los padres se muestran afectivos y agradecidos porque está de vuelta en el hogar. Sin embargo, el tema de su orientación sexual no se toca, al menos no por parte del padre. Su madre intenta acercamientos fallidos, hace énfasis en que puede cambiar su orientación, que puede acercarse más a Dios y a la religión y que esa etapa pasará. Su madre, añade que es culpa de ella por no estar presente y que van a resolver esta etapa. La situación trajo aún más malestar para Carmen. En primer lugar desde su perspectiva, no tomaron en cuenta su orientación sexual como algo importante, lo consideraron un problema y algo que se puede “curar”. Este evento confirmó creencias como “No soy

importante” “Soy extraña” “Hay algo malo en mí”, “La gente no es confiable” y “Mis padres no me aceptan y nunca lo harán”.

Creencias intermedias.

La combinación de estas experiencias y esquemas, desarrollaron creencia intermedias en forma de asunciones: “Si mis padres no me quieren, nadie me va a querer”, “Si mis padres no me quieren, debe haber algo diferente o malo en mí”, “Si me hago daño a nadie le va importar, porque yo no soy importante”. También surgen creencias intermedias en forma de reglas: “No debo acercarme al otro”, “Tengo que lograr todo sola” y “Siempre tengo que mostrarme fuerte”. En adición, surgen creencias intermedias como actitudes “No aguanto depender de alguien”, “Ser débil es insoportable” y “Necesitar del otro es insoportable”. Conforme pasa el tiempo, la relación con los padres de Carmen no mejora y se mantiene muy distante. A los 14 años aproximadamente, Carmen se da cuenta de su orientación sexual. Le costó entenderlo y aceptarlo y es alrededor de esta etapa que inicia la conducta de automutilación. De igual manera, las creencias intermedias son identificables; asunciones, “Si me muestro como soy, nadie me va aceptar”, Si no le digo a nadie como me siento, el malestar se irá”, “Si me acerco a las personas, me abandonarán”, reglas “Debo mantener mi distancia con los demás” y actitudes “Lastimarme es la única forma”. Después del rompimiento de su primera relación, en el esquema cognitivo de Carmen se desarrollan otras creencias intermedias como asunciones, “Sino estoy con esa persona, nunca seré feliz”, reglas “No debo confiar en la gente” y actitudes “No tener el control es terrible”.

Por último, las experiencias que vivió y la forma en la que Carmen percibe su entorno dan paso al desarrollo de creencias intermedias como asunciones; “Sino tengo el control de mi vida, quien lo tendrá”, “Sino puedo con mi vida, es mejor terminarla”.

Reglas como “No debo demostrarle a la gente que soy incapaz”, “No puedo ser débil” y actitudes “Ser extraña es insoportable” “Estar sola es terrible”.

Pensamientos automáticos.

Con respecto a los pensamientos automáticos presentes en Carmen, por lo general estos eran negativos y fatalistas “No tengo salida”, “Estoy sola en el mundo” y “Todo es mi culpa”. En general aparecen como frases o preguntas “Por qué no estoy bien”, “Hay algo extraño en mi”, “No puedo”, “Estoy muy sola” y “Debería terminar con este sufrimiento”. Dado que Carmen se aleja de sus seres queridos de forma considerable, sus interacciones eran muy limitadas, por lo que también piensa “No les importo”, “Esto no vale la pena” y “No puedo hacer nada”.

Distorsiones cognitivas.

Los errores de pensamiento afectaban su manera de percibir su entorno. La visión catastrófica se acentuaba “Nunca voy a salir de esto”, “Es terrible, nunca voy a mejor”. Mientras Carmen se aislaba más, menor contacto tenía con otras personas, no confiaba en sus padres y las relaciones con sus amigos y compañeros eran más bien superficiales. Este aspecto pudo alimentar su percepción de que las personas y el mundo no son de confianza y emociones negativas como tristeza, ira, desamparo y soledad surgían y se mantenían con el aislamiento y el sentimiento de culpa por su orientación sexual. Estos patrones de pensamiento y reacciones emocionales dieron paso a la desesperanza generalizada. Como consecuencia la automutilación surge como desfogue emocional y respuesta ante el entorno invalidante percibido por Carmen.

Dentro de las agrupaciones de distorsiones cognitivas, se pueden identificar errores como: pensamiento polarizado “Soy incapaz”, culpabilidad “Es mi culpa que todo esto esté

pasando”, los debería, “tengo que tener el control siempre”, debería poder hacer todo lo que me propongo” y “después del tiempo en terapia, ya debería estar bien”. De igual manera, se generaron distorsiones cognitivas en la forma en la que Carmen percibe su mundo. Sobregeneralización: “Nadie me va a querer y yo no querré a nadie”, “Toda la gente es igual y me van a fallar siempre” y “Siempre estaré sola”.

Explícitamente, su motivo de consulta fue el no caer nuevamente en una crisis emocional. Carmen percibe su futuro, como negativo, catastrófico e incierto, por lo que se involucra en conductas compensatorias, como no realizar planes a largo plazo, evita desarrollar compromisos o relaciones más íntimas, aspecto que también es congruente con su percepción de los demás, ya que esta es pesimista y considera que las personas no son de confianza y tampoco proveen de apoyo y seguridad. A su vez, Carmen no se involucra en actividades que estén asociadas a un posible fracaso y antes de que esto suceda deja el proyecto o no se compromete con el mismo. No obstante, cuando la probabilidad de logro es mayor, es perseverante, por ejemplo con la práctica de fútbol. Por otro lado, la percepción de sí misma también juega un papel importante en el nivel involucramiento emocional e interpersonal. La percepción de rechazo está presente incluso antes de que algún evento ocurra, por lo que como conducta de compensación se aísla, no busca apoyo y soporte de personas cercanas en momentos difíciles.

El conjunto de cogniciones, emociones y conductas forman un conjunto de patrones estables que se originaron en la infancia con las experiencias y percepciones de Carmen y que se han mantenido a lo largo del tiempo, desencadenando un cuadro depresivo.

Tema 5. Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La ansiedad se caracteriza por “ser un estado afectivo en el cual el individuo se siente amenazado por la potencial ocurrencia de un evento negativo en el futuro” (Dozois y

Firestone, 2010, p. 91). En el DSM-IV TR, el trastorno de ansiedad generalizada conforma parte de los 13 trastornos de ansiedad y se caracteriza por al menos seis meses de excesiva y persistente ansiedad y preocupación (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, hasta 1980, los trastornos de ansiedad estaban agrupados junto con los trastornos somatomorfes y los trastornos disociativos bajo el nombre de “neurosis” (Dozois y Firestone, 2010). Actualmente, su principal característica es la marcada y desproporcionada ansiedad frente a eventos o actividades futuras, generando disfuncionalidad y malestar en distintas áreas de la vida de la persona (American Psychiatric Association, 2000).

Etiología.

La etiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada conforma factores biológicos, neurológicos, psicológicos, cognitivos e interpersonales. Desde el ámbito biológico, en estudios de gemelos y familiares en primer grado, se ha encontrado cierto grado de concordancia (Hettema, Neale, Kenneth y Kendler, 2001; Dozois y Firestone, 2010). Hettema y col. (2001), encontraron alrededor de 35% de carga genética en su estudio de gemelos monocigóticos y dicigóticos, para el trastorno de ansiedad generalizada, tanto en hombres como en mujeres. Resultados similares son reportados por el DSM-V, que le atribuye un 33% a la carga genética del TAG (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, no se ha descrito un gen específico para el desarrollo de los trastornos de ansiedad, por lo que estos resultados pueden estar más asociados a características propias del individuo, como la inhibición conductual (Hettema, Prescott y Kendler, 2004 en Dozois y col., 2010), y al temperamento, específicamente neurotismo -como se pudo observar con el trastorno de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro de los factores fisiológicos, en estudios realizados en animales, se ha encontrado que al estimular eléctricamente el circuito neural asociado al miedo, tálamo-amígdala-hipotálamo-tronco cerebral-médula espinal, los animales tienen respuestas de miedo como *freezing*, y conducta de huida (Panskepp, 1998, en Dozoiz y Firestone, 2010). Con respecto a los neurotransmisores asociados al TAG, se ha encontrado que la serotonina, norepinefrina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), están directamente relacionados con el circuito neural del miedo y con otras funciones cognitivas de orden superior (Portman, 2009).

Con respecto a los factores psicológicos que podrían contribuir al origen del TAG, esta los conductuales y cognitivos. De acuerdo a la teoría de dos factores, propuesta por Mowrer (1947) el miedo se desarrolla a través del condicionamiento clásico y se mantiene a través del condicionamiento operante. Este modelo explica a su vez como la evitación funciona al corto plazo, pero mantiene y refuerza la ansiedad al largo plazo (Dozois y Firestone, 2010). Desde el aspecto cognitivo, Beck y Emery (1985), teorizaron en que la forma distorsionada de verse a sí mismos, el mundo y los demás es lo que les genera miedo y ansiedad a las personas. Además, la vulnerabilidad a desarrollar este trastorno surge a partir de creencias centrales como “Soy vulnerable” y “Soy indefenso” ya que su foco de atención va a estar dirigido hacia estímulos o eventos que confirmen sus creencias.

Dozois y Firestone (2010), mencionan que en relación a la vulnerabilidad cognitiva, Michel Dugas y Robert Ladoceur, desarrollaron el modelo de Intolerancia a la Incertidumbre en 1998, en el que describen que las personas con trastorno de ansiedad generalizada tienen un menor rango de tolerancia a la incertidumbre; por lo que pensamientos rápidos y constantes sobre el futuro y preguntas del tipo “Qué tal sí” se exacerban, desencadenando la sintomatología ansiosa.

Curso y desarrollo.

Aunque no es muy común que el trastorno sea diagnosticado antes de la adolescencia, el TAG puede ser diagnosticado a cualquier edad, tomando en cuenta el diagnóstico diferencial. La edad media de inicio es alrededor de los 30 años (American Psychiatric Association, 2013). Su evolución suele ser crónica, y se estima que tiene una duración de seis años. Sin tratamiento, los síntomas no disminuyen, por lo que puede ser una condición perdurable. El índice de comorbilidad con otros trastornos también genera dificultades en el curso y tratamiento del TAG (Portman, 2009). El DSM-V también indica que los índices de remisión total suelen ser muy bajos (American Psychiatric Association, 2013) aspecto que empeora con comorbilidad con trastorno de depresión mayor y trastornos de personalidad (Portman, 2009).

Prevalencia.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad generalizada en Estados Unidos para adultos en un año es de 2.9% y en otros países se encuentra entre 0.4- 3.6% (American Psychiatric Association, 2013). En América Latina y el Caribe, se encontró una tasa de prevalencia de 3.4% en un año y a lo largo de la vida 5.5% (Kohn, y col., 2005). Entre todos los trastornos de ansiedad Robins y Regier (1991), encontraron que el TAG tiene los índices de prevalencia más altos 4.1 a 6.6% (Portman, 2009). Además, según el autor, el riesgo de tener TAG es el doble para mujeres que para hombres. Sin embargo, en ambientes clínicos no se encuentra esta diferencia, ya que 55 a 60% de los pacientes con TAG son mujeres (American Psychiatric Association, 2013).

Comorbilidad.

Los trastornos de ansiedad presentan una alta comorbilidad entre ellos y como se mencionó anteriormente hay una alta comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo,

específicamente depresión y con trastornos de personalidad, en especial con el trastorno límite (Portman, 2009). Mientras que el abuso de sustancias, trastornos psicóticos y de conducta, así como desórdenes neurocognitivos son menos comórbidos con el TAG (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo a Nutt, Argyropoulos y Forshall (2001), es raro encontrar un Trastorno de Ansiedad Generalizada puro, ya que alrededor del 90% de los pacientes son diagnosticados con otros trastornos (Portman, 2009). Se estima que alrededor de un 60% de pacientes que tienen TAG, también presentan un Trastorno de Depresión Mayor, Wittchen y Jacobi (2005), mientras que otros autores encontraron que la ansiedad social es el trastorno más comórbido con TAG (Borkovec, Abel, y Newman, 1995, en Portman, 2009).

Tema 6. Investigación terapia cognitivo conductual y trastorno de ansiedad generalizada.

Como se mencionó, la terapia cognitivo conductual se ha mostrado efectiva en distintos ambientes clínicos, así como en trastornos psiquiátricos. Este aspecto es aplicable al trastorno de ansiedad generalizada como lo ha demostrado la literatura disponible (Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002; Wells, 2000 en Freeman y col., 2005). Uno de los estudios que muestra su efectividad, es el meta-análisis de Covin, Ouimet, Seeds y Dozois (2008). Los autores teorizan que la preocupación patológica es el componente esencial del TAG y buscan determinar si la CBT es efectiva para disminuirlo. Realizaron una revisión de la literatura disponible e incluyeron aquellos estudios que aplicaban el *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ). Los resultados de los siete meta-análisis usados, indican que la CBT es efectiva para la disminución de la preocupación patológica y los resultados se mantuvieron al cabo de un año. Pero parece ser que la CBT es más efectiva con jóvenes adultos que con adultos mayores. Sin embargo, cuando el grupo

geriátrico fue comparado con el grupo control, se encontraron resultados favorables, mostrando que después de tratamiento los resultados del PSWQ ya no correspondían a preocupación clínica patológica. Por último, compararon terapia individual y grupal y encontraron que las sesiones individuales mostraban mayor reducción de síntomas en los estudios analizados. Entre las limitaciones que presenta la investigación, está el número reducido de estudios incluidos (n=7). Los resultados no pueden ser generalizados, pero implican una base importante para futuras investigaciones (Covin y col., 2008).

Un estudio reciente, realizado por Chavira y col. (2014), busca determinar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual de una población latina en Estados Unidos, comparar los resultados con una población caucásica y determinar el nivel de adherencia que estos dos grupos presentan al tratamiento. El estudio comprende una muestra total de 1.004 participantes, con trastorno de ansiedad de entre 18-75 años. Entre los trastornos incluidos están: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno por ansiedad social. Las personas de la muestra debían cumplir con los criterios del DSM-IV-TR y debido a la alta comorbilidad entre estos trastornos se incluyeron personas con Trastorno de Depresión Mayor, abuso de alcohol y dependencia a la marihuana y a la nicotina. Los pacientes podían estar en el grupo de CBT (n=64), en el grupo de fármacos (n=30), una combinación de los dos (n=202) y el grupo control de tratamiento común (n=501) El tratamiento duró 12 semanas y usaron el *12-item Brief Symptom Inventory* (BSI-12) para medir los resultados.

Chavira y col. (2014), encontraron que no hay diferencias en preferencias de tratamiento entre latinos y no latinos: latinos-CBT= 40%, mientras que no latinos-CBT= 36%, en las condiciones de solo medicación, un 9% de latinos la escogieron, versus un 8% de participantes no latinos. Los resultados de eficacia de tratamiento fueron favorables para

los dos grupos, con tasas de remisión de 41.9% a 61.5% para Latinos y de 42.8% a 62.2% para caucásicos. En promedio, el grupo de latinos asistió a menos sesiones 7.44 versus los no latinos 9.09. Por último, entre los resultados significativos, encontraron que los latinos reportaban menor entendimiento de los principios de la CBT. Los autores atribuyen esta diferencia a la traducción o a la conceptualización de la ansiedad (Chavira y col., 2014). El estudio presenta algunas limitaciones, por ejemplo no reportan los resultados del grupo control y no existe una comparación con el mismo. Además, no midieron la eficacia del tratamiento de acuerdo al trastorno específico, aspecto que pudo dar información muy valiosa. Por otro lado, los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones debido a que la muestra fue obtenida de un ambiente clínico, específico para trastornos de ansiedad y los criterios de inclusión pudieron sesgar los resultados (Chavira y col., 2014).

En el estudio realizado por Mitte (2005), se realizó una revisión de literatura sobre la efectividad del tratamiento cognitivo conductual y el tratamiento farmacológico para el trastorno de ansiedad generalizada. Se usó un total de 19 publicaciones, 13 de ellas comparaban el tratamiento cognitivo y/o conductual con un grupo control; seis compararon la misma modalidad de tratamiento con el uso de fármacos. La muestra total consistió de 869 pacientes con un promedio de edad de 37.36 años, de los cuales un 61.7% eran mujeres. Se estimó que la duración promedio del TAG era de 6.31 años. Los resultados indican superioridad del tratamiento cognitivo y/o conductual sobre grupos control, listas de espera y placebos. La revisión indica que no solo la sintomatología ansiosa disminuyó, también la sintomatología depresiva y la calidad de vida reportada también mejoró significativamente. Con respecto a la comparación con el tratamiento farmacológico, se encontró que al comparar CBT y grupo control con tratamiento farmacológico y pastillas placebo, el efecto de los fármacos fue superior. Sin embargo, cuando se comparaban los

dos tratamientos directamente, no se observaron diferencias significativas. No obstante, este artículo no menciona los índices de recaídas, ni dependencias a los fármacos en el seguimiento a los pacientes. Este aspecto es importante de considerar debido a los efectos secundarios y a los altos índices de dependencia que fármacos como las benzodiazepinas pueden generar (Hollister, Muller, Oerlinghausen, Rickels y Shader, 1993; Woods, Katz, y Winger, 1992 en Mitte, 2005).

Entre las limitaciones que presenta este estudio, es la falta de homogeneidad esperada entre los estudios, a pesar de que se hayan tomado en cuenta rigurosos criterios de inclusión, no es posible controlar las variables de los estudios usados. Por otro lado, la mayoría de estudios en CBT usaron medidas para la ansiedad distintas de los estudios con fármacos, por lo que los resultados pudieron variar. Sin embargo, estos resultados han sido encontrados en otras investigaciones y dan bases para inferir que el tratamiento cognitivo conductual podría ser superior o igual de eficaz que el tratamiento farmacológico en casos de trastornos de ansiedad generalizada bajo ciertas condiciones (Mitte, 2005).

Tema 7. Conceptualización cognitiva conductual del trastorno de ansiedad generalizada.

Las experiencias relevantes a la problemática actual de Carmen iniciaron en su infancia. Debido a la inconsistencia en su crianza y a la carencia de un apego seguro con sus padres, Carmen no se desarrolló en un ambiente seguro y confiable, generando un esquema cognitivo correspondiente a un cuadro de ansiedad.

Creencias centrales.

En base a sus experiencias, a la falta de un lugar seguro para explorar, Carmen desarrolla la creencia central “El mundo no es un lugar seguro”, “La gente no es de

confianza”, “Me van a hacer daño” y “Soy vulnerable”. Estas creencias formaron la base para que Carmen se sienta insegura de su entorno, de su futuro, de sí misma y de los demás. Entre las experiencias que Carmen vivió en la infancia, está el que sus padres nunca estuvieron presentes, en momentos difíciles Carmen sabía que estaría sola y que no había una figura estable en la que confiar. Por otro lado, Carmen creció creyendo que la emocionalidad, el contacto físico, el cariño y las emociones en general, no se experimentan de forma positiva. Ante situaciones de malestar, no expresaba como se sentía, las emociones en sí empezaron a implicar una amenaza. “Soy débil” es una de las creencias centrales de Carmen, esta se confirmaba cuando lloraba en sesión, cuando no podía manejar sus emociones o cuando no estaba en el estado emocional neutro que buscaba. La dificultad de manejar sus reacciones emocionales, así como la intensidad de las mismas, desarrollaron la creencia central predominante “Soy inadecuada” o “Soy extraña”.

Creencias intermedias.

Bajo estas circunstancias, cualquier emoción experimentada desde un aspecto fisiológico era una amenaza para el estado neutro en el que Carmen quería mantenerse, porque no sabía cómo manejarlo, no sabía qué estaba pensando y sus sensaciones corporales eran extrañas a ella. Por lo tanto se desarrollan creencias intermedias como reglas “No debo sentir, ni expresar mis emociones”, asunciones “Si me permito experimentar mis emociones, voy a entrar en crisis”, “Sino controlo mis emociones, es porque soy débil” y actitudes “Las emociones son malas”. Desde esta perspectiva, cualquier evento activador de emociones generaba mucha ansiedad en Carmen, ya que estaba a la expectativa de que algo malo ocurriría y que no podría controlarlo.

Por último, se pueden identificar creencias intermedias en forma de asunciones “Si me acerco mucho a estas personas, tendré que intimar”, “Si me conocen realmente, me van

a rechazar” y “Si me siento así, es porque algo malo va a pasar”. De igual manera se manifiestan como reglas “La gente no es confiable, no debo acercarme” “No puedo confiar en nadie” y actitudes “Acercarme a la gente no es bueno”, “Es terrible estar con mucha gente a mi alrededor”.

Pensamientos automáticos.

La preocupación general y desproporcionada frente a los eventos del entorno, surgían a su vez por evaluaciones rápidas y distorsiones cognitivas. Frente a un evento detonante como el no lograr una tarea, Carmen tenía pensamientos automáticos como “No puedo manejar esto”, “Todo es mi culpa”, “Soy débil por no poder controlarme”, “Voy a perder el control”, “Algo malo me está pasando” y “Voy a entrar en crisis”, los cuales eran muy comunes. La cantidad de pensamientos automáticos que surgían frente a distintas situaciones, como una interacción forzada con los padres, un mensaje de texto o el no poder concluir una tarea, generaban emociones intensas. Incluso antes de que algo aconteciera, Carmen ya estaba a la espera de que esto saldría mal, incrementando su nivel de ansiedad, agitación, palpitaciones fuertes, tensión en las manos y dificultad para conciliar el sueño.

Distorsiones cognitivas.

Entre las distorsiones cognitivas que se pueden identificar esta la culpabilidad “Es mi culpa, porque yo no me puedo controlar”, sobregeneralización “Todas las emociones son malas”, “Todos te van a fallar”, visión catastrófica “Sé que algo malo me va a pasar”, “Una emoción puede llevarme a una crisis”, los deberías “Tengo que controlar mis emociones” “Debo mantenerme en un estado neutro siempre” y “Debería poder superar esto”.

Tema 8. Terapia dialéctica conductual.

Historia y formulaciones teóricas.

La Terapia Dialéctica Conductual, es un enfoque terapéutico basado en investigación científica, desarrollado por Marsha Linehan a finales de 1980 en la Universidad de Washington mientras trabajaba con una población de mujeres con sintomatología crónica y poca respuesta al tratamiento estándar. La sintomatología presente en esta población estaba asociada a la conducta suicida y parasuicida, impulsividad, inestabilidad y labilidad emocional, problemas interpersonales y de autopercepción. Gran parte de la muestra cumplía con el criterio de trastornos de personalidad límite (TPL). El TPL es un trastorno perteneciente al Eje II, en el manual de diagnóstico propuesto por la American Psychiatric Association (2002). Se caracteriza por ser una condición pervasiva de relaciones inestables, emocionalidad lábil, impulsividad, confusión de la identidad entre otros síntomas y será descrito con mayor detalle en la siguiente sección. Como resultado de la combinación de estos síntomas y la hospitalización recurrente, esta población tenía bajos índices de adherencia al tratamiento, haciendo que la aplicación de intervenciones cognitivas y conductuales estándar no generaran los cambios esperados (Koon, 2008).

Como base teórica Linehan (1993) propone la Dialéctica desde dos perspectivas; la naturaleza de la realidad y la relación con el diálogo y una relación persuasiva. Para la autora, la filosofía dialéctica de la realidad tiene tres características esenciales. En primer lugar, la dialéctica entiende al mundo de forma global, la realidad no se analiza de forma individual, sino en su totalidad. Por ende, la complejidad de la conducta y las pautas a seguir, son comprendidas dentro de su propio contexto, de forma más amplia y en constante interrelación y dinamismo. A partir de esto surge una segunda característica; su

percepción de la realidad. Linehan apunta que la realidad no es estática, sino un conjunto de fuerzas opuestas, la tesis y la antítesis, de la cual –idealmente- surge la síntesis. La existencia de oposiciones y polaridades limita la capacidad de la persona para llegar a esta síntesis, siendo en el aspecto paradójico de la realidad, en donde se encuentra relación con corrientes psicodinámicas. Para la DBT aplicada a casos de Trastornos de Personalidad Límite, la polaridad extremista a nivel emocional, cognitivo y conductual es una falla dialéctica, ya que no llegó a la síntesis, ni a una percepción más viable de la realidad.

Por último, Linehan (1993), propone que la naturaleza de la realidad es un proceso. La globalidad es cambiante y dinámica, por lo que los sujetos y el contexto en los que estos se desarrollan e interactúan también están en constante transformación. Por esta razón, la DBT no busca mantener un ambiente estable para el paciente, busca que este obtenga herramientas que le permitan manejarse en un entorno cambiante.

La DBT también se basa en un modelo social conductual para conceptualizar la conducta en general. Linehan (1998) define la conducta como: “cualquier actividad o respuesta del individuo, ya sea pública y privada, implícita y explícita, incluyendo respuestas emocionales, fisiológicas, cognitivas y manifestaciones motrices” (p.22). La autora desarrolló este enfoque terapéutico, basándose en el tratamiento con pacientes diagnosticadas con TPL, por lo que busca explicar su etiología y mantenimiento a través de un modelo biosocial, en el que el aspecto biológico y el ambiental están en constante interacción entre sí (Koon, 2008). La perspectiva biosocial, da cuenta de una pronunciada vulnerabilidad biológica a la desregulación emocional que interactúa con un determinado ambiente durante el proceso de desarrollo del individuo. Con el pasar del tiempo, la desregulación emocional se mantiene a través del uso de estrategias ineficientes y poco adaptativas, lo que a su vez explicaría la característica pervasiva del TPL (Linehan, 1993).

Siendo la vulnerabilidad emocional una característica principal del Trastorno de Personalidad Límite y de la formulación del modelo dialéctico, es esencial que esta sea descrita de acuerdo a su creadora. La publicación de Linehan realizada en 1993, indica que la vulnerabilidad emocional está caracterizada por: a) alta sensibilidad a estímulos de contenido emocional, b) acompañados de una intensa respuesta y c) alcanzar calma emocional, requiere de una recuperación lenta después de la excitación de la respuesta emocional. Por otro lado, para adquirir la habilidad de modular las emociones, la persona debe ser capaz de inhibir conductas poco apropiadas ante emociones negativas o positivas. Además, incluye la capacidad de auto regulación fisiológica generada por estímulos emocionales, la conducta idealmente se organiza de tal manera que responde a un objetivo externo, no es simplemente un producto o una respuesta automática. Por último, el mantener la atención enfocada en un estímulo a pesar de la existencia de una emoción fuerte, son aspectos que determinan la presencia de modulación o regulación emocional. La combinación de un sistema emocional híper sensitivo, con un ambiente determinado y la inhabilidad de regular las emociones, proporcionan la base teórica del trastorno (Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007).

Al hablar de ambiente, Linehan (1993), teoriza que generalmente un contexto invalidante es el que juega un rol importante dentro de la desregulación emocional. Como se expuso anteriormente, la realidad no está determinada por un solo aspecto y se entiende en su globalidad y constante interacción y transformación. Lo mismo sucede en el caso del ambiente y la hipersensibilidad. El desarrollo de un niño con un sistema emocional vulnerable se ve directamente afectado por un ambiente invalidante, facilitando su reactividad. A su vez, el niño reactivo influencia su ambiente dificultando que se genere un ambiente más validador y capaz de ofrecer mayor apoyo y sustento. El ambiente

invalidante está caracterizado por cuidadores que generalmente no toman en cuenta las emociones del niño. Su experiencia emocional privada carece de importancia, la respuesta del otro es errática, extrema e inadecuada para el momento. La expresión de emociones, pensamientos, creencias, conductas u opiniones puede ser ignorada, como sobre estimada. En cualquiera de los dos casos, el aprendizaje emocional y a su vez cognitivo que se da en el entorno social se ve interrumpido y limitado (Linehan, 1993; Koons, 2008).

El impacto que un ambiente invalidante puede generar puede ser muy diverso, dada la unicidad de las personas y las variables externas que juegan distintos roles (Linehan, 1993). Sin embargo, para la DBT, el impedimento de un aprendizaje emocional dificulta que los niños identifiquen, nombren, monitoreen y regulen sus emociones, lo cual a su vez irrumpe en su habilidad para expresar y conocer sus estados emocionales (Koons, 2008). Posiblemente, la confusión que esto genera, dificulta que puedan tolerar estados emocionales aversivos. Reacciones emocionales negativas son reforzadas indirectamente, mientras que las positivas son ignoradas o atribuidas a aspectos negativos de la persona (Koons, 2008). Una de las funciones de la emoción es poder dirigir la conducta, evaluar situaciones emergentes y responder frente a estas, aspecto que se ve afectado en ambientes invalidantes ya que el niño aprende a no confiar en sus propias emociones (Linehan, 1993).

A lo largo de su carrera profesional, Linehan (1993) pudo observar que la invalidación de emociones negativas es muy común, más que nada en la cultura occidental. La autora explica este fenómeno a través del individualismo, a partir de la concepción del autocontrol y el logro; aspectos que cada día van tomando más fuerza, más que nada por su asociación al éxito y la independencia. Por lo tanto, existe una gran cantidad de reforzadores sociales que están presentes a lo largo del desarrollo de la persona como familiares, amigos, educadores y el medio en sí.

Sin embargo, la literatura disponible indica que no solo son los ambientes invalidantes los que exacerban o juegan un rol importante en el desarrollo de problemas a nivel emocional como en el caso del TPL; se ha encontrado que en alrededor de 60 al 90% de mujeres diagnosticadas han experimentado abuso sexual en la infancia (Zanarini, Frankenburg, Reich, Hennen y Silk, 2005, en Elzy, 2011), mientras que otros autores reportan que en una muestra de 167 pacientes, el 91,6% de los casos reportaron traumas específicamente sexuales (Yen y col., 2002 en Elzy, 2011).

En base al fundamento teórico, Linehan menciona que el objetivo principal de la terapia dialéctica es “reemplazar la conducta ineficaz, desadaptativa y poco diestra por todo lo contrario” (1993, p. 33). Aspecto que se puede alcanzar a través de la aplicación de cuatro procedimientos de cambio: 1) programa de habilidades, 2) procedimientos de contingencia, 3) procedimiento de modificación cognitiva y 4) procedimientos de exposición (Lynch y col., 2007).

Para lograr que este programa se realice de forma eficaz, se deben tomar en cuenta ciertas condiciones necesarias. En primer lugar, la DBT divide el programa en dos partes, la adquisición de habilidades y la segunda, su aplicación. En segundo lugar, es importante que estos dos componentes se den en terapia grupal y en terapia individual. Otros modos de intervención también son incluidos en este tratamiento como: las llamadas telefónicas e interconsultas con el equipo de terapeutas (Soler y col., 2011). Además, está la aplicación de los cuatro módulos para el desarrollo de habilidades: 1) *mindfulness*, 2) efectividad interpersonal, 3) regulación emocional y 4) tolerancia al malestar (Lynch y colaboradores, 2007). De acuerdo a los autores, cada módulo está diseñado para ser completado en ocho semanas. Sin embargo, esto puede variar de acuerdo a las necesidades del paciente, así como de los recursos disponibles y al ambiente terapéutico en el que se desarrolla el

tratamiento –ambulatorio, clínico, psiquiátrico, práctica privada. Además son susceptibles a modificaciones, lo cual permite cierta flexibilidad en su aplicación (Linehan, 1993), acomodándose a las necesidades inmediatas del paciente, así como al entorno en el que este se desarrolla (Lynch y col., 2007). A continuación, se describe en detalle la estructura del tratamiento del enfoque dialéctico conductual.

Estructura del tratamiento.

Terapia de grupos.

El modelo DBT, aplica sesiones de dos horas treinta minutos en las sesiones grupales que se dan una vez a la semana. Linehan, divide este tiempo en dos secciones; la primera consiste en que cada miembro discuta sus intentos durante la semana, rituales de apertura y un descanso. La segunda parte está dedicada a que los terapeutas expongan nuevo material y se da espacio para preguntas, los últimos 15 minutos se usan para la terminación de la sesión (Linehan, 1998). Otra técnica que Linehan aplica para esta etapa de la sesión, es la aplicación de técnicas de relajación, respiración, visualización y meditación, todas estas están dirigidas a la auto regulación y a la auto observación (Linehan, 1993).

Como en todo tipo de terapia, el establecimiento de una relación terapéutica es esencial para el tratamiento. Este es el caso de la terapia grupal en la DBT, el inicio de las intervenciones grupales es importante para establecer la cohesión del grupo y un ambiente de respeto y confianza. Posteriormente, se exponen las bases teóricas detrás del programa de formación de habilidades y su relevancia para mejorar la calidad de vida de los integrantes. Estrategias didácticas, de validación y aceptación son ampliamente aplicadas en las primeras sesiones para consolidar la relación terapéutica. Por último, se exponen las reglas del programa y se establece una guía de lo que los formadores pueden proveer y lo

que los integrantes van a aportar al proceso (Linehan, 1993). El tratamiento grupal, tiene una duración estimada de seis meses, por lo que los módulos pueden ser repetidos en una segunda etapa, esto incluye tareas, prácticas y panfletos (Koerner y Dimeff, 2007). A continuación se exponen las reglas del programa de acuerdo al Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite elaborado por Marsha Linehan en 1993.

1. Los clientes que abandonan la terapia están fuera de la terapia.
2. Todos los clientes deben seguir una terapia individual.
3. Los clientes no pueden acudir a las sesiones bajo la influencia de las drogas o el alcohol.
4. Los clientes no pueden hablar sobre anteriores conductas parasuicidas (aunque sean recientes) con los otros clientes fuera de la sesión.
5. Los clientes que telefonan a otras personas para solicitar ayuda cuando tienen tendencias suicidas debe estar dispuestos a aceptar esa ayuda.
6. La información obtenida durante las sesiones, así como los nombres de los clientes deben ser confidenciales.
7. Los clientes que van a llegar tarde a una sesión o faltar a ella deben llamar con antelación.
8. Los clientes no pueden entablar relaciones privadas entre ellos fuera de las sesiones de formación.
9. Las parejas que mantienen relaciones sexuales no pueden formar parte del mismo grupo de formación.

Terapia individual

Como se mencionó anteriormente, el componente individual de la DBT es esencial para un tratamiento óptimo con pacientes suicidas y Trastorno de Personalidad Límite. La duración de las sesiones individuales es de aproximadamente una hora y la frecuencia es una vez por semana (Lynch y col., 2007). Debido a las crisis recurrentes que son características en esta población, la agenda se mantiene abierta de acuerdo a lo que haya pasado en la sesión anterior, manteniendo los objetivos establecidos en terapia (Koerner y Dimeff, 2007). Sin embargo, de acuerdo a Linehan (1998), el terapeuta DBT debe tener una guía, un marco contextual dentro del cual va a trabajar. Dentro de la terapia individual se trabaja en procedimientos de formación de habilidades, contingencia, exposición y modificación cognitiva –*chain analysis*- (Lynch y col., 2007). Cada procedimiento, conlleva la aplicación de distintas técnicas para alcanzar los respectivos objetivos. A continuación, se detallan las estrategias aplicadas en terapia individual, fundamentales para el enfoque dialéctico (Linehan, 1993). Los procedimientos de formación de habilidades y sus respectivos módulos serán explicados de forma detallada en la siguiente sección.

Procedimientos de Contingencia.- Para la DBT, la conducta adaptativa se refuerza constantemente, mientras que aquellas conductas no adaptativas deben tener consecuencias aversivas (Koerner y Dimeff, 2007). Los autores indican que en este tipo de procedimientos se aplica el modelado, la extinción y el castigo de conductas indeseadas en caso de ser necesario. El establecimiento de límites es importante en un contexto individual, así como grupal, las llamadas telefónicas son aceptadas en casos de conducta parasuicida o momentos de crisis fuertes. Los temas tratados en sesiones grupales deben estar dentro del contexto del módulo, el trato entre compañeros y formadores debe ser

respetuoso, cualquier forma de hostilidad está prohibido (Linehan, 1993; Lynch y col., 2007).

Procedimiento de Exposición.-Esta agrupación de técnicas no son típicamente estructuradas y se enfocan en bloquear la evitación de los clientes e instruir al cliente sobre la importancia de la exposición, reforzando esta conducta cuando aparezca (Linehan, 1993).

Procedimientos de Modificación Cognitiva.- Se basa en la reestructuración cognitiva, como se mencionó anteriormente la DBT es una terapia cognitiva conductual modificada. A lo largo del tratamiento se realizan técnicas para que los clientes aprendan a identificar y modificar creencias desadaptativas (Swales, 2009). Sin embargo, estas tienen un rol más pequeño en comparación con otras terapias cognitivo conductuales (Linehan, 1998).

La aplicación de estos procedimientos, dependen de las necesidades inmediatas del cliente, así como de las áreas en las que presente mayor dificultad y pueden ser combinadas (Swales, 2009).

Entrenamiento en habilidades.

Módulo 1: Mindfulness

El generar y ampliar habilidades de conciencia es esencial para la terapia dialéctica conductual. Su aplicación se da a lo largo de la terapia y son fundamentales por lo que son las primeras en ser enseñadas y las únicas que se trabajan durante todo el año y se revisan al inicio de los otros tres módulos. En este punto entra la influencia de prácticas espirituales del Zen, pero mantienen un enfoque psicológico y conductual y proponen tres estados mentales fundamentales: *mente racional, mente emocional y mente sabia*. Las

habilidades de *mindfulness* están diseñadas para generar un vínculo equilibrado entre la mente racional y la mente emocional, con el fin de tener una mente sabia, la cual agrega el conocimiento intuitivo (Linehan, 1993).

Mente Racional.- Es un estado mental en el que la persona se acerca al conocimiento desde un enfoque lógico, racional e intelectual. La conducta es planeada y se da en base a hechos empíricos, se mantiene la concentración y la postura frente a los problemas (Linehan, 1993).

Mente Emocional.- En este estado, los pensamientos y la conducta de la persona son manejados por las emociones. Por ende, el razonamiento y el procesamiento de información de forma lógica y congruente a los hechos es una tarea difícil. Los acontecimientos son amplificadas y el pensamiento se presenta distorsionado ya que este busca congruencia con el estado emocional, efecto que ocurre de igual manera con la conducta (McKay, Wood y Brantley, 2007; Linehan, 1993).

Mente Sabia.-Este estado mental consiste en integrar la mente emocional con la mente racional. Su fin es que el cliente determine, en base a la información que tiene, qué es verdad. No se trata de lo que siente o de lo que piensa, sino de la integración de estos dos conceptos hacia una respuesta más adaptativa y realista de la situación o su auto percepción, con el fin de tomar decisiones de saludables (McKay y col., 2007).

En base a los estados mentales, la terapia dialéctica conductual propone dos tipos de habilidades de conciencia qué y cómo (Lynch y col., 2007; Koons, 2008 y Swales, 2009):

1. Habilidades de conciencia -qué-:

Estas habilidades se centran en observar, describir y participar. Al observar la persona atiende a los acontecimientos, a sus emociones y a cualquier respuesta conductual (Swales, 2009). En esta fase no se intenta cambiar o terminar con la conducta, esto permite que se experimente la situación de forma consciente. A su vez, esta habilidad ayuda a que la persona se exponga gradualmente, extinguiendo respuestas de miedo y evitación que usualmente son automáticas (Linehan, 1993).

La segunda habilidad es la descripción, su objetivo es etiquetar y nombrar situaciones, así como conductas ya que este es un principio básico de comunicación. Además, ayuda a promover el auto control, dado que le enseña a las personas a no tomar todo lo que ocurre y todo lo que sienten como verdades absolutas (Linehan, 1993). Es decir, que una persona se sienta rechazada, no necesariamente implica que ese sea el caso. Formulación que se puede identificar en el modelo cognitivo (Beck, 1995).

La última habilidad de conciencia qué, es la participación. Esta se refiere a la capacidad de la persona para interactuar en su entorno de forma efectiva y fluida, la separación entre el yo y el mundo de alguna forma se disuelve (Swales, 2009). Es decir participa activamente, sin separar emociones de hechos o de situaciones, todo está integrado y la persona está alerta de lo que ocurre (Linehan, 1993).

2. Habilidades de conciencia -cómo-:

Esta agrupación de habilidades se enfoca en *cómo* se observa, se describe y se participa en una situación dada. Este proceso requiere de una actitud no sentenciosa, enfocar la atención en un solo aspecto y aplicar estrategias que funcionen, es decir ser efectivos (Swales, 2009). El primer cómo observamos, se centra en no tener una postura

sentenciosa, es decir no catalogar las cosas o las personas como buenas o malas (McKay y col., 2007). Las personas deben dejar de tomar esta postura juzgadora, se evalúa la continuidad o no de una conducta, pero las etiquetas deben ser eliminadas, idealmente en la mayor parte de los cosas (Linehan, 1993).

Por otro lado, está el cómo describimos. Para lograr esta habilidad de conciencia es necesario que la persona aprenda a dirigir y mantener su atención y concentración en una actividad específica (Sperry, 2006). Esta habilidad es esencial con la población de trastornos de personalidad, ya que estas personas suelen tener problemas para dirigir y mantener la atención en un solo aspecto, por lo que cualquier problema conlleva otros problemas y la atención se ve dividida en distintas áreas, disminuyendo la capacidad de actuar (Linehan, 1993).

El tercer cómo, hace énfasis en la capacidad de la persona para aplicar estrategias efectivas. De acuerdo a la filosofía oriental esto implica usar medios habilidosos (Linehan, 1993). De acuerdo a la autora, en este punto entra una consideración importante asociada a la dialéctica en sí, la lucha entre hacer lo correcto versus hacer lo que es útil. Para las personas con trastornos de personalidad límite, es muy difícil confiar en que sus respuestas, percepciones o juicios son correctos (Koons, 2008). Por esta razón, esta habilidad, se centra en lo que va a ser efectivo, no necesariamente lo que está “bien”, integrando así la postura no sentenciosa (Linehan, 1993).

Módulo 2: Efectividad interpersonal.

El objetivo de este módulo es proveer de herramientas para la resolución de problemas y para ser asertivos (Linehan, 1993). Se enfoca en realizar pedidos sobre lo que la persona necesita, establecer límites al aprender a decir “no” y aprender a negociar y manejar dificultades a nivel interpersonal, manteniendo la confianza y la determinación

(Sperry, 2006). El autor menciona que otro de los objetivos es lograr la autoafirmación, expresar deseos y opiniones, determinar objetivos personales y mantener las relaciones. De acuerdo al manual, este es el módulo más amplio y suele tomar un poco más de las ocho semanas sugeridas (Linehan, 1993). En general, se enfoca en equilibrar prioridades como: relaciones, demandas, deberes/obligaciones y deseos. En adición, uno de los temas que se expone en este módulo es el aprender a ser agradable, interesarse por los demás, validar, ser simpático, sincero y amable con el fin de generar relaciones más estables y poder mantenerlas (Linehan, 1993).

Módulo 3: Regulación emocional.

Como se mencionó anteriormente, uno de los principales problemas de las personas con trastornos de personalidad límite es la dificultad que tienen para manejar sus estados emocionales, dada su vulnerabilidad y contexto (Koons, 2008). Usualmente, las respuestas emocionales de esta población son secundarias, lo cual les genera mucho malestar ya que no son apropiadas dentro del contexto y son poco adaptativas (Linehan, 1993). Este módulo se centra en proveer de herramientas cognitivas y conductuales para reducir respuestas emocionales desadaptativas, conductas impulsivas disfuncionales que generalmente ocurren en contextos de labilidad emocional (Koerner y Dimeff, 2007). A su vez, los autores mencionan que hay un grado de exposición a respuestas emocionales aversivas, que forman parte del módulo. A continuación se exponen las habilidades específicas de acuerdo al Manual de Tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite de Marsha Linehan (1993).

1. Identificar y etiquetar emociones.
2. Identificar obstáculos para el cambio de emociones.

3. Reducir la vulnerabilidad de la mente emocional.
4. Incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos.
5. Incrementar la conciencia frente a las emociones del momento.
6. Llevar a cabo la emoción opuesta.
7. Aplicar técnicas de tolerancia al malestar.

Módulo 4: Tolerancia al malestar.

El principal objetivo de este módulo es desarrollar la habilidad para aceptar y manejar el dolor y las crisis sin el uso de sustancias, conductas auto lesivas o intentos suicidas (Koerner y Dimeff, 2007). De acuerdo a Linehan (1993), esto es importante porque el dolor y el malestar conforman parte de la vida diaria, no siempre pueden ser evitados o eliminados y el no poder percibir esto genera niveles aún más intensos de malestar. Este módulo le permite al paciente aceptar su realidad sin intentar cambiarla. Dada la frecuencia de estados de crisis por los que los pacientes pasan y por patrones caóticos, el objetivo de aprender a tolerar este malestar, es también poder sobrevivir al mismo y aceptar ciertas situaciones que no siempre van a poder ser controladas (Sperry, 2006).

A continuación, se detallan las estrategias aplicadas en este módulo de acuerdo al Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite (Linehan, 1993) y el Libro de Trabajo de Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (McKay y col., 2007).

Estrategias de supervivencia a las crisis.

1. *Distraerse.*- Como objetivo, estas estrategias buscan disminuir el contacto con estímulos emocionales o cambiar partes de la respuesta emocional, a través de técnicas como:

- Realizar actividades distractoras.
- Ayudar a los demás.
- Hacer comparaciones.
- Generar emociones opuestas.
- Dejar de lado la situación negativa.
- Tener pensamientos distractores.
- Experimentar sensaciones intensas.

2. *Proporcionarse Estímulos Positivos.*- A través de la relajación de todos los sentidos, -vista, olfato, oído, tacto y gusto-. Se llega a un estado en el que la persona se siente más cuidada y más animada, deliberadamente se trata bien (Linehan, 1993).

3. *Mejorar el Momento.*- Esta agrupación de habilidades contiene aspectos cognitivos y busca reemplazar eventos negativos por otros más placenteros y positivos. De acuerdo a McKay y col. (2007) y Linehan (1993), se pueden incluir técnicas tales como:

- Usar la fantasía.

- Encontrar significado.
- Practicar la oración.
- Practicar la relajación.
- Vivir el presente en cada momento.
- Tomarse vacaciones.
- Darse ánimo.

4. *Pensar en los pros y los contras.*- El objetivo de esta técnica es que la persona perciba los aspectos positivos y negativos de tolerar el malestar, así como de no hacerlo. De esta forma, la persona afronta la realidad y percibe que tolerar y manejar su malestar es más beneficioso que rechazarla y no salir de las crisis.

Estrategias de aceptación.

1. *Ejercicios de observación de la respiración.*- En esta sección los formadores pueden aplicar uno o varios de los ejercicios disponibles, entre ellos están: la respiración profunda, medición de la respiración con los pasos, observar la respiración mientras se escucha una conversación o cuando se escucha música y respirar para calmar la mente y el cuerpo (Linehan, 1993).
2. *Ejercicios de media sonrisa.*- Esta estrategia conductual radica en relajar los músculos de la cara, el cuello y todo el cuerpo, después sonreír y adoptar una expresión de serenidad. Esto ayuda para que la persona desarrolle mayor aceptación, Linehan lo describe como: “una cara serena, con actitud de aceptar, podremos incrementar, en alguna medida, el control de nuestras emociones. Si

nuestras caras expresan aceptación, tendremos más probabilidades de sostener una actitud de aceptación” (1993, p. 225).

3. *Ejercicios de Conciencia.*- Idealmente estos ejercicios se aplican a diario, con el fin de generar un mayor estado de aceptación. En esta sección se pueden encontrar ejercicios como: conciencia de la posición del cuerpo, de la conexión del universo, conciencia mientras realiza actividades como preparar un café, lavar los platos o bañarse (McKay y col., 2007).
4. *Aceptación radical.*- Consiste en aceptar complemente la realidad tal y como es, sin luchar contra ella, debe ser interna. A través de esta aceptación, el sufrimiento intolerable, se convierte en dolor que se puede manejar. De esta forma, se desarrolla la idea de que la vida comprende aspectos dolorosos y que puede existir la posibilidad de realizar actividades correctoras (Sperry, 2006).

Tema 9. Trastorno de Personalidad Límite.

El trastorno de personalidad límite pertenece al Grupo B de los trastornos de la personalidad descritos por el DSM-IV-TR y el DSM-V (American Psychiatric Association, 2000; 2013). Antes de 1980, este tipo de trastorno estaba típicamente conceptualizado bajo una perspectiva psicodinámica haciendo gran énfasis en el carácter y sus mecanismos de defensa. El afecto aislado, la intelectualización y la racionalización fueron los más relacionados con los trastornos de personalidad (Sperry, 2006).

Actualmente, los trastornos de personalidad, en especial el Trastorno de Personalidad Límite, ha ganado mucha atención por lo que su investigación ha contribuido al desarrollo de una conceptualización más amplia y completa (Oldham, 2005). Desde una perspectiva evolucionista, los trastornos de personalidad confieren pautas de pensamientos,

sentimientos y conductas, dentro de una base biológica programada (Beck y Freeman, 1990). De acuerdo a la perspectiva de estos autores, gran parte de la conducta en los animales está programada y esta depende de la interacción entre genética y las experiencias, por lo que infieren que es posible que ocurra lo mismo con los humanos. La conceptualización de los trastornos de personalidad, explica la posibilidad de un desfase entre la programación determinada a través de los procesos evolutivos y las demandas del ambiente. Por lo tanto, para los autores, las conductas anteriormente útiles para la supervivencia, ahora son percibidas como disfunciones, carencias o trastornos y dada su consistencia y característica pervasiva son denominados trastornos de personalidad.

Varios autores han definido la personalidad como la combinación de temperamento y carácter debido a sus bases biológicas y al impacto de la socialización durante el desarrollo (Cloninger, 1993; Millon, 1996 y Stone, 1993 en Sperry, 2006). Estos constructos son los aplicados actualmente para definir la personalidad. Por un lado, el carácter se refiere a las características aprendidas de la personalidad. Está compuesto por influencias psicosociales que desarrollan el auto-concepto, así como el sentido de propósito en la vida (Sperry, 2006). Desde una perspectiva cognitiva, los componentes aprendidos de la personalidad, corresponden a los esquemas cognitivos (Beck, 1964; Young, 1990 y Sperry, 2006). Por otro lado, se encuentra la parte biológica de la personalidad, el temperamento. Este es innato, representa el estilo de cada persona y de acuerdo a Cloninger (1993), confiere cuatro dimensiones 1) búsqueda de novedad, 2) evitación de daño, 3) dependencia a la recompensa y 4) persistencia (Sperry, 2005). No obstante, hay autores como Costello (1996), que añaden la impulsividad y la agresividad como componentes biológicos (Sperry, 2006).

Etiología.

Al igual que en otros trastornos psiquiátricos, el Trastorno de Personalidad Límite tiene componentes biológicos, así como psicosociales. Se estima que el diagnóstico de TPL es cinco veces más común cuando hay un diagnóstico en familiares de primer grado que en la población general (American Psychiatric Association, 2013). En un estudio se encontró un 35% de concordancia entre gemelos monocigóticos y 7% para gemelos dicigóticos (Torgersen y col., 2000).

Con respecto a las bases neurobiológicas, se ha encontrado diferencias en esta población. Circuitos neuronales parecen mostrar disfuncionalidad en pacientes con TPL, en comparación con la población general, específicamente la corteza del cíngulo anterior, la corteza orbitofrontal, dorsolateral, prefrontal, el hipocampo y la amígdala. Parece haber cambios metabólicos y los estudios reportan que estos circuitos también afectan los niveles normales de serotonina (Juengling, y col., 2003 en Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004).

Entre otros resultados, se ha encontrado una respuesta sobre cargada del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal en personas que han vivido experiencias traumáticas en la niñez y diagnosticadas actualmente con TPL (Rinne y col., 2002 en Lieb y col., 2004). Este resultado apoya la formulación teórica del trastorno límite, que se basa en que además de factores biológicos, los ambientales, especialmente eventos durante la niñez, pueden considerarse precursores. Entre ellos se ha encontrado los ambientes invalidantes (Linehan, 1993) y tipos de apego inestables (Gunderson, 1996 en Lieb y col., 2004).

Curso y desarrollo.

La literatura disponible expone que el Trastorno de Personalidad Límite tiene un curso variable. El trastorno es más crónico a inicios de la edad adulta, se requieren de mayores recursos para el tratamiento, hay mayor índice de hospitalización y episodios serios de impulsividad y descontrol afectivo. Además, el riesgo de suicidio es mayor en esa etapa, pero disminuye gradualmente. Se reporta que alrededor de los 30-40 años las personas alcanzan un mayor grado de estabilidad interpersonal y profesional (American Psychiatric Association, 2013).

El estudio realizado por Zanarini y col. (2003), reclutó a 362 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de TPL. Encontraron que después de dos años, el 34.5% ya no cumplían criterio, el porcentaje aumentó después de cuatro años, con un 49.4%. Una tercera evaluación, después de seis años indica que el 68,6% ya no cumplían criterios. Otro resultado importante fue el porcentaje de reaparición de la sintomatología con un 6% (Zanarini 2003 en Gunderson y Hoffman, 2005). Estos resultados apoyan la asunción de que el trastorno límite tiene un curso variable y que parte de la sintomatología disminuye con los años (Lieb y col., 2004).

Prevalencia.

Se estima que el índice de prevalencia del trastorno está en un rango de 1.6- 5.9% en toda la vida, en la población general (American Psychiatric Association, 2013). En ambientes clínicos, se encuentra un estimado de 10%, mientras que en la población psiquiátrica se encuentra un 20% de casos TPL (Biskin y Paris, 2012). No hay literatura disponible acerca de la prevalencia de este trastorno en población latina, sin embargo un estudio indica una prevalencia de 2,7% en Santiago de Chile según la CIE-10 (Florenzano y col., 2002).

Comorbilidad.

Una de las principales dificultades del diagnóstico de personalidad límite, es su alta comorbilidad con otros trastornos de personalidad, así como aquellos diagnósticos del Eje I. Se estima que el 75% de los casos de TPL, presentan otros diagnósticos, por lo general abuso de sustancias, trastornos alimenticios, trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor (Barrachina, Pascual, Ferrer, Soler, Rufata, Andión y col., 2011).

Los autores recopilaron datos de 484 pacientes de entre 18 a 45 años, el 83% eran mujeres y tenían una edad promedio de 28.3 años. Encontraron que alrededor del 32% de pacientes tenían otro diagnóstico de trastorno de personalidad, el 28% pertenecía al Grupo A, el más prevalente era el trastorno de personalidad paranoide y el 35% del total de la muestra era comórbido con el Grupo C. Por otro lado, entre más comorbilidad exista con otros trastornos, el pronóstico se complica, dificultando el tratamiento. Por ejemplo, la presencia de un trastorno límite es un fuerte pronóstico para el desarrollo y mantenimiento de un trastorno de depresión mayor (Luca, Luca y Calandra, 2012).

Investigación.

Existe una gran variedad de literatura disponible acerca del Trastorno de Personalidad Límite, debido a que es uno de los más comunes de este grupo, (Clarkin, 2006), por el desafío que su tratamiento implica para los especialistas (Bienenfeld, 2007) y porque suele estar asociado a una población en riesgo - alrededor de 10% llegan a cometer suicidio- y un estimado del 60-78% está involucrado en conductas suicidas (Biskin y Paris, 2012).

La investigación disponible acerca de la efectividad de tratamiento de esta población, ha aplicado enfoques terapéuticos cognitivo conductuales como: la terapia

dialéctica conductual (Linehan, 1993), terapia cognitiva conductual (Beck, 1967); enfoques psicodinámicos como: Terapia Centrada en la Transferencia (TCF) (Kernberg, 1984) y en general, han encontrado superioridad en la efectividad de estos tratamientos sobre el tratamiento común (Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2007; American Psychiatric Association, 2001).

Clarkin y col. (2007), realizaron un estudio comparativo sobre la efectividad de tres tipos de terapias en el tratamiento del TPL. Los autores obtuvieron una muestra de 109 participantes, 92.2% eran mujeres, del total un 44.4% estaban divorciados y el 51.1% tuvieron más de 12 años de educación formal. El diagnóstico se basó en los criterios del DSM-IV y en la Examinación Internacional de Trastornos de Personalidad. Para el análisis de datos se usó la información de 62 pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad límite, ya que estos participaron en las tres etapas del estudio. Los grupos para el estudio fueron los siguientes: terapia dialéctica (n= 22), terapia centrada en la transferencia (n=17) y terapia de apoyo (n=23). Con el fin de medir la efectividad del tratamiento se tomaron en cuenta variables como: conducta suicida, agresión, ira, impulsividad, depresión, ansiedad y ajuste social.

Los tres tipos de tratamiento mostraron relaciones positivas con el cambio en algunas de las variables. Sin embargo, la terapia enfocada en la transferencia mostró un cambio positivo en la conducta suicida y en disminución de la ira. Además, fue el único enfoque que demostró una mejoría en la sintomatología reportada, en base a los dominios del Barratt Factor 2, tales como: impulsividad, irritabilidad, asalto verbal y directo. De los 12 dominios medidos, la TCF predijo significativamente, un cambio positivo en 10. Mientras que la DBT, en seis y la terapia de apoyo cinco. Con respecto a la DBT, esta fue

superior al tratamiento de apoyo en la disminución de la conducta suicida, ansiedad, depresión, ajuste social y funcionamiento global.

Una de las limitaciones del estudio radica en que la muestra estaba usando medicación al inicio y durante el periodo de investigación, por consideraciones éticas no se usó un grupo control, no se excluyó a la población medicada y tampoco se aplicaron técnicas para controlar esta variable (Clarkin y col., 2007). Esto pudo generar un efecto potenciador en los resultados, limitando el encontrar diferencias significativas entre tratamientos. Por último, no se generaron resultados acerca de los efectos de los tres tratamientos a largo plazo y si estos se mantenían con el tiempo.

Los resultados encontrados por Clarkin y col. (2007), concuerdan parcialmente con los reportados por Lieb y col. (2004), específicamente en la efectividad del tratamiento común. Los autores mencionan que en investigaciones longitudinales como las de Tucker, Bauer, Wagner y Harlam, (1987); Perry y Cooper, (1985); Skodol, Gunderson y McGlashan, (2002), el tratamiento común es marginalmente efectivo e incluso combinado con fármacos no generan un cambio significativo, ni mantenimiento del cambio después de dos a tres años de evaluación.

En un estudio comparativo del Tratamiento Común (TC), con la terapia dialéctica conductual, Verheul y col. (2003), también encontraron superioridad en el tratamiento DBT. Los autores obtuvieron una muestra de 58 personas; DBT (n= 27), TC (n=31). El tratamiento duró 12 meses y se mantuvo la estructura de tratamiento propuesta por Linehan (1993). Los resultados indicaron que un total de 17 pacientes del grupo DBT (63%), mientras que siete del grupo TC, (23%), se mantuvieron en tratamiento por los 12 meses, la diferencia fue significativa con una valor ($p= 0.002$). Con respecto a las conductas de riesgo, dos del grupo DBT, intentaron cometer suicidio durante el periodo de tratamiento,

mientras que siete del grupo TC lo intentaron; sin embargo esta diferencia no fue significativa. El tratamiento DBT, mostró ser más eficaz en disminuir la conducta autolesiva, en pacientes con un trastorno más severo. Por último, los autores encontraron que hubo un deterioro con respecto a la conducta autolesiva en el grupo TC, por lo que infieren y sugieren más investigación para determinar si un tratamiento no estructurado fuera de centros especializados puede generar daños.

Entre las limitaciones de este estudio se puede encontrar que el tratamiento común no fue tan riguroso como el DBT, lo cual pudo intervenir en los resultados. Además, el tamaño de la muestra era pequeño, pero se encontraron efectos significativos. A pesar de las limitaciones, se pueden encontrar fortalezas, este es uno de los primeros estudios de DBT en trastorno de personalidad realizados fuera de Estados Unidos y en un ambiente no Universitario, por lo que provee de bases para futuras aplicaciones (Verheul y col., 2003).

En general, la investigación indica que el tratamiento principal para el trastorno de personalidad límite es la psicoterapia y el tratamiento farmacológico, como lo expone la American Psychiatric Association (2001, p. 9):

El principal tratamiento para el trastorno de personalidad límite es la psicoterapia, complementado por farmacoterapia dirigida a síntomas. En adición, el manejo psiquiátrico consiste en una amplia gama de actividades e intervenciones en curso, que deben ser instituidas por el psiquiatra para todos los pacientes con trastorno de personalidad límite. Independientemente de la modalidad de tratamiento primario o complementario seleccionado, es importante continuar proveyendo de manejo psiquiátrico a lo largo del tratamiento.

Uno de los estudios que apoya la aplicación de tratamientos combinados fue realizado por Schulz y Rafferty (2008). Los autores, realizaron una revisión de la literatura con el fin de determinar qué tratamientos farmacológicos han sido usados para los TPL. Comúnmente, encontraron efectividad en el uso de litio, más que nada en pacientes con trastornos bipolar comórbido. Los autores también reportan el uso de medicación estabilizadora del ánimo y antipsicótica atípica en bajas dosis, como la olanzapina (Schulz, Camlin, Berry y Jesberger, 1999; Bogenschutz y Nurnberg, 2004; Zanarini y Frankenburg, 2001) y el quetiapine (Adityanjee y Schulz, 2002; Villeneuve y Lemelin, 2005). En adición, los antidepresivos como la fluoxetina son aplicados al tratamiento, encontrando reducción de síntomas (Coccaro y Kavoussi, 1997 en Schulz y Rafferty, 2008). Sin embargo, de acuerdo a los autores, un estudio realizado por Simpson (2004) encontró que el tratamiento combinado DBT-Fluoxetina no era superior a la condición DBT-Placebo, por lo que se requiere mayor información para llegar a una conclusión.

No obstante, un estudio con condiciones similares encontró otros resultados. Soler y col. (2005), tomaron una muestra de 60 pacientes diagnosticados con TPL y los asignaron aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento: DBT-Olanzapina y DBT-Placebo. Los participantes tenían entre 18-45 años y el 83.3% eran mujeres. Todos cumplían criterios del DSM-IV y no tenían un trastorno comórbido en el Eje I, la mayoría de los participantes ya usaban otros medicamentos como benzodiazepinas, antidepresivos y estabilizadores del ánimo. Del grupo DBT-Olanzapina, se retiraron ocho participantes, mientras que del DBT-Placebo hubo diez retirado, pero no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa en los resultados del Escala de Depresión de Hamilton que favorece al grupo experimental ($F=4.24$, $df=3.44$, 192.64 , $p=0.004$). En el mismo grupo se encontró una disminución significativa en la

variable de ansiedad ($F=3.57$, $df=3.39$, 186.83 , $p<0.02$), así como en la de agresión e impulsividad ($F=2.82$, $df=3.68$, 184.23 , $p=0.03$). Sin embargo, la conducta parasuicida y autolesiva disminuyó pero no hubo una diferencia significativa entre grupos. Una de las limitaciones de este estudio, es que gran parte de los pacientes ya estaban usando otro tipo de medicación, a pesar de que controlaron que las dosis no se aumenten, esto pudo generar un efecto potenciador. A pesar de esto, los resultados ofrecen apoyo para el tratamiento combinado. Otra limitación, radica en que debido a los criterios de inclusión los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

Tema 10. Prevención e intervención temprana.

Caracterológicamente, el trastorno de personalidad límite empieza a observarse en la adolescencia; sin embargo, este no puede ser diagnosticado hasta después de los 18 años (American Psychiatric Association, 2004). No obstante, recientemente autores como Chanen, Jovev, McCutcheon, Jackson y McGorry, 2008; Chanen y Kaess, 2012; Stepp, 2012; Courtney-Seidler, Miller, 2013; Chanen y McCutcheon, 2013 y Sharp y Tackett, 2014, proponen una nueva dirección hacia el tratamiento del trastorno de personalidad límite: la prevención, des estigmatizar el diagnóstico antes de los 18 años y la intervención temprana.

Chanen y col. (2008), proponen esta nueva ruta basándose en investigación y argumentan que “los trastornos de personalidad límite son primordialmente trastornos de personas jóvenes” (p.49). Estudios epidemiológicos indican una prevalencia del trastorno en adolescentes estadounidenses de 0.9-3% y aumenta a 10.8% si se incluyen casos con sintomatología moderada con un pico a los 11-14 años (Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001; Lenzenweger, Lane y Loranger, 2007 en Chanen y colaboradores, 2008). Los autores encontraron resultados similares en una muestra de adolescentes franceses (14%) y

una prevalencia de 3.5% en una muestra de jóvenes australianos. La aparición de síntomas de TPL en la adolescencia está asociada con dificultades a nivel interpersonal, académico, familiar y malestar general, así como mayor riesgo de comorbilidad con trastornos del Eje I y severidad del trastorno con el paso del tiempo (Courtney-Seidler y col., 2011).

En base a estos datos, Chanen y col. (2008), describen precursores en la niñez y la adolescencia tales como: eventos traumáticos o abandono, conducta disruptiva, (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian y Brook, 1996); síntomas depresivos (Cohen, Crawford, Johnson y Kasen, 2005) y abuso de alcohol (Thatcher, Cornelius y Clark, 2005). Con el fin de proveer de mejores servicios terapéuticos y opciones para la población juvenil en riesgo se están desarrollando herramientas de prevención (Chanen y McCutcheon, 2013), así como de evaluación de rasgos caracterológicos en menores de 18 años (Zanarini, 2003).

La herramienta de evaluación “*Childhood Interview for Borderline Personality Disorder*” (CI-BPD), es la única medida de valoración en poblaciones juveniles publicada hasta el momento, fue desarrollada por Zanarini en el 2003 y es una adaptación de la herramienta “*Diagnostic Interview for Personality Disorders*” (Courtney-Seidler y col., 2011). Sharp, Ha, Michonski, Venta y Carbone (2012), realizaron un estudio con el fin de verificar la validez del CI-BPD. Obtuvieron una muestra de 190 participantes, con una edad promedio de 15.39 (SD = 1.45), 113 eran mujeres y 77 varones. Los autores encontraron consistencia interna de 0.8 y la fiabilidad entre calificadores con un valor $\kappa = 0.89$. Sin embargo, este es uno de los primeros estudios realizados acerca de su validez, por lo que no es posible sacar conclusiones más precisas todavía.

Actualmente, se conoce de dos programas de prevención enfocados a jóvenes con rasgos de trastornos de personalidad límite (Chanen y McCutcheon, 2013). El programa *Australian Helping Young People Early* (HYPE) y el *Dutch Emotion Regulation Training*

(ERT), ven el TPL como un trastorno dimensional y evalúan cuidadosamente a las personas que ingresan en su tratamiento preventivo y de intervención temprana. Los programas tienen una duración de 16-24 sesiones (HYPE) y 17 sesiones (ERT). El primero se basa en un enfoque analítico cognitivo, mientras que el segundo usa estrategias del *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS). Con respecto a su efectividad, se encontró que el programa HYPE tiene índices más rápidos de mejoría y menor psicopatología después de dos años de intervención (Chanen y col., 2009 en Chanen y McCutcheon , 2013).

Es claro que la investigación con respecto a un diagnóstico temprano para el trastorno de personalidad límite se está desarrollando. Sin embargo, es importante notar que existen varias limitaciones. Por un lado, la dificultad del diagnóstico por su comorbilidad y variabilidad puede intervenir en la evaluación (Lieb y col., 2004). Además, el diagnóstico de TPL en adolescentes, suele percibirse como un estigma para la persona y un limitante para su tratamiento por lo que este causa controversia (Chanen y McCutcheon, 2013). En adición, la inestabilidad de la personalidad, percibida normalmente a inicios de la adolescencia, genera dificultad para determinar un diagnóstico y la sintomatología de trastorno de personalidad límite suele explicarse como sintomatología de trastornos del Eje I (Meijer, Goedhart, Treffers, 1998, en Sharp y col., 2012). A pesar de las dificultades, los datos encontrados manifiestan la necesidad de generar programas de prevención e intervención temprana con el fin de proveer mejores servicios médicos. Actualmente, de acuerdo a Sharp y Tacket (2014), existe investigación y diversos programas en desarrollo para el tratamiento de jóvenes con rasgos caracterológicos de TPL, con signos, precursores y factores de riesgo para su desarrollo. Además, de los mencionados anteriormente, los autores mencionan que hay programas como: tratamiento enfocado en la mentalización

para adolescentes con TPL, tratamiento enfocado en la transferencia para adolescentes y el trabajo con padres y familiares de los jóvenes diagnosticados con TPL. Autores como Marsha Linehan, también proponen el desarrollo de programas preventivos como futura dirección para la investigación del trastorno de personalidad límite (Lieb y col., 2004).

Tema 11. Conceptualización de caso trastorno de personalidad límite terapia dialéctica conductual.

Bajo la perspectiva del enfoque dialéctico conductual, la conceptualización clínica del caso se realiza tomando en cuenta distintos factores ya sea ambientes invalidantes, vulnerabilidad biológica y predisposición a la desregulación emocional. En el caso de Carmen, existen algunos factores a tomar en cuenta.

Creencias centrales.

En primer lugar, las experiencias familiares en la infancia de Carmen, corresponden a un ambiente invalidante. Carmen sostiene que tenía muy poco contacto con sus padres, su búsqueda de amor y cariño no era satisfecha por sus cuidadores, pasaba largas horas sola en casa y no recuerda momentos muy gratos a nivel familiar durante su crecimiento. Aunque Carmen no lo recuerda claramente, su hermano le comentó que cuando eran pequeños su padre los golpeaba y la relación era muy difícil de llevar, por lo que ambos se aislaban. Además, Carmen recuerda que la relación entre sus padres no era muy cercana y en algunos momentos ella pensó en querer verlos separados. Por otro lado, Carmen desde muy pequeña internalizó la forma de ver el conflicto y las emociones dentro de su hogar. En su familia, las problemáticas no eran tratadas, solo se dejaban pasar, el expresar emociones no era común y una persona fuerte es aquella que no se deja llevar por las emociones, ni las expresa. En este punto, Carmen desarrolla cierta aversión a sentir lo que siente. Por un lado, si estaba feliz no hacía diferencia y si estaba triste debía ocultarlo.

Con el tiempo, se desarrollan creencias centrales tales como “Las emociones son malas”, “No debería sentir ni expresar lo que siento”, “El mundo es inseguro”, “Estoy sola” y “Hay algo malo en mí”. Por lo que Carmen ve al mundo y a las personas como poco confiables, pero los necesita. Por lo tanto, situaciones en las que estas creencias estaban presentes, se encontraban asociadas a la intolerancia al malestar. La dificultad de Carmen para tolerar el malestar la llevaba a pensar en quitarse la vida y a aislarse considerablemente de su entorno.

Debido a que Carmen evita sentir emociones, cuando las siente lo experimenta de forma intensa, aspecto asociado a la intolerancia al malestar y la desregulación emocional. A su vez, la dificultad en el manejo de su experiencia emocional genera que se desborde y tome decisiones rápidas sin analizarlas profundamente. Por lo tanto, su impulsividad se asocia a la dificultad en la regulación emocional y a creencias centrales como “No puedo” “Soy débil” “Soy incapaz de lograr algo”. Antes de que estas se confirmen actúa impulsivamente. Por ejemplo, a pesar de que se sentía feliz con su pareja, ella termina abruptamente su relación, por lo que se encontró sola y con profundos sentimientos de vacío, aspecto que confirmó su creencia central negativa “Estoy sola”, asociada a la incapacidad de ser amada, al rechazo y al abandono.

Es importante mencionar, que después de este evento, Carmen deja la Universidad y se quiere mudar de país, decisiones congruentes con la impulsividad y la confusión de metas y logros. De cierta forma, antes de que algo sea muy intenso, muy cercano o muy difícil, Carmen prefiere abandonarlo, antes de que este evento confirme creencias centrales como “No puedo”, “No soy capaz”, “Soy inadecuada”. Sin embargo, sus decisiones la llevaban a situaciones en las que llegaba a confirmar estas creencias negativas, generando altos niveles de malestar. Por ejemplo, abandona su carrera abruptamente, deja una

relación en la que se sentía feliz, abandona su hogar de un día para el otro y busca cambiarse de país. Además, es importante mencionar que durante el proceso terapéutico, también abandonó repentinamente el tratamiento por un tiempo.

Creencias intermedias.

En adición, para poder mantener esta percepción del mundo, Carmen también presenta creencias intermedias que le ayudan a reconocer e interactuar en su entorno. Por ejemplo, la paciente generó una regla “No debo confiar en las personas”, “No debo mostrarme como soy”, asunciones como: “Si no me acerco a los demás no me harán daño” pero “Si no me acerco voy a estar sola toda la vida” y actitudes “Mostrar mis verdaderos sentimientos es malo”, “Las emociones son malas”. Por lo tanto, las interacciones sociales le generaban malestar dado que busca cercanía e intimidad, pero no logra hacerlo porque no desarrolló las herramientas para sentirse segura en una interacción.

Por otro lado, en base a lo reportado en sesión, Carmen desarrolló la creencia intermedia como actitud “Depender de la gente es terrible”. No obstante, también creía que “Estar sola es terrible”, por lo que su conducta oscilaba entre los dos extremos, generando altos niveles de malestar. Por un lado se sentía extremadamente sola y había un profundo miedo a ser abandonada, pero por el otro el depender de la gente o la idea de buscar ayuda era insoportable. Por lo tanto, para evitar esta ambivalencia prefería aislarse por largas temporadas o interactuar con sus pares de forma muy superficial. La tendencia de Carmen a irse hacia los extremos también se veía reflejada en otras situaciones, por ejemplo su percepción de sí misma. Carmen se consideraba “fuerte” o “débil” de acuerdo a eventos determinados, como no expresarle sus sentimientos u opiniones a una persona la hacía fuerte, mientras que el pedir ayuda o llorar la hacía débil.

Las experiencias de Carmen mientras crecía, también están vinculadas al abandono. La pérdida de su única fuente de apoyo, su prima Ana, fue muy dura para Carmen. Esta experiencia le dio a entender que las personas no estarán ahí para ella, generando creencias intermedias del tipo asunción “Sino me involucro mucho emocionalmente, no me abandonarán y no me sentiré lastimada”, reglas como “No debo necesitar de nadie” y actitudes “las relaciones cercanas lastiman”. La siguiente experiencia de abandono y pérdida fue el rompimiento con su primera novia. Esta situación también estaba relacionada con sus niveles de impulsividad. La cercanía e intimidad que tenía con esta pareja, se convirtió en una amenaza para ella, por lo que prefirió dejarla abruptamente. Su conducta fue consistente con las reglas, asunciones y actitudes que había mantenido durante muchos años.

Pensamientos automáticos.

Dado el patrón de conductas, pensamientos y emociones, Carmen empieza a considerar quitarse la vida. La conducta de automutilación ya estaba presente desde hace algunos años, pero la ideación suicida cobra fuerza justo después del rompimiento de la relación amorosa. Pensamientos automáticos como “no puedo”, “estoy sola”, “no soy importante”, “nadie me va a extrañar”, “es mejor que acabe con esto”, “no hay razones para seguir” llenaban su cabeza y generaban altos niveles de malestar. Posteriormente, pensaba en formas de quitarse la vida y planeaba como hacerlo. Por ejemplo “Voy a tomar pastillas”, “Podría provocarme una sobredosis” o “Dejaré una carta”.

Distorsiones cognitivas.

Entre las distorsiones cognitivas que se identifican en el procesamiento de información de Carmen, se encuentra el pensamiento polarizado “No puedo hacer nada”, los debería: “Debería poder controlarme todo el tiempo”, “Debería mejorar rápidamente”,

“Las personas deberían estar ahí para mí, sin que yo tenga que pedirselos”. La ideación suicida se mantuvo estable por dos años, todos los días. Las principales distorsiones cognitivas eran: visión catastrófica “me va a pasar algo malo”, abstracción selectiva “Nada es importante”, sobregeneralización “A nadie le va a importar si yo ya no estoy”, “Nadie se merece mi confianza”, “Esto nunca va cambiar” y los debería “Debería poder acabar con esto”, “Debería salir de esto sola”.

De acuerdo a la perspectiva dialéctica conductual, Carmen desarrolla y mantiene sintomatología de trastorno de personalidad límite, debido a aspectos biológicos, a un ambiente invalidante, vulnerabilidad a la desregulación emocional, la impulsividad, experiencias poco placenteras, falta de figuras seguras y herramientas para interactuar efectivamente en su entorno.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se explica en detalle el curso del tratamiento, la metodología usada y las herramientas de evaluación y diagnóstico aplicadas. La investigación proviene de un estudio de caso clínico de una joven universitaria, en el que se presentan síntomas depresivos, ansiosos y sintomatología pervasiva correspondiente al trastorno de personalidad límite. La paciente acudió voluntariamente a las sesiones terapéuticas individuales y gratuitas ofrecidas por la Universidad San Francisco de Quito. La metodología aplicada se enfoca en obtener información antes de la intervención y después de la misma, con el fin de determinar si los objetivos terapéuticos fueron cumplidos y si el malestar psicológico disminuyó. Se aplicaron herramientas psicométricas, así como la información obtenida en sesión para obtener un diagnóstico y para medir los resultados.

Justificación de la metodología utilizada

Dado que el principal objetivo del presente estudio de caso es determinar la efectividad de la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual, así como de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de Trastorno de Personalidad Límite, comórbido con un Trastorno de Depresión Mayor y de Ansiedad Generalizada se aplicó una metodología híbrida. El diseño de la investigación, busca determinar de manera objetiva la efectividad de la aplicación de los dos enfoques terapéuticos. De tal manera que evalúa la sintomatología antes y después del tratamiento, así como el cumplimiento de los criterios de evaluación propuestos por el DSM-IV TR y el DSM-V. Por otro lado, a través de la observación y de la aplicación de entrevistas estructuradas y semiestructuradas se busca determinar el nivel de cambio que presenta la paciente después de las intervenciones.

Curso del tratamiento

Breve Descripción del estado mental actual.

Esta área de funcionamiento no fue evaluada de forma objetiva, sin embargo se puede determinar que la paciente acude a sesión en un estado pleno de conciencia. Se encuentra alerta, consciente, sabe en dónde está, qué fecha es, reconoce a sus familiares, su situación y recuerda detalladamente aspectos de su vida personal, así como factores externos a ella. Se puede percibir que es una persona independiente, a partir de auto-reportes, es capaz de cuidarse a sí misma, mantiene niveles de aseo y cuidado personal óptimos. No hay datos de su Coeficiente Intelectual CI, sin embargo dado que está en un ambiente académico universitario –cursando su segundo año- se puede inferir que tiene un CI dentro del rango normal. En adición, su lenguaje es coherente, comprensible y no parece tener ningún problema en el área de comunicación y lenguaje.

Por otro lado, se percibe alerta, contesta a todas las preguntas y mantiene la interacción con su ambiente. No hay signos de distracción durante la sesión, mantiene su foco de atención y muestra niveles normales de retentiva. Su narrativa es coherente en relación al tiempo y transcurso de los eventos. No obstante, hay signos de agitación y nerviosismo, el habla, a pesar de ser coherente es rápida y en sesión parece estar tensa.

Herramientas de Investigación Aplicadas

La evaluación del bienestar psicológico puede ser muy amplia y depende del tipo de información que el investigador busca. En el presente estudio, dada la sintomatología presente en la paciente, es importante determinar si hubo cambios con respecto a los auto-reportes del cliente de forma estructurada. Además, dado que la paciente presenta un diagnóstico de trastorno de personalidad límite, es importante determinar qué combinación

de rasgos caracterológicos son atribuibles al nivel de funcionamiento y malestar psicológico presente y si existe un cambio en el impacto de los mismos después del tratamiento.

SCL-90-R.

La herramienta de evaluación Symptoms Checklist Revised (SCL-90-R) es un cuestionario que contiene 90 ítems, que evalúan la existencia de diferentes síntomas. El participante responde a los mismos en una escala de Likert, dando opciones del tipo nada, muy poco, poco, bastante y mucho para ser tabulados y obtener un valor por cada grupo sintomatológico. Los 90 ítems son agrupados en nueve áreas: 1) somatizaciones (SOM), 2) obsesiones compulsivas (OBS), 3) sensibilidad interpersonal (SI), 4) depresión (DEP), 5) ansiedad (ANS), 6) hostilidad (HOS), 7) ansiedad fóbica (FOB), 8) ideación paranoide (PAR) y 9) psicotismo (PSIC). Además, contiene tres escalas adicionales: Índice de Severidad Global (ISG), Total de Síntomas Positivos (TSP) y el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch, 2007). De acuerdo a los autores, los coeficientes de consistencia interna Alfa Cronbach oscilan entre 0.68 y 0.97 para las nueve dimensiones, resultados consistentes con los expuestos por otros autores (Robles, Andreu y Peña, 2002; González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002 en Caparrós-Caparrós y col., 2007).

Inventario de depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck, es una herramienta psicométrica usada para determinar la presencia y severidad de depresión en pacientes psiquiátricos, en población general así como en adultos y adolescentes, en base a auto reportes (Dozois, Dobson y Ahnberg, 1998). La segunda edición fue desarrollada por Beck, Steer y Brown en 1996 y actualmente es ampliamente usada como herramienta de evaluación. En una muestra de

1.022 estudiantes universitarios, Dozois y col. (1998), encontraron un coeficiente alfa de 0.91 para el BDI-II, indicando altos niveles de consistencia interna. Subica y col. (2014), encontraron resultados similares en su muestra 1.904 adultos de una población clínica, con un valor coeficiente alfa de 0.93. Con respecto a su validez, se ha encontrado que en promedio es de 0.072. Además, hay una alta correlación con otras medidas de auto-reporte para determinar sintomatología depresiva, siendo esta de alrededor de 0.94 (Nykiel, 2007). Por otro lado, se considera importante mencionar que el Inventario de Depresión de Beck está más enfocado a determinar cambios sutiles en la sintomatología depresiva. Por lo tanto, la confiabilidad test-retest puede ser muy débil ya que la depresión no siempre es estable. Nykiel (2007), estima que las correlaciones entre pruebas pre y post tratamiento varían de 0.48-0.86, de acuerdo al intervalo de tiempo que ha pasado entre cada evaluación.

La aplicación, así como la interpretación de los resultados del Inventario de Depresión de Beck, son muy sencillas y este puede ser aplicado a personas mayores de 13 años. Los 21 ítems con los que consta se responden dentro de una escala de 0-4. Sin embargo, en la segunda edición, los ítems 16 y 18 tienen siete categorías. De tal manera, la calificación mínima es 0 y la máxima 63. El análisis de resultados se realiza a través de puntos de corte que corresponden a cuatro agrupaciones: (1) 0-13, depresión mínima, (2) 14-19, depresión leve, (3) 20-28, depresión moderada y (4) 29-63, depresión grave (Sanz, Navarro y Vasquez, 2003).

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

El MMPI-2 es una herramienta psicométrica, aplicada para identificar patrones de personalidad y estilos conductuales en la población general, así como en ambientes clínicos, forenses y psiquiátricos (Derksen, 2006). Además, el autor hace énfasis en la

importancia del test como una herramienta de apoyo para la evaluación, mapeo y diagnóstico de distintos trastornos mentales. La versión original del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota fue desarrollado por Hathaway y McKinley en 1940. Posteriormente, en 1989, Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, desarrollaron la segunda versión revisada (MMPI-2), posicionando así, la herramienta psicométrica más usada e investigada para la evaluación de la personalidad y la psicopatología (Greene, 2000). La versión revisada contiene 567 ítems y los resultados de todas las escalas fueron transformadas a valores T y un valor mayor o igual a 65 se considera clínicamente significativo. Sin embargo, en el 2008, se desarrolló un MMPI-2 RF *Restructured Form*, que contiene 338 ítems y actualmente está bajo investigación (Nichols, 2011). Para el fin de esta investigación se aplica el MMPI-2 en su forma escrita.

El MMPI-2 fue estandarizado en una población normativa de 2.600 personas de 18 a 89 años que residían en siete estados (California, Carolina del Norte, Minnesota, Ohio, Pennsylvania, Washington y Virginia). De los cuales el 56.2% eran mujeres y en su mayoría eran caucásicos (81.4%) (Greene, 2000). El test tiene un coeficiente test-retest que varía de 0.58 a 0.92 (Aiken, 2003). Otros autores como, Butcher y Pope (1992), reportaron valores similares (0.62 a 0.91). La validez de la prueba se mide a través de cuatro escalas *Cannot Say* (?), *Infrequency* (F), *Lie* (L) y *Defensiveness* (K). Con respecto a la consistencia se usan dos escalas *Variable Response Inconsistency* (VRIN), *True Response Inconsistency* (TRIN), que proporcionan información acerca de la consistencia con la que la persona respondió. Con el fin de medir psicopatología, el test contiene diez escalas clínicas 1) Hipocondriasis (Ha), 2) Depresión (D), 3) Histeria (Hy), 4). Desviación Psicopática (Pd), 5) Masculinidad-Femenidad (Mf). 6) Paranoia (Pa), 7) Psicastenia (Pt), 8).Esquizofrenia (Sc), 9) Hipomanía (Ma) y 0) Introversión Social (Si). Además, para

proporcionar mayor información existen escalas de contenido, suplementarias y subescalas complementarias para proveer un perfil más detallado (Greene, 2000).

Además de las escalas clínicas, el MMPI-2 también provee información sobre sintomatología obvia, presente o reportada por el cliente dentro de las escalas de contenido. Las escalas de contenido son medidas más específicas acerca del tipo de síntomas y se agrupan en cuatro categorías. La primera categoría corresponde a síntomas internos, dirigidos hacia desórdenes del Eje I en el DSM-IV. Esta agrupación, incluye escalas como: Ansiedad (ANX), Miedos (FRS), Obsesiones (OBS), Depresión (DEP), Preocupaciones por la salud (HEA), Procesos Mentales Bizarros (BIZ) (Greene, 2000). La segunda categoría –tendencias externas o agresivas- incluye escalas como: Ira (ANG), Cinismo (CYN), Prácticas Antisociales (ASP) y Tipo A (TPA); escalas que están asociadas a trastornos del EJE II en el DSM-IV. De igual manera, Greene (2000), describe la tercera categoría: visión de sí mismo devaluada, que incluye una sola escala: Baja Autoestima (LSE). Por último, se describe la categoría de áreas problemáticas generales, incluye las escalas de Inconformidad Social (SOD), Problemas Familiares (FAM), Interferencia Laboral (WRK) e Indicadores Negativos de Tratamiento (TRT).

Debido al amplio uso de esta herramienta psicométrica, se han desarrollado varias agrupaciones de escalas, con el fin de proveer mayores y variadas fuentes de información, que permite desarrollar un perfil más detallado del cliente. Las 15 escalas suplementarias cumplen este rol. La escala suplementaria Ansiedad (A), es una medida del malestar general y emocionalidad negativa. Por otro lado, la escala Regresión (R), provee de información sobre la negación o inhibición de intereses positivos o negativos. La tercera escala Fuerza de Ego (Es), está asociada a la fortaleza de la persona y la capacidad de integración de la personalidad. La escala suplementaria, MacAndrew Alcoholism- Revisada

(MAC-R), es una medida general del abuso de sustancias, en la que se incluyen características de personalidad que pueden estar asociadas a un consumo problemático. La quinta escala suplementaria Sobrecontrol Hostilidad (O-H), provee información acerca de inhibición de impulsos y niveles de hostilidad. La escala de Dominancia (Do), fue desarrollada para identificar personalidades fuertes, influyentes que toman la iniciativa. La séptima escala, Responsabilidad Social (Re) ayuda a identificar personalidades responsables, moralistas, con un sentido de confianza en su entorno. La escala Desajuste Académico (Mt) corresponde a la octava escala e identifica características de la personalidad relacionadas con la percepción de habilidades propias, seguridad en sí mismo e inconformidad general. La novena y décima escala, están asociadas a los roles de género (Gf) y (Gm) estereotípicamente femeninos o masculinos, respectivamente. Entre las escalas suplementarias del MMPI-2, también se pueden encontrar escalas tales como: Escala del Trastorno de Estrés Postraumático (PK); medida de malestar general, no específico al trastorno en sí, Escala de Admisión de Adicción (AAS); la cual provee de información acerca de la aceptación general de consumo de sustancias. Otra escala asociada al consumo es la de Potencial de Adicción (APS), la cual es la más certera para diferencias pacientes psiquiátricos de aquellos que tienen un consumo problemático. Por último, entre las escalas suplementarias más usadas está la de Malestar Marital (MDS), medida que indica problemas maritales y familiares (Greene, 2000).

Diagnóstico y evaluación funcional

A partir de la información proporcionada en sesión, auto-reportes y evaluaciones se determina el siguiente diagnóstico en base a los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, con el fin de facilitar la lectura del

diagnóstico se aplicará el formato establecido por el DSM-IV T-R (American Psychiatric Association, 2000)

EJE I: 296.22 Trastorno de Depresión Mayor, Moderado, Crónico

300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada

EJE II: 301.83 Trastorno de Personalidad Límite

EJE III: V71.09

EJE IV: A (problemas con grupo de apoyo primario) -víctima de negligencia emocional, afectiva en la infancia.

EJE V: GAF= 50 (en admisión)

GAF= 78 (actual)

GAF= 35 (más bajo)

Diagnóstico en base a criterios del DSM-V.

El diagnóstico del presente estudio de caso de Trastorno de Depresión Mayor, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Personalidad Límite se dieron en base a los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). A continuación se cita cada uno de ellos.

Trastorno de Depresión Mayor (296.2).

- A.** Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante al menos un periodo de dos semanas consecutivas y representa un cambio con respecto a la actividad previa; al menos uno de los síntomas es (1) ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir síntomas que son claramente atribuibles a otras condiciones médicas.

- 1.** Ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la

observación realizada por otros (p. ej., llanto). (**Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En base a la información obtenida en sesión y la aplicación de pruebas psicológicas para la evaluación, se puede determinar que la paciente cumple con los criterios necesarios para diagnosticar un Trastorno de Depresión Mayor. La sintomatología presente es la siguiente: (1) ánimo depresivo casi todo el día y todos los días, (2) disminución de interés y capacidad para el placer, (3) hipersomnias casi cada día, (4) pérdida de energía, (5) disminución de la capacidad para concentrarse, (6) sentimientos de culpabilidad e inutilidad/incapacidad excesivos, (7) pensamientos recurrentes de muerte. Por otro lado, el cuadro sintomatológico provoca malestar psicológico clínicamente significativo, interfiriendo con actividades de la vida diaria y relaciones interpersonales. La paciente no presenta ninguna condición médica que pueda explicar mejor la existencia de los síntomas. El diagnóstico diferencial no indica la presencia de un trastorno de ánimo y no cumple con el criterio de bipolaridad o episodios mixtos. La duración de los síntomas supera las dos semanas y se ha mantenido durante por lo menos dos años, por lo que se determina que es un episodio único crónico, con severidad moderada a severa.

Trastorno de ansiedad generalizada (300.02).

- A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de seis meses.
- B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- (1) inquietud o impaciencia.
 - (2) fatigabilidad fácil.
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - (4) irritabilidad.
 - (5) tensión muscular.
 - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - E.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.
 - F.** La alteraciones no son mejor explicadas por otro trastorno de ansiedad o por preocupaciones sobre tener un ataque de pánico en un desorden de pánico, evaluación negativa en ansiedad social (fobia social), contaminación u otras

obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de figuras de apego en el desorden de separación, recuerdos de un evento traumático en trastorno de estrés post traumático, ganar peso en anorexia nerviosa, tener quejas de múltiples síntomas en el trastorno de somatización, percepción de fallas en la apariencia física como en el trastorno dismórfico, tener una enfermedad grave, como en el desorden de ansiedad por enfermedad grave, o por el contenido de creencias delirantes en el trastorno de delirio.

En base a la información proporcionada a través de evaluación psicológica y auto reportes, se determina que la paciente cumple con los criterios de diagnóstico de Trastorno de Ansiedad generalizada. La paciente reporta tener los siguientes síntomas: (1) preocupación persistente sobre una amplia gama de actividades o eventos con una duración mayor a seis meses, (2) se le dificulta manejar o controlar las preocupaciones, (3) la ansiedad y preocupación está asociada a síntomas más específicos como: (a) inquietud o impaciencia, (b) fatiga, (c) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco (d) irritabilidad y (e) alteraciones del sueño, lo cual se percibe como poco sueño reparador y necesidad excesiva por dormir en las tardes. En adición, la sintomatología no está asociada a otros trastornos de ansiedad, ni a condiciones médicas y genera disfuncionalidad en la vida y actividades de la paciente.

Trastorno de Personalidad Límite (301.83).

- A.** Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. (**Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.)
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (**Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o automutilación que se recogen en el Criterio 5)
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En base a auto-reportes y evaluaciones psicológicas, la paciente cumple con siete de los criterios propuestos por el DSM-V. Los criterios con los que la paciente cumple son los siguientes: A. Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y la afectividad, que inician en la adolescencia o al principio de la edad adulta

y se dan en diversos contextos. La sintomatología específica permite que se cumpla con los siguientes criterios: 1) patrón de relaciones inestables e intensas caracterizado por variaciones entre la idealización y devaluación, percibida en su interacción con miembros de la familia nuclear y extendida, así como con sus amistades, 2) alteración del sentido de sí misma, cambios de objetivos, deseos, necesidades y metas persistente e inestable, 3) impulsividad marcada en interacciones sociales, área académica, consumo de sustancias potencialmente dañinas (p. ej. cocaína y alcohol) en situaciones de riesgo. 4) comportamiento suicida expresado como ideación, intentos y planificación, conducta de automutilación, recurrentes con una duración aproximada de dos años, 5) inestabilidad y reactividad afectiva, episodios de intensa disforia, irritabilidad y ansiedad intermitentes que duran entre horas y días, 6) sentimientos crónicos de vacío, asociados con el aislamiento social, rumeación e ideación suicida, 7) existencia de un episodio disociativo.

Estructura del Tratamiento

Lista de Problemas.

1. Ideación suicida
2. Crisis recurrentes
3. Relación defectiva con los padres
4. Carencia de vínculos cercanos y redes de apoyo
5. Inestabilidad y desregulación emocional
6. Pensamiento polarizado
7. Aislamiento social
8. Alienación emocional
9. Sintomatología depresiva
10. Sintomatología ansiosa

Metas a corto plazo.

1. Introducción a la terapia cognitiva conductual y a la terapia dialéctica conductual.
2. Reducir/eliminar el riesgo de la ideación suicida a través de la aplicación de contratos de seguridad, enseñar técnicas de relajación, tolerancia al malestar y uso de recursos terapéuticos para disminuir el riesgo de hacerse daño.
3. Proveer de psicoeducación acerca de la dinámica y los efectos de la sintomatología presente de los trastornos para los que cumple criterio.
4. Identificación de situaciones potencialmente dañinas y generadoras de crisis emocionales, con el fin de incrementar la habilidad de la paciente de determinar qué eventos le generan mayor malestar y cómo puede manejar, tolerar y recuperarse de la crisis.
5. Enseñar técnicas cognitivas: identificación de emociones, registro de pensamientos, monitoreo de emociones, trabajo en distorsiones cognitivas, para reforzar el modelo cognitivo y aumentar la capacidad de control y manejo de pensamientos negativos e intrusivos.
6. Reducción del pensamiento dicotómico, a través de la identificación del mismo, las consecuencias a nivel emocional, relacional y personal. Esto se aplica con el fin de generar una mayor introspección sobre cómo el pensamiento dicotómico interfiere en el nivel de funcionalidad de la paciente.
7. Dado el patrón de conductas y creencias inflexibles y persistentes y a la recurrencia de la ideación suicida y crisis es importante trabajar en generar una red de apoyo más amplia.
8. Disminuir las horas que pasa aislada a través de conductas de contingencia.
9. Establecer una relación más cercana con los padres a través de aceptación y entendimiento.

Metas a largo plazo.

Dada la comorbilidad existente entre diagnósticos, es importante determinar las metas a largo plazo específicas para cada trastorno.

Trastorno de Depresión Mayor.

1. Disminuir la sintomatología depresiva con el fin de que esta ya no interfiera con la funcionalidad de la paciente.
2. Establecer y fortalecer las estrategias aprendidas con el fin de mejorar las habilidades de manejo y monitoreo de emociones negativas.
3. Reestructurar y flexibilizar creencias centrales desadaptativas como: “Estoy sola”, “No soy importante”, “Las personas no son confiables”, “Soy incapaz de ser amada” y llegar a adoptar creencias centrales más funcionales.
4. Aumentar la introspección, con el fin de generar un mayor monitoreo emocional adaptabilidad y autoeficacia.

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

1. Proveer de herramientas para disminuir la preocupación y la ansiedad alrededor de distintos eventos de la vida de la paciente y esta sea más adaptativa.
2. Reducir significativamente la cantidad de tiempo empleado en la rumeación, para que este sea usado en actividades más placenteras y efectivas.
3. Proveer de herramientas cognitivas para generar respuestas más adaptativas a las preocupaciones y que estas puedan ser replicadas al finalizar el tratamiento, fomentando la prevención de recaídas.

Trastorno de Personalidad Límite.

1. Reducir la conducta suicida de alto riesgo, la cual incluye la ideación, planeación, intentos y la conducta de automutilación a través de la aplicación de contratos de seguridad, técnicas de manejo en crisis y uso de las redes de apoyo.
2. Reducir patrones de conducta que interfieren con la funcionalidad de la paciente. Por ejemplo, el aislamiento social, la alienación y evitación emocional, periodos prolongados de sueño e inactividad.
3. Disminuir el impacto del trastorno emocional y el trastorno de ansiedad con el fin de mantener un enfoque en estabilizar, modificar y flexibilizar las creencias y patrones más específicos al trastorno de personalidad límite.
4. Aprender habilidades esenciales para el manejo de una vida más funcional, estable y satisfactoria. Enfoque en la regulación emocional, mejoría en la efectividad interpersonal, autoeficacia, y tolerancia al malestar.
5. Generar, mantener e incrementar los niveles de motivación hacia la práctica de conductas más eficaces y funcionales incluyendo la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de tareas y el mantenimiento del uso de estrategias aprendidas post tratamiento.

Consideraciones éticas y legales.

Dada la importancia y el impacto que tiene el trabajo clínico terapéutico, es esencial que se establezcan principios básicos sobre el rol que el terapeuta desempeña así como sus responsabilidades dentro del contexto de trabajo. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) ha trabajado para desarrollar un Código de Ética diseñado para mantener y proteger el bienestar de las personas, respetar sus derechos y salvaguardar su integridad (Fisher, 2010).

En la obra “*Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*”, desarrollada por la American Psychiatric Association (2010), se describen los cinco Principios Generales, que reflejan la conducta profesional ideal, que sirven como guía y ayuda para los psicólogos dentro de los distintos contextos en los que desempeñan sus roles. Es a partir de estos Principios que se desarrollan los Estándares Éticos y sus respectivos Códigos, los cuales son más específicos e intentan delinear la conducta aceptada y esperada de un profesional de la salud mental. Los Principios Generales por los cuales se rige el Código de Ética son los siguientes:

- Principio A: Beneficio y no Maleficencia
- Principio B: Fidelidad y Responsabilidad
- Principio C: Integridad
- Principio D: Justicia
- Principio E: Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas

Los temas a tratar en esta sección están relacionados con los Principios Generales aplicados a un contexto esencialmente terapéutico. En el caso de Carmen, previo a cualquier tipo de intervención se realiza el proceso de explicación del consentimiento informado. De acuerdo al *Estándar 3. Relaciones Humanas. Código de Ética: 3.10 Consentimiento Informado*, es un requisito que la persona que recibirá terapia consienta de forma escrita, con los parámetros expuestos en el documento. El consentimiento informado en este caso, fue el aplicado en todo el Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito, en el que se determina la libertad de iniciar y/o terminar el tratamiento, aspectos sobre privacidad y confidencialidad y los casos en los que esta será expuesta. De igual manera, se aplica el *Estándar 10. Terapia. Código de ética: 10.01 Consentimiento Informado para Terapia*, en el cual se especifica con mayor detalle las condiciones en las que se da el proceso terapéutico (ver Anexo A).

En consecuencia, también se tomó en cuenta el *Estándar 4. Privacidad y Confidencialidad Código de Ética: 4.02 Discutir los límites de Confidencialidad*. Este apartado hace énfasis en discutir con el paciente hasta qué punto puede llegar el mantener la confidencialidad de lo que se trata en terapia y las consideraciones éticas y legales que deben ser tomadas en cuenta. En el caso de Carmen, al inicio de terapia se le explica detalladamente las situaciones en las que se debe romper confidencialidad y reportar a las respectivas autoridades o personas directamente involucradas: 1) reportar a las autoridades sobre una sospecha o certeza de la existencia de abuso físico, sexual o negligencia en proteger a un niño; 2) reportar a los familiares o personas cercanas acerca de un intento del paciente de hacerse daño que es inminente, 3) advertirle a una potencial víctima de la posibilidad de que el cliente le haga daño; 4) en caso de que el cliente intente hacer algo en contra de la ley. Después de la explicación y el espacio para el desarrollo de preguntas, la paciente accede voluntariamente al tratamiento.

Con respecto al uso de la información para redactar el presente estudio de caso, se tomaron en cuenta distintos aspectos, tales como obtener la aprobación por escrito por parte de la paciente. De acuerdo al *Estándar 4. Privacidad y Confidencialidad. Código de ética: 4.07 Uso de información confidencial por motivos didácticos*, es esencial que el psicólogo encargado tome las medidas razonables y necesarias para proteger la identidad de la persona en cuestión. En adición y bajo el mismo Estándar, el *Código de ética: 4.01 Mantener Confidencialidad*, toda la información obtenida en sesión y a través de otras fuentes, como familiares y evaluaciones psicométricas pasaron por un proceso seguro. El nombre de la paciente y personas involucradas fueron cambiados, se mantuvo un registro escrito de cada sesión. Se realizaron grabaciones únicamente en audio para proteger la identidad de la paciente y la exposición de datos personales fue cuidadosamente seleccionada.

Debido al historial de conducta de auto-mutilación e ideación suicida, la posibilidad de revelar esta situación estuvo bajo consideración por algunos meses debido a que la primera fue controlada y la ideación no incluía ningún plan y no existía evidencia clínicamente significativa que determine una sospecha razonable de que la paciente iba a suicidarse. Sin embargo, después de 10 sesiones la paciente reporta haber ideado un plan y la probabilidad de que lo lleve a cabo era de ocho en una escala de 0-10, se determinó que era necesario que se rompa confidencialidad.

Entre los aspectos determinantes que se tomaron en cuenta para revelar las intenciones de cometer suicidio, está el consumo de sustancias psicotrópicas. A pesar de que el uso no representaba abuso o dependencia de sustancias, el consumo era riesgoso. Su primer intento consistió en la combinación de sustancias (cocaína y alcohol) y aunque no era un consumo diario, representaba un factor de riesgo. Además, la comorbilidad de trastorno de depresión, ansiedad generalizada y trastorno de personalidad límite fue otro factor de riesgo determinante. Por otro lado, es importante considerar que la automutilación está presente desde que Carmen tiene 14 años, por lo que conforma otro factor determinante para la revelación. Además, de que existía un plan, una posible fecha también se estableció. Carmen tenía todo el acceso a medicamentos, tiempo para hacerlo y un lugar aislado que le pudiera dar el espacio para hacerse daño sin interrupciones. En adición, es importante considerar aspectos demográficos que la literatura ha identificado como factores que ponen en riesgo a cierta población vulnerable. De acuerdo a Bolognini, Plancherel, Laget y Halfon (2003), el suicidio se encuentra entre la segunda y tercera causa de muerte entre jóvenes de 15-25 años. Los autores también mencionan que el riesgo aumenta cuando un cuadro depresivo está presente, cuando hay desesperanza, baja autoestima, desajuste social y malestar en el área familiar; condiciones que Carmen

presenta. Bolognini y col. (2003), agregan que características de personalidad tales como impulsividad y orientación hacia el presente y pensamiento polarizado y rígido, características evaluadas en el caso de Carmen.

Debido a que la relación con los padres no es significativa y a que tenían muy poco contacto con la joven a pesar de vivir en la misma casa y a que Carmen es mayor de edad, se le comunica a Ana, de la existencia de una sospecha razonable, de que la vida de la paciente está en riesgo. Esto en base a los factores y determinantes expuestos anteriormente. En este caso, el proceso indicado por el *Estándar: 4. Privacidad y Confidencialidad. Código de ética: 4.05b Revelaciones*, indica que la revelación es mandada por la Ley y no requiere de un consentimiento del paciente (Fisher, 2010). Sin embargo, dadas las características del caso y fundamentándome en el Principio A: Beneficio y no Maleficencia y en el Principio E: Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas, Carmen es informada sobre el proceso que se llevará a cabo, las obligaciones éticas y legales para la revelación y la necesidad de que esto sea informado. A pesar de no haberlo tomado muy bien en un principio, con el tiempo la paciente pudo comprender un poco más la obligación legal que tenía al revelar su intencionalidad de cometer suicidio. Este incidente fue controlado y manejado, la paciente no realizó ningún intento y las medidas tomadas fueron efectivas.

Durante el proceso terapéutico, hubo otro incidente en el que su vida corría riesgo por un nuevo plan. Con el fin de tomar precauciones extras para salvaguardar el bienestar de la paciente, cumplir con la ética profesional y las leyes gubernamentales, se realizó una segunda revelación. En este caso, fue necesario comunicar sobre el riesgo y la sospecha razonable a los cuidadores primarios. Es importante mencionar que la paciente fue informada del procedimiento y estuvo presente en todo el proceso. Se hizo énfasis en la

obligación legal de revelar la situación y que la información a revelar iba a ser estrictamente relacionada a la conducta suicida actual, las sospechas razonables para la revelación y las medidas a tomar para reducir el riesgo.

Por último, una consideración ética que debe ser mencionada, está asociada con el nivel de competencia de la terapeuta encargada del caso. En base al *Estándar: 2. Competencia, Código de Ética 2.01 Límites de Competencia*, en el cual hace énfasis en que el psicólogo ejerciendo su profesión debe reconocer sus capacidades, conocimientos y experiencia en el campo para trabajar con distintos tipos de pacientes. Debido a que el contexto en el que este caso se desarrolla además de ser terapéutico, es académico y la terapeuta es una estudiante, fue necesario que se tomen medidas extras para regirse a este código. El caso estudiado tuvo constante supervisión por parte de un profesional en el área de salud mental, Ph.D. en Psicología Clínica con varios años de experiencia. Además, se mantuvo constante comunicación con otros profesores de 5to año del Departamento de Psicología de la Universidad con el fin de disminuir el impacto de la falta de experiencia y así proteger el bienestar de la paciente.

Aspectos de la relación terapéutica

Transferencia.

La transferencia es un término empleado por primera vez por Sigmund Freud en 1935, el autor la conceptualiza como tendencias y fantasías que se activan y se hacen conscientes dentro del progreso del análisis, representan figuras de experiencias pasadas y son reflejadas en el analista. De acuerdo a Patterson (1959), la transferencia no es la totalidad de la relación entre terapeuta y paciente, sino una parte de la misma que es irracional y no representa objetivamente la situación real, ni las características o conductas del analista. En general, la transferencia en el contexto terapéutico es un fenómeno

psicológico que se basa en la habilidad del ser humano de percibir su entorno a través de la comparación de experiencias del presente con aquellas del pasado (Prasko y col., 2010).

De acuerdo a los autores, el análisis de la transferencia como tal, no es una herramienta de la terapia cognitiva conductual, pero esta sí forma parte importante del proceso. No obstante, se puede observar el rol de la transferencia en la importancia de la relación terapéutica en el caso de la CBT. Por ejemplo, a través de la identificación de pensamientos automáticos y sentimientos que surgen en sesión y que están asociados a la relación paciente-terapeuta (Prasko y col., 2010).

Las reacciones automáticas, conductas disfuncionales y respuestas emocionales que surgen en sesión, a partir de los efectos de la transferencia, son aspectos que deben ser tomados en cuenta y trabajados, ya que tienen el potencial de bloquear o dificultar el proceso terapéutico (Prasko y col., 2010). Estos aspectos suelen ser de mayor importancia aún en el trabajo terapéutico con pacientes con diagnósticos de trastornos de personalidad (Sperry, 2006). Específicamente, en el caso de trastornos de personalidad límite, la transferencia es muy común. Sperry (2006), explica que debido a que las relaciones interpersonales suelen implicar una gran dificultad para los pacientes con TPL y la transferencia suele presentarse dentro de una gama de fantasía, desamparo y desdén. El autor añade, que es muy común que pacientes con este diagnóstico dependan sobremanera de su terapeuta, bloqueando el proceso.

En el presente estudio de caso, se pudieron observar algunos aspectos importantes de transferencia con Carmen, especialmente al inicio del trabajo terapéutico. En el caso de Carmen, ella tenía mucho dificultad para confiar en las personas, por lo que algunas cosas, como la ideación suicida no fueron mencionados hasta después de haber generado una relación terapéutica estable. Por otro lado, se pudo observar cierta dificultad al momento de la revelación de información acerca de su ideación suicida y planes para hacerse daño.

Sin embargo, estos fueron manejados a través de recursos como supervisión, hablar en sesión acerca de los pensamientos y sentimientos alrededor de esta situación y se pudo superar la dificultad. Otro evento importante a considerar fue cuando se le pedía a Carmen llenar el formulario de Contrato de Seguridad. Carmen consideraba que esta era una limitante y se mostraba renuente a llenarlo, más que nada en ocasiones de gran malestar. En sesión, se habló acerca de la importancia del documento, de los significados que tenían para ella, así como de las emociones asociadas al mismo. Esto no ocurría siempre con la misma intensidad y con el tiempo se fue normalizando y a pesar de que no era una tarea satisfactoria para Carmen, esta cobró un significado diferente. Pensamientos como “Ya no voy a poder hacerme daño”, “Esto me limita mucho” se transformaron a “Aunque no me guste hacerlo, esto es por mi bienestar” y “Es un documento necesario”.

Contratransferencia.

Al igual que la transferencia, la contratransferencia es un fenómeno psicológico de esencial importancia dentro del ambiente terapéutico (Prasko y col., 2010). De acuerdo a los autores, en la terapia cognitiva conductual, este fenómeno ocurre cuando el terapeuta reacciona complementariamente a la transferencia del paciente. Además, agregan que la contratransferencia es normal en todo terapeuta y este debe prestar atención a estas reacciones internas que aparecen en sesión y manejarlas efectivamente como un proceso de conocimiento del paciente de sí mismo. Una característica fundamental de este fenómeno es su capacidad para interferir en la comunicación entre terapeuta y paciente, a través de conductas verbales o no verbales que surgen en el terapeuta (Patterson, 1959).

Así como los pacientes mantienen sus propios esquemas cognitivos, los terapeutas también. A partir de esta asunción, Leahy (2003), teoriza que existen esquemas cognitivos

específicos en los terapeutas que tienen el potencial para generar dificultad en la relación con el paciente, generando así los efectos de la contratransferencia. Por ejemplo, el autor escribe acerca de la existencia de esquemas relacionados a estándares demandantes. En este caso, terapeutas con tendencias al perfeccionismo suelen describir a sus pacientes como perezosos, irresponsables y auto-indulgentes; percepciones rígidas que suelen limitar la capacidad del terapeuta de mostrarse empático y del paciente de sentirse comprendido (Leahy, 2003). A diferencia del enfoque psicoanalítico, la contratransferencia en la CBT, no se concibe por un inconsciente o pulsiones latentes en el terapeuta, que salen a flote en sesión. Más bien, son los esquemas cognitivos de cada terapeuta que dan paso a reacciones específicas dentro del contexto terapéutico, ya sea como respuesta a la transferencia del paciente (Ivey, 2013). Otro aspecto que el autor menciona, es el que dentro de la terapia cognitiva conductual, la transferencia, así como la contratransferencia no son fenómenos constantes, ni focos de atención para el tratamiento. Más bien, funcionan de forma intermitente, surgiendo en distintos casos y con diversos pacientes, frente a rupturas de la alianza terapéutica o resistencia por parte del paciente. En adición, Ivey (2013), expone que así como estas reacciones son fuentes de información del paciente, esenciales para el proceso terapéutico, estas también deben ser cuidadosamente monitoreadas por su potencial a interferir en la objetividad del terapeuta.

Por otro lado, Sperry (2006), menciona que la contratransferencia en casos de trastorno de personalidad límite, suele expresarse comúnmente, a través de emociones como la culpa, la ira, antagonismo, miedo, rechazo, sentimientos de manipulación y fantasías de rescate. En el caso del trabajo terapéutico con Carmen, algunas de estas emociones estuvieron presentes a lo largo del proceso. Antes de realizar la revelación de la intencionalidad de hacerse daño, la terapeuta percibió sentimientos de ser manipulada por la paciente, con el fin de que la revelación no ocurra. No obstante, esto fue trabajado en

supervisión y de igual manera la revelación se dio, a pesar de los intentos de Carmen, porque esto no suceda. Entre otras cosas, al inicio del trabajo terapéutico como terapeuta, la falta de experiencia generó sentimientos de incapacidad para manejar el caso; sin embargo con el transcurso del tiempo y el trabajo personal de la terapeuta estos se fueron disipando, disminuyendo y monitoreando los posibles efectos de la contratransferencia. Emociones como la culpa surgieron cuando Carmen dejó de asistir a terapia por la revelación de la ideación suicida a sus padres. Aspecto que posteriormente fue manejado en supervisión y en trabajo terapéutico personal. Dado que este es un caso de conducta suicida, en el que existía alto riesgo también surgieron fantasías de rescate, las cuales no interfirieron directamente en el trabajo terapéutico en sí, pero sí de forma personal para la terapeuta, aspecto que fue trabajado en terapia con el fin de disminuir cualquier impacto en la objetividad y forma de tratamiento.

Temas e intervenciones

Psicoeducación.

La psicoeducación fue una de las primeras intervenciones aplicadas. Debido a que Carmen no sabía con exactitud que pasaba con ella, como funcionaba a nivel físico y psicológico fue necesario realizar psicoeducación acerca de su sintomatología, reacciones emocionales y funcionamiento en general. Además, en esta etapa fue esencial el introducir, guiar y enseñar el modelo cognitivo. Debido a las fortalezas de Carmen, ella comprendió el modelo cognitivo, la relación entre las emociones, los pensamientos y las conductas de forma relativamente rápida. Los conceptos fueron aplicados a lo largo del proceso terapéutico, funcionando como un reforzador constante, consolidando el conocimiento adquirido.

Aplicación del registro de pensamientos disfuncionales.

La técnica de Registro de Pensamientos Disfuncionales, fue obtenida de Judith Beck (1995), y fue aplicada de acuerdo a las guías que la autora expone. Para Carmen el comprender cómo funcionaba la herramienta, su utilidad e importancia, en un principio fue un poco complicado. Además, presentaba dificultad en identificar sus pensamientos automáticos, así como en nombrar sus emociones y asignarle una intensidad a los mismos. La problemática de nombrar sus emociones surgía porque ella no le veía utilidad a sentirlas o expresarlas, por lo que no había experimentado con las mismas y se mantenía en un patrón de evitación. Sin embargo, con la práctica en sesiones y en tareas, pudo manejar la herramienta de forma correcta y hábil.

Experimentos Conductuales.

Durante el proceso terapéutico, la aplicación de la técnica de experimentos conductuales fue usada, más que nada casi al final del proceso ya que en este punto, Carmen alcanzó mayor estabilidad emocional. Uno de los experimentos que realizó fue el expresarle su cariño a su hermano, a través del contacto físico, palmadas en la espalda, abrazos o muestras de cariño más verbales fueron entre las cosas con las que experimentó. Carmen reportó haberse sentido incómoda en un principio porque son comportamientos que ella no realiza usualmente, pero mencionó que poco a poco esto era menos extraño para ella y que se sentía capaz de seguir demostrando este cariño, pero bajo sus términos, por ejemplo un “cómo estas” o un abrazo. A través de estos experimentos Carmen pudo percibir que el contacto físico no era algo negativo, más bien era extraño a ella, pero contrario a lo que creía, ya no le causaba malestar.

Formulario de Creencias Centrales.

El formulario de Creencias Centrales fue aplicado después de que Carmen aprendió el modelo cognitivo, la identificación, registro y modificación de pensamientos automáticos disfuncionales. Además, fue esencial que conozca teóricamente el significado de las creencias intermedias y las centrales, así como su impacto en la forma en la que percibe su entorno. Con Carmen se trabajó en sesión la antigua creencia “No puedo”, mientras que la antigua creencia “No soy importante para nadie” fue enviada como tarea. A esta última le otorgó un grado de credibilidad actual de 20%, mientras que en momentos de malestar, este podía alcanzar un 90-95% en etapas iniciales de tratamiento. Esta creencia se modificó en una más adaptativa y funcional “Soy importante para muchas personas”, a la cual le otorgó un grado de credibilidad de 80%. Con respecto a la evidencia que Carmen pudo encontrar, ella encontró ejemplos como “Antes sentía que mis papás no me tomaban en cuenta cuando tomaban alguna decisión de la casa, pero ahora sé que no es así, si me preguntan solo que yo no sabía escuchar ni preocuparme por lo que pasaba en mi casa” y “Antes sentía que la única persona a la que le interesaba era a mi prima porque me lo demostraba abiertamente y de una forma que podía ver pero ahora sé que todos tenemos diferentes formas de demostrar que alguien nos importa”.

Relajación progresiva.

La técnica de relajación progresiva se aplicó en las primeras etapas del tratamiento debido a la sintomatología ansiosa que Carmen presentaba. Esta se realizó en sesión y posteriormente se le entregó una guía por escrito de los pasos a seguir para realizar la relajación progresiva de Jacobson. Dado que la técnica fue efectiva para disminuir la ansiedad, como tarea se envió que la practique todas las mañanas al despertar, durante tres semanas y posteriormente lo realice cuando lo vea necesario.

Juego de roles.

Esta técnica fue aplicada en etapas más avanzadas a un conflicto específico con sus padres. Carmen quería comunicarles a sus padres de forma directa acerca de su orientación sexual ya que no quería ocultar más esta situación y ella consideraba que era necesario para mantener una relación más auténtica con sus padres. Entre los objetivos estaba el modelar habilidades de comunicación y asertividad y prepararse para distintos escenarios.

Ficha de Tolerancia al Malestar

La ficha de tolerancia al malestar es una técnica aplicada específicamente en la terapia dialéctica conductual, desarrollada por Marsha Linehan en 1993. La ficha fue aplicada en sesión y dado que los recursos para realizar el trabajo en grupo y practicar estas habilidades con pares, no estaban disponibles, esta sección no fue aplicada. No obstante, se siguieron las instrucciones de la ficha aplicadas a la terapia individual. Carmen se sintió bastante cómoda con la técnica y se trabajó en la misma en alrededor de cuatro sesiones, mientras que las practicaba en casa como tarea y encontraba estrategias para tolerar el malestar que eran más efectivas para ella. Por ejemplo, Carmen identificó que un activador de su malestar era el abrir la puerta de su casa, para tolerar esto decidió que antes de ir a su casa iba a pasar por un lugar de su agrado, dar una corta caminata y comprar algo que le guste para comer. De igual manera, aplicó estrategias de distracción que se encontraban dentro de este módulo, por ejemplo escribirle a un amigo, ver una serie de televisión o películas.

Rueda de las emociones.

Esta herramienta fue utilizada con el fin de darle un mayor rango de emociones a Carmen. A través de la rueda de emociones, Carmen pudo identificar una gama distinta de estados emocionales, así como distintos niveles de intensidad para cada una de ellas.

Además, pudo identificar que no siempre un estado de ánimo disminuido significa que está triste e identifico que distintos estímulos generaban distintas emociones. El repertorio de emociones se amplió y de esta forma pudo manejar mejor los estados emocionales, identificarlos, nombrarlos y sentirlos de forma menos intensa y más gradual.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de resultados SCL-90-R

Debido al tiempo de tratamiento psicoterapéutico y a la severidad de los síntomas reportados se realizaron cinco evaluaciones con la herramienta psicométrica SCL-90 R. A continuación se exponen aquellos valores que llegan o superan el rango clínico $T > 63$ en etapas de pre intervención y en la evaluación final. Por último, se realiza un análisis general comparativo entre cada perfil obtenido. La tabla 1.3 provee un resumen de los valores T de todas las escalas en cada evaluación y la figura 1.2 expone las variaciones.

Pre Intervención.

La primera administración del SCL-90-R, fue realizada el 9 de septiembre de 2013, en forma computarizada. Los resultados obtenidos, indican elevaciones significativas, elevadas sobre la norma en las siguientes escalas: Sensibilidad Interpersonal (SI) $T = 70$; la cual toma en cuenta la presencia de sentimientos de inferioridad, así como de inadecuación. La escala de Depresión (DEP) $T = 65$, indica estados de ánimo depresivos, poca energía, desesperanza, ideación suicida y falta de motivación. Otra elevación clínicamente significativa se encuentra en la escala de Psicotismo (PSIC) $T = 70$, la cual expone síntomas asociados a la soledad, control del pensamiento, estilo de vida esquizoide y alucinaciones. Por último, el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) con un valor $T = 63$ pretende determinar la actitud al tomar el test, es posible que haya una tendencia a exagerar la sintomatología presente, probablemente por el nivel de malestar percibido. Es importante mencionar que el Índice de Severidad Global (IGS) no tiene un valor significativo superior al rango normativo ($T = 60$). Sin embargo es importante notar que está muy cerca del rango clínico, por lo que la severidad de los síntomas es un factor importante a considerar.

Post Intervención.

Los resultados obtenidos en la última evaluación, indican un cambio significativo de la sintomatología presentada al inicio de tratamiento. En promedio, todas las escalas muestran una disminución de 21.9 puntos. Siendo la escala de Psicotismo (T=30) la que muestra un cambio superior con una diferencia de 40 puntos, lo cual indica que los síntomas asociados a la soledad, control de pensamiento y estilo de vida esquizoide ya no están presentes. Ninguna de las escalas indica valores superiores a 55, siendo la escala de Ansiedad Fóbica la que se mantiene con los mismos valores en la primera y última evaluación (T=55).

Análisis General.

Además de realizar una comparación entre la primera y la última evaluación, es esencial realizar un análisis con los datos obtenidos a lo largo del proceso. En primer lugar, se puede identificar una diferencia significativa en la evaluación tres del 17 de enero de 2015 con el resto de evaluaciones. Estos resultados indican que en este periodo la paciente reporta la mayor cantidad de sintomatología, elevando nueve de las 12 escalas valoradas; OBS (T=65), DEP (T=75), ANS (T=63), FOB (T=65), PAR (T=65), PSIC (T=80), IGS (T=70), TSP (T=70) y IMSP (T=63). En general, la paciente reporta sintomatología asociada a pensamientos, impulsos y conductas experimentados como difíciles de manejar o evitar. Este perfil indica sintomatología depresiva, estado de ánimo disfórico, poca energía, motivación, sentimientos de desesperanza e ideación suicida. Además, se perciben síntomas generales de ansiedad, como nerviosismo, miedos, ataques de pánico y tensión, así como reacciones de miedo persistentes, irracionales y desproporcionales. También hay sintomatología asociada a distorsiones del pensamiento, estados de soledad, alucinaciones y estilo de vida esquizoide.

Con respecto a los índices globales, estos indican un nivel de malestar severo y tendencia a exagerar la sintomatología. Estos resultados están asociados a un pedido de ayuda dada la sintomatología presente, no precisamente a que esta sea exagerada o fingida. Los resultados obtenidos, son consistentes con lo reportado por la paciente. Antes de la evaluación, la paciente dejó el tratamiento voluntaria e intempestivamente por aproximadamente dos meses, periodo en el que no obtuvo ningún tipo de tratamiento.

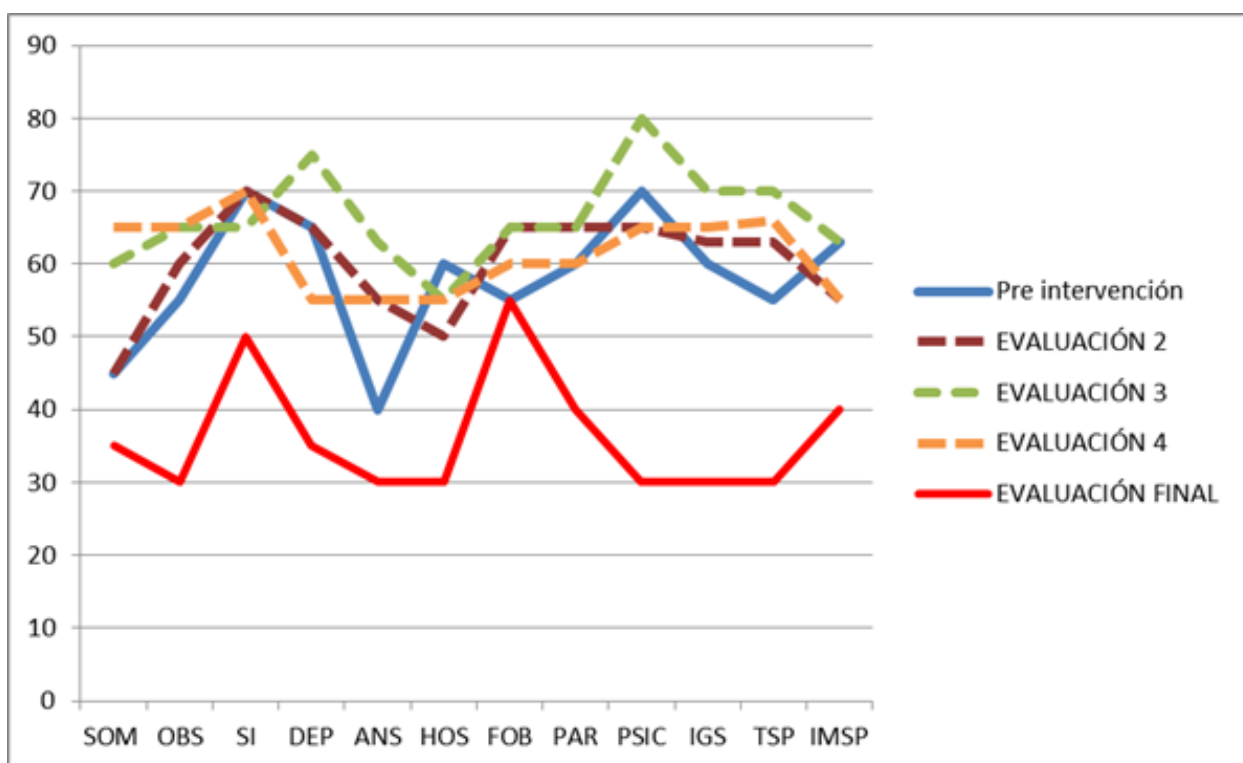
Como se puede observar en el figura 1.2 los valores T obtenidos en cada escala son muy variables y fluctuantes entre cada evaluación. Este aspecto es consistente con los estados de crisis presentes en la paciente, estado de ánimo depresivo significativo, inestabilidad emocional, preocupaciones generales, sentimiento de vacío, ansiedad, tensión y falta de motivación. De igual manera, los resultados obtenidos son congruentes con el diagnóstico propuesto de depresión mayor y ansiedad generalizada en el Eje I y trastorno de personalidad límite en el Eje II.

Por último, es importante mencionar la diferencia existente entre los valores de la pre intervención y las evaluaciones intermedias. En general, los valores T en las evaluaciones dos, tres y cuatro son iguales o superiores a la pre intervención. Estos resultados pueden deberse a los niveles de desconfianza que la paciente reportaba, dificultad de abrirse y comunicar sus sentimientos, la inestabilidad emocional y poca introspección. Con el transcurso del tiempo en terapia, la paciente pudo generar mayor introspección, identificar mejor sus síntomas y exponerlos de forma más abierta. Los cambios descritos y el diagnóstico propuesto con congruentes con las fluctuaciones observadas.

Tabla 3. Valores T de acuerdo a la fecha de evaluación SCL-90-R

Tabla 1.3. Valores T de acuerdo a la fecha de evaluación SCL-90-R												
Fecha de Evaluación	Valores T											
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Pre Intervención 9 de septiembre 2013	45	55	*70	65	40	60	55	60	70	60	55	*63
Evaluación 2 29 de noviembre 2013	45	60	*70	65	55	50	*65	*65	65	63	63	55
Evaluación 3 17 de enero 2014	60	*65	65	*75	*63	55	*65	*65	*80	*70	*70	*63
Evaluación 4 20 de abril 2014	*65	*65	*70	55	55	55	60	60	65	65	65	55
Evaluación Final 17 de julio 2014	35	30	50	35	30	30	55	40	30	30	30	40

Nota: Los valores subrayados y con asteriscos indican los valores T más altos en cada escala.

**Figura 2.** Variaciones de los valores T obtenidos en cada evaluación.

Análisis de resultados Inventario de Depresión de Beck

Los resultados del Inventario de Depresión de Beck apoyan el diagnóstico de depresión mayor de la paciente. De acuerdo a la interpretación, resultados que caen dentro de 20-28 puntos, implican una depresión moderada. En la primera aplicación del inventario, la puntuación fue de 25 puntos, siendo esta la más alta de todas. Seis meses después, se realiza la segunda evaluación, la paciente obtuvo una puntuación de 3, siendo esta la más baja de todas. El periodo de evaluación, corresponde a la fase intermedia del tratamiento y cae dentro del rango de depresión mínima. Aspecto congruente con lo reportado en sesión. Sin embargo, es importante notar que hay una disminución de 22 puntos, infiriendo una mejoría en la sintomatología depresiva específicamente. Por último, la evaluación realizada el 17 de julio de 2014 muestra una puntuación de cinco, la cual nuevamente cae dentro del rango de depresión mínima. Estos resultados indican cierta estabilidad en la presencia de síntomas en los tres meses transcurridos entre evaluación. De acuerdo a lo reportado por la paciente, ese lapso de tiempo sin sintomatología depresiva ha sido uno de los más duraderos.

Por último, es importante realizar un análisis comparativo con la última evaluación del Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Síntomas SCL-90-R. De acuerdo a los resultados de la escala de Depresión DEP (35), la paciente ya no reporta sintomatología depresiva presente, aspecto consistente con lo mencionado en sesión y los resultados del Inventario de Depresión de Beck. En caso de que presente síntomas, estos no son suficientes para caer dentro del rango clínico, en ninguno de los dos inventarios. La tabla 1.4, describe los resultados obtenidos en las tres evaluaciones.

Tabla 4. Resultados Inventario Depresión de Beck

Tabla 1.4. Resultados Inventario Depresión de Beck

Fecha de Administración	Puntaje
23 octubre de 2013	25
25 de abril de 2014	3
17 de julio de 2014	5

Análisis de Resultados de aplicación MMPI-2

Análisis de resultados fase media de tratamiento.

Escalas de validez.

Los resultados obtenidos a partir de la evaluación del MMPI-2, indican que el perfil es válido e interpretable. En base a los valores T de la escala VRIN; T= 70, el perfil es inconsistente ya que un valor igual o mayor a 65 es clínicamente significativo. La elevación puede deberse a confusión en algún punto de la prueba o a la dificultad para concentrarse. Esta escala indica la consistencia con la cual se respondió. Sin embargo, la escala TRIN, la cual es otro determinante de consistencia, tiene un valor T= 50 que cae dentro del rango normal, lo cual indica que hubo una tendencia a responder igual número de ítems como verdaderos y falsos. Estos resultados se suelen encontrar en personas que no tienden a responder “todo sí” o “todo no”, hay un buen balance. Por otro lado, los resultados de los valores T de las escalas; *Lie (L)* T= 42; *Infrequency (F)* T= 99 y *Defensiveness (K)* T=35, dan cuenta de una configuración del tipo “pedido de ayuda”. Las personas que obtienen este tipo de configuración suelen admitir tener dificultades emocionales y personales, piden asistencia para resolver y manejar sus problemas de manera urgente; mientras más alta sea la escala Infrequency (F), mayor es esta necesidad. Además, suelen reportar inseguridad sobre sus habilidades para manejar problemas. Esto es consistente con la historia clínica de la cliente y con los auto reportes obtenidos en

sesión. El valor de la escala F (T=99) es clínicamente significativo. Por lo general, las personas que obtienen estos resultados tienen altos niveles de estrés psicológico, ya que toma en cuenta aspectos como sensaciones o pensamientos bizarros, alienación y aislamiento social, pasar por situaciones peculiares y tener expectativas, creencias o auto-descripciones contradictorias. En adición, la escala *Back Infrequency* (Fb), tiene un valor T= 112, el cual es clínicamente significativo. Esta escala contiene áreas como: conducta suicida, desesperanza, problemas con alcohol o relacionado con drogas, miedos generales y relaciones interpersonales y familiares pobres. La elevación de esta escala está asociada con los problemas que reporta la cliente, la ideación suicida pervasiva desde hace dos años, la cual está asociada con la desesperanza y dificultad en manejar relaciones interpersonales.

Por otro lado, la escala *Infrequency-Psychopatology* (Fp), tiene un valor T=105, el cual es clínicamente significativo. Por lo general, las personas que obtienen estos resultados pueden haber experimentado síntomas psicóticos, hábitos inusuales, actitud altamente amoral y confusión de identidad. Por otro lado, la escala L toma en cuenta la negación de faltas menores, deshonestidad personal, malos pensamientos y la negación de agresividad y debilidad de carácter. El valor T de la escala L es de 42, es probable que la cliente esté dispuesta a admitir fallas sociales menores y parece estar dispuesta mostrarse de forma verdadera, no se encuentra a la defensiva. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que puntuaciones en este rango pueden estar asociados a un intento de maximizar psicopatología, esto es consistente con la configuración que presenta, es posible que se maximice la patología con el fin de obtener ayuda de forma inmediata debido al nivel de malestar psicológico. En adición, la escala K obtuvo un valor T=35. Esta escala contiene ítems asociados al autocontrol, la familia y las relaciones interpersonales. Por lo general,

personas con estos valores tienden a auto-revelar, no están a la defensiva y están dispuestos a comunicar todo lo que les está pasando. Es posible que la percepción de falta de recursos psicológicos juegue un rol en la configuración de “pedido de ayuda”, sin recursos psicológicos, el malestar puede llegar a ser más intenso.

Escalas de clínicas.

Dentro de los resultados de las escalas clínicas se encontró que la escala 2, Depresión (D) tiene un valor $T= 77$, el cual es clínicamente significativo. Por lo general, las personas que puntúan dentro de este rango, suelen presentar tristeza general, un ánimo depresivo sobre sí mismos o la vida. De igual manera, mientras más se eleva la escala, se suele observar un aumento en el pesimismo, la depresión y la desesperanza. Además, es posible que las personas con estos valores tiendan a aislarse, ser muy duras consigo mismas y pueden ver altos niveles de culpa. Esto es consistente con la historia clínica de la cliente, probablemente la elevación de esta escala este asociada con la ideación suicida que presenta y la insatisfacción. El malestar psicológico puede estar asociado a la tristeza general que reporta en esta escala, lo cual corresponde a las elevaciones en las escalas F, Fb, y Fp.

La escala 4 Desviación Psicopática (Pd) tiene un valor $T= 68$, el cual es clínicamente significativo. Personas que obtienen esta puntuación suelen presentarse como en una lucha por algo, lo cual se ve usualmente reflejado en conflictos con familiares. Esto no siempre se expresa de forma abierta o directa, los conflictos no siempre son evidentes o se presentan como peleas fuertes o discusiones, pero puede haber ira y resentimiento aparente para los demás. La elevación de esta escala puede estar asociada a la dificultad en el vínculo con las figuras parentales, a la percepción de falta de apoyo y a un distanciamiento emocional importante que se da en la dinámica familiar. A su vez, el

malestar que esto causa puede estar asociado con la alienación emocional y social que se observa en las elevaciones de las escalas Fb y D, específicamente.

Por otro lado, la escala 5 Masculinidad-Feminidad (Mf), tiene un valor $T=69$. Esta escala toma en cuenta las actitudes, preferencias y sensibilidad personal. Las personas que puntúan dentro de este rango pueden o no tener preferencias tradicionalmente masculinas. No suelen estar interesadas en parecer o comportarse bajo los roles tradicionalmente femeninos, por lo que regirse a estos roles o limitarse a ciertas conductas puede causar malestar.

Otra escala que muestra una elevación clínicamente significativa es la escala 7 Psicastenia (Pt), con un valor $T= 72$. Generalmente, las personas que puntúan en este rango suelen presentar mucha preocupación, tensión, e indecisión en distintas áreas. Se pueden desarrollar signos de agitación y la ansiedad puede ser percibida por ellos mismos y por los demás. Es posible que se haya elevado esta escala por la dificultad que tiene la persona para manejarse en un nivel interpersonal, interacciones comunes pueden generar altos niveles de ansiedad. La preocupación general por varias áreas de su vida tales como; académica, familiar, interpersonal e intrapersonal también se puede ver reflejada en esta escala. Las mujeres con estos valores suelen ser muy sensibles a la preocupación, emocionales y probablemente hay insatisfacción general.

Por otro lado, la escala 8 Esquizofrenia (Sc) tiene un valor $T= 85$, el cual es clínicamente significativo. Estos puntajes, suelen estar presentes en personas que se sienten alienadas, muy distantes y remotas de su ambiente, como resultado de malestar personal o situacional. Es muy común que haya presencia de dificultades para concentrarse, juicio pobre y dificultad en la toma de decisiones. Como se observó anteriormente, es posible que el malestar psicológico que reporta esté asociado con la elevación de esta escala, lo cual es

consistente con la historia clínica, el aislamiento social, la ideación suicida, manejo de emociones poco eficientes y la dificultad en el autocontrol. Este tipo de elevaciones también suele estar asociada con puntajes altos en la escala D, lo cual es consistente con lo obtenido en el perfil y la historia clínica, es posible que el origen del malestar y estrés psicológico intenso que presenta la cliente este asociado con las elevaciones en estas dos escalas.

Por último, la escala de clínica 0 Introversión Social (Si) tiene una puntuación T= 72, estos resultados muestran dificultad en las relaciones interpersonales, una tendencia a ser tímido y socialmente inseguro. Es posible que estas personas constantemente se aíslen y eviten a personas significativas, lo cual puede generar problemas ya que es probable que estas personas sean de ayuda para el proceso. La probabilidad de que haya conductas de *acting out* es muy baja debido a su introversión; sin embargo hay mucha rumeación lo cual genera ansiedad y una tendencia a fantasear sobre interacciones sociales. La elevación de esta escala es consistente con los otros puntajes. Las personas que son socialmente introvertidas y presentan alienación social de la mano con malestar interpersonal, tienen una mayor probabilidad de sentir ansiedad y malestar frente a situaciones sociales o en las que tengan que interactuar, a pesar de que sea con personas importantes en sus vidas, por lo que suele resultar más cómodo aislarse y evitar este contacto a un nivel emocional. Esta conducta a su vez, alimenta la alienación social, la tristeza general e incluso puede verse retroalimentada por sentimientos de culpa que limitan y bloquean la búsqueda de contacto con los demás, como resultado se puede obtener elevaciones en la escala Depresión y Desviación Psicopática, lo cual es congruente con los resultados obtenidos en el perfil.

Escalas de contenido.

Las escalas que presentaron valores clínicamente significativos son: ANX (Ansiedad) T=69; OBS (Obsesiones) T= 75; DEP (Depresión) T=88; BIZ (Ideación Bizarra) T=67; ASP (Prácticas Antisociales) T= 72; LSE (Baja Autoestima) T=84; SOD (Incomodidad Social) T=82; FAM (Problemas Familiares) T=75; WRK (Interferencia en el Trabajo) T= 80 y TRT (Indicadores de Tratamiento Negativos) T=87.

Estos valores suelen estar asociados con reportes de ansiedad y preocupación, dificultades para dormir, problemas con la atención y concentración. Suele haber un malestar significativo por lo que la toma de decisiones y los fracasos pueden asociarse con el riesgo de colapsar. Las personas con este valor, comúnmente están bajo estrés el cual conlleva sensaciones de miedo y vulnerabilidad, por lo cual también es posible que cualquier situación implique altos niveles de ansiedad ya que esta puede ser potencialmente desastrosa y devastadora. La elevación en la escala OBS, está asociada con procesos mentales complejos pero ineficientes, los cuales dificultan la toma de decisiones. Por lo general, estas personas presentan ansiedad, inseguridad y depresión, lo cual está asociado con la elevación en la escala de contenido DEP , la cual se observa comúnmente en personas que reportan desesperanza, falta de interés, motivación, sentimientos de fatiga, cansancio y apatía. Además, es posible que haya sentimientos de culpa, o se sientan poco útiles, lo cual es congruente con la ideación suicida, el malestar psicológico, falta de interés y energía para la resolución de problemas. Altas puntuaciones en la escala BIZ, suelen estar asociadas a síntomas psicóticos, poca introspección e inhabilidad para involucrarse en relaciones interpersonales colaborativas. Es posible que esta escala se haya elevado por ideas y experiencias extrañas o desconcertantes que no necesariamente son psicóticas en sí. Por otro lado, las personas con estas elevaciones pueden reportar cinismo frente a los

motivos de los demás, cierto nivel de desconfianza o vulnerabilidad a involucrarse en conductas de riesgo y abuso de sustancias. Otros aspectos a considerar es que por lo general, estas puntuaciones están asociadas a sentimientos de incapacidad, menor atractivo, autoconfianza disminuida y sentirse poco adecuados, también pueden tener tendencias a ser pesimistas, ansiosos, y depresivos lo cual es congruente con las otras elevaciones y los auto-reportes.

La elevación en las escala SOD, puede dar cuenta de la alienación y evitación social mencionada anteriormente como posible factor relacionado con la depresión. Comúnmente, las personas que puntúan en este rango se sientan incómodos y extraños frente a los demás, por lo que prefieren estar solos no siempre reportan sentir soledad, pero si se perciben como poco hábiles en el área social. A su vez, puede haber una tendencia a sentirse privados de la familia y posiblemente maltratados. Además suele haber una falta de apego y afecto hacia los familiares, así como alienación de los mismos. Puede haber signos de desconfianza no solo frente a los familiares, sino hacia los demás, así como actitudes muy negativas contra sí mismos, lo que dificulta el mantener relaciones íntimas a un nivel más estable. Por lo general, las personas que obtienen estos valores tienen problemas en el área de trabajo o académica debido a la dificultad en concentrarse en tareas, por lo que es común que se desanimen frente a la adversidad. En el caso de la paciente, este parece ser un mecanismo usado, su historia clínica indica que cuando hay situaciones difíciles la cliente deja los objetivos que se ha planteado, dejó de estudiar y se escapó de su casa. Al inicio de tratamiento percibió mucha presión académica y estaba considerando dejar sus estudios nuevamente. Con respecto a la elevación en la escala de TRT esta puede estar asociada a la severidad de síntomas depresivos que presenta la cliente al momento de endosar la prueba. Personas con esta elevación pueden sentir desesperanza

e impotencia frente a los problemas abrumadores que enfrentan. Suelen sentirse incómodos al hablar de su problemática y percibirse apáticos. Es posible que la elevación se genere a partir de la dificultad en confiar y relacionarse a un nivel más profundo con los demás, en combinación con los síntomas depresivos, y ansiosos que el perfil expone.

Escalas suplementarias.

Los resultados obtenidos en las escalas suplementarias indican una elevación clínicamente significativa en la escala A (Welsh Anxiety) con un valor $T=77$. Esta escala provee información acerca de problemas con atención y concentración, disforia y tono emocional negativo, falta de energía y pesimismo, así como obsesiones y rumeación. Los ítems en esta escala son más obvios al evaluar malestar psicológico. Las personas con puntuaciones dentro de un rango de 65-79 puntos, suelen reportar un malestar general en aumento, y emocionalidad negativa que puede debilitarlos mucho. A su vez, es frecuente percibirlos como poco adaptados, y con perturbaciones emocionales que pueden dar paso a crisis situaciones o problemas más crónicos. En el caso de la paciente, la elevación de esta escala, parece estar visiblemente asociada a las crisis emocionales que reporta en las que siente que pierde el control y la ideación suicida se intensifica, como resultado de reacciones emocionales ante situaciones estresantes.

Por otro lado, la escala R (Welsh Repression) presenta un valor $T=73$, el cual es clínicamente significativo. Personas con estos valores suelen presentar una inhibición de sus intereses, comúnmente se restringen, inhiben y se perciben como sobre-controladas. En base a la interpretación conjunta de la escala A y R, se podría inferir que la cliente está reportando su malestar psicológico, a pesar de que intenta inhibir o disminuir la atención hacia sus problemas personales. Usualmente, se perciben a sí mismos como responsables

de sus problemas y están muy motivados a trabajar en encontrar una reducción a su malestar debido a que sus problemas son muy abrumadores.

La escala Es (Ego Strength) también presenta un valor importante de mencionar $T=30$. Esta escala sugiere la capacidad de la persona para desarrollar una fortaleza propia y su disponibilidad de recursos para mejorar. Personas con puntuaciones bajas suelen reportar tener un alto nivel de malestar y pocos recursos personales. Por otro lado, la escala Do (Dominancia) tiene un valor $T=30$. Las personas con estos valores suelen presentar una tendencia a responsabilizar a otros por sus vidas, no confían mucho en sus habilidades y no suelen sentirse muy capaces de solucionar problemas o tomar decisiones de forma efectiva. Los resultados son congruentes con lo percibido en el trabajo terapéutico, la paciente suele mostrarse indecisa y generalmente no confía en sus habilidades para manejar sus problemas, probablemente esto esté directamente relacionado con la desesperanza que presenta y la ideación suicida se considera como una opción frente a la incapacidad de manejar su malestar.

Dentro del grupo de las escalas suplementarias, también podemos encontrar una elevación clínicamente significativa en la escala Mt (Desajuste Académico) $T=72$ y de la escala Pk (Escala del Trastorno de Estrés Postraumático) con un valor $T=92$. Personas con estas elevaciones suelen presentar dificultad en adaptarse, muestran malestar general, son ansiosos y se caracterizan por ser muy reactivos emocionalmente, más que nada frente a estrés inter e intrapersonal. Es este malestar el que suele motivarlos a buscar tratamiento y ayuda e igualmente a mantenerse en el trabajo terapéutico.

Otra escala que indica una elevación clínicamente significativa es la escala suplementaria (Ho) Hostilidad, con un valor $T=76$. El contenido de esta escala está asociado al cinismo, hipersensibilidad, tendencia a respuestas agresivas y evitación social.

Las mujeres este tipo de puntuaciones, suelen reportar altos niveles de ansiedad, nerviosismo, miedos y estados depresivos. Los resultados de esta escala concuerdan con el perfil de la cliente y con niveles de desconfianza y ánimo depresivo, sin embargo la cliente no reporta tener miedos y la historia clínica no revela información sobre tendencias paranoides o miedos generales, ni específicos, aunque sí hay niveles altos de ansiedad.

En adición, el perfil obtenido indica una elevación clínicamente significativa en la escala AAS (Addiction Admission Scale) con un valor $T=78$. Regularmente, las personas que obtienen estas puntuaciones admiten abiertamente su uso y probable abuso de sustancias ya sea actual o en el pasado por lo que se debe evaluar en entrevista clínica cuándo ocurrió el posible abuso. En el caso de la cliente, el uso de sustancias se ha dado en intervalos muy amplios entre sí, consumiendo alcohol entre una o dos veces cada seis meses, no se reporta un abuso dentro de estas ocasiones pero si es un uso de alto riesgo. La primera vez que consumió cocaína fue para provocarse una sobredosis. El uso de marihuana también es esporádico reportando entre dos o tres veces en un periodo de dos años. Este consumo no le ha traído problemas con la ley o con sus familiares, por lo que la elevación en esta escala puede deberse a la sinceridad con la que la cliente se está mostrando y a la intencionalidad del consumo –suicidio-. Esta asunción se muestra apoyada con los valores de la escala APS (Addiction Potential Scale) $T=42$. Las personas con estos resultados no suelen mostrar malestar relacionado con el consumo de sustancias. En caso de que consuman, el uso de estas no genera consecuencias negativas.

Por último escalas suplementarias como GM (Gender Role Masculine Scale) $T=43$ y GF (Gender Role Feminine) $T=30$, presentan valores menores a 45 por lo que se considera importante reportarlas. Puntajes bajos en la escala GM, se suelen encontrar en personas que presentan varios miedos, inseguridad, no se sienten generalmente atraídas por

actividades tradicionalmente masculinas y suelen ser introvertidos. Es posible que las puntuaciones en estas escalas se deben a que la cliente no necesariamente sigue los roles de género tradicionales, mostrando una menor tendencia a preferir actividades o roles femeninos.

Escalas Harris y Lingoës.

Con respecto a las escalas Harris y Lingoës, se puede observar que hay una elevación clínicamente significativa en la Subescala Depresión que contiene cinco escalas: Depresión Subjetiva (D1) T=79; Retraso Psicomotriz (D2) T=79; Malfuncionamiento Físico (D3) T=70; Embotamiento Mental (D4) T=93 y Rumeación (D5) T=73. Los valores de estas escalas, permiten saber específicamente la naturaleza del malestar que la cliente reporta. Usualmente, las personas que reportan estos valores, tienden a ser pesimistas, tienen baja autoestima, baja energía para manejar sus problemas, problemas en el patrón de sueño y dificultades en el área de la atención y concentración. La falta de energía también suele estar asociada a la dificultad a iniciar actividades, por lo que también pueden sentirse poco útiles y los demás pueden fácilmente generar malestar, por lo cual suele ser común que eviten relacionarse, mostrándose apáticos frente a los demás.

La subescala de Histeria, provee información acerca de la naturaleza de posibles elevaciones en su respectiva escala clínica. Los resultados indican una elevación clínicamente significativa en las subescalas: Lassitude Malaise (Hy3) T=79 y en Somatic Complaints (Hy4) T=69. Generalmente, las personas con estos valores T, reportan no sentirse en un buen estado físico, con signos de cansancio y dificultad en el sueño. Usualmente, hay quejas somáticas más que nada en brazos, cabeza y piernas lo cual es congruente con la información proporcionada en el sesión, ya que se reporta

sintomatología ansiosa localizada en estas áreas, más que nada en momentos de estrés y tensión.

Por otro lado, la escala clínica de Desviación Psicopática también mostró una elevación clínicamente significativa, y en las subescalas de Harris y Lingoies, se puede observar la naturaleza de esta elevación. Las subescalas: Discordia Familiar (Pd1) T=74; Alienación Social (Pd4) T=75 y Autoalienación (Pd5) T=92 muestran elevaciones clínicamente significativas. Las personas que obtienen estos resultados, comúnmente reportan no tener una vida familiar muy placentera, perciben que nadie los entiende, generalmente son infelices y muestran arrepentimiento por las cosas que han hecho, perciben que los demás hablan de ellos y no son muy optimistas. El contenido de estas subescalas, permite asociar la problemática presentada por la cliente y los resultados obtenidos del perfil. Uno de los malestares principales que la paciente reporta es la dificultad en el área familiar, no precisamente por peleas y conflictos constantes sino por el distanciamiento a nivel emocional, no hay un vínculo cercano con los padres por lo que no reporta recuerdos positivos de interacciones familiares. La alienación propia y social, puede estar contribuyendo significativamente a la elevación en la escala de Depresión, sin interacciones sociales o vivencias placenteras, el malestar psicológico y la percepción de falta de recursos se exagera.

Dentro de la subescalas de Paranoia, se encontraron elevaciones clínicamente significativas en la escala Poignancy (P2) T=72. Personas que obtienen estos resultados se perciben a sí mismos de una forma muy especial y se consideran muy diferentes a los demás, son altamente subjetivos y sensibles o nerviosos.

Las subescalas Harris y Lingoies de Esquizofrenia muestran elevaciones clínicamente significativas en: Alienación Social (Sc1) T=84; Alienación Emocional (Sc2)

T= 104; Lack of Ego Mastery Cognitive (Sc3) T=80; Lack of Ego Mastery, Conative (Sc4) T= 95; Experiencias Sensoriales Bizarrras (Sc6) T=72. Las personas que obtienen estos resultados usualmente, reportan falta de cercanía o relaciones íntimas con los demás, se perciben extraños a sí mismos y a sus experiencias, su afecto puede considerarse plano o distorsionado. Además, admiten tener ideas extrañas o desconcertantes y debilidad en áreas psicológicas, también reportan tener experiencias raras o cambios en la percepción de su cuerpo e imagen. Esto es congruente con los auto-reportes obtenido en terapia. La cliente menciona haber tenido un episodio de despersonalización y es probable que debido a la ideación suicida pervasiva, estas subescalas se hayan elevado significativamente.

La Subescalas de Hipomanía, Amoralidad (Ma1) T=70, también se encuentra elevada por sobre el rango clínico. Las personas con estos resultados, generalmente muestran insensibilidad a sus propios motivos o hacia los de los demás, son muy sinceros y francos con las personas, negando la existencia de algún tipo de culpa. En base a la información obtenida de la cliente, ella se considera a sí misma muy dura y honesta con los demás; sin embargo, la culpa frente a sus conductas no aparece inmediatamente pero si se llega a percibir posteriormente. Por último, se puede observar elevaciones clínicamente significativas en las subescalas de Introversión Social: Timidez y Autoconciencia (Si1) T=71; Evitación Social (Si2) T=69 y Alienación de sí mismo y los demás (Si3) T=72. Como se mencionó anteriormente, personas con estas elevaciones presentan dificultad en el área social, la naturaleza de este malestar puede estar relacionada con que no se sienten cómodos en situaciones sociales, en especial si son nuevos y hay mucha gente, son fácilmente avergonzados por lo que evitan el contacto. Además, no tienden a interactuar en grupos o preferir actividades grupales, su autoestima puede ser baja, así como su la confianza en sí mismos, por lo que aparentemente no se interesan por muchas cosas.

Pueden percibirse como indecisos, miedosos y ruman sobre sus propios pensamientos.

Dado que no interactúan mucho, es posible que fantaseen constantemente.

Escalas componente contenido.

El perfil obtenido obtuvo elevaciones clínicamente significativas en las escalas Componente Contenido correspondientes a la Subescala de Depresión, *Lack of Drive* (DEP1) T=90; Disforia (DEP2) T=66, *Self-Depreciation* (DEP3) T=89, Ideación Suicida (DEP4) T= 109. Usualmente, personas con estos valores presentan anhedonia, malestar, falta de placer e interés por la vida, hay una percepción de infelicidad general, auto-concepto negativo, sentimientos de culpa y desesperanza y un pobre sentido de valor por sí mismo. Es común que haya un pesimismo fuerte hacia el futuro, e ideación suicida. Es esencial poner atención a esta última, debido a su valor T y a la información obtenida en sesiones. La historia clínica indica que esta es persistente desde hace dos años, por lo que se requiere de evaluación continua.

La subescala de Pensamiento Bizarros (BIZ 2) T=72, tiene una valor clínicamente significativo. Personas con estos resultados suelen reportar experiencias y/o ideas inusuales, extrañas, excéntricas o peculiares, lo cual posiblemente está asociado al episodio de disociación y a la ideación suicida en sí. De igual manera, se ve una elevación en la subescala de Ira (ANG1) T=69, la cual está asociada con conductas explosivas, daño a los demás o a la propiedad. En el historial de la paciente, no se reportan estas conductas por lo que probablemente esta escala se eleve por agresión a sí misma. La elevación, posiblemente se presentó porque la cliente si reporta emocionalidad negativa alrededor de la ira, pero no incluyen conductas de *acting out*. Dentro de la subescala de Cinismo, se encuentra una elevación clínicamente significativa en Creencias Misantrópicas (CYN1) T=68, la cual suele encontrarse en personas que perciben a los demás como poco

confiables, capaces de engañar, egoístas, manipuladores, desleales y carentes de empatía. Estos resultados son congruentes con la dificultad que presenta la paciente para relacionarse a un nivel más profundo, posiblemente está a la defensiva si percibe a los demás como amenazadores, además no ha desarrollado un vínculo seguro y cercano que le permita desconfirmar esta percepción.

Otra subsescala elevada por encima del rango clínico es la escala de Prácticas Antisociales: (ASP1) Actitudes Antisociales T=73. Personas con esos resultados reflejan poca preocupación por las reglas y las leyes establecidas, y suelen presentar una perspectiva cínica de ver sus acciones y la de los demás. En adición, la subsescala *Self-Doubt* (LSE1), T=82 y la escala *Submissiveness* (LSE2), T=69 tienen elevaciones clínicamente significativas. Por lo general, estos resultados se encuentran en personas que se sienten menos capaces que los demás, no confían en sí mismos y se perciben como menos atractivos. Comúnmente son ansiosos, pesimistas, depresivos e inseguros.

En el área social, se puede observar que dentro de la subsescala de Inconformidad Social hay elevaciones clínicamente significativas en Introversión (SOD1) T=82 y Timidez (SOD2) T=65. Estos valores indican una posible tendencia a estar solo y evitar interacciones sociales y aversión por las relaciones interpersonales. Además, se encuentra que hay cierto nivel de inhibición, miedo y vergüenza que limita la capacidad de desenvolverse. La paciente muestra un nivel de malestar considerable en el área social, el cual se observa en la necesidad de vincularse pero la percepción de incapacidad para hacerlo. Por otro lado, en la subsescala de Problemas Familiares, se puede observar una elevación en la escala de Alienación Emocional (FAM2) T=86, lo cual se encuentra en personas que no han experimentado una vida familiar placentera y que reportan sentirse

alejados, emocional y físicamente de su ambiente familiar, no parece haber un vínculo que los mantenga unidos, pero el malestar no se da en conflictos físicos o verbales.

Por último, la subescala de Indicadores Negativos de Tratamiento, muestra elevaciones clínicamente significativas en las siguientes: Baja Motivación (TRT1) T=71 e Inhabilidad para expresar (TRT2) T=75. Resultados de este tipo se encuentran comúnmente en personas que reportan dificultad para comunicar su malestar, no se sienten muy cómodos hablando de su vida, hay apatía, un locus de control externo, así como dificultad de continuar frente a los obstáculos por falta de percepción de recursos personales. Es importante mencionar, que dado el perfil que se obtuvo y en base a la historia clínica, se puede inferir que las elevaciones en estas subescalas se dan como resultado de la sintomatología depresiva, más que un indicador de la prognosis del tratamiento. La cliente se ha mostrado dispuesta a compartir información en sesión y a trabajar en aspectos muy importantes y personales como la conducta suicida.

Debido a que se ha podido observar un patrón de evitación y aislamientos propio y social, se podrían asociar todos estos rasgos con la depresión presente en la evaluación así como en las entrevistas clínicas. La ansiedad presentada, así como el área cognitiva que parece estar un poco distorsionada se correlacionan y probablemente limitan mucho la posibilidad de la cliente de interactuar de forma más profunda y significativa y de tener experiencias más placenteras. Como resultado, las interacciones sociales y el vínculo inestable son fuentes de malestar, pero como la cliente aparentemente se muestra interesada por generar un vínculo más cercano con los demás y estabilizar su ánimo, la incapacidad de hacerlo retroalimenta el aislamiento y la sintomatología depresiva y ansiosa, aumentando también, la intensidad de la ideación suicida.

Codetipo 8-2 (Sc= 85; D=77).

Estados Emocionales: El cliente experimenta un malestar emocional severo, caracterizado por disforia y anhedonia. Está depresiva, ansiosa, agitada y hay sentimiento de culpa. Por otro lado, posiblemente la paciente se presenta con ira, irritabilidad y es impaciente. De igual manera, no parece importarle mucho lo que suceda consigo, hay una dificultad persistente para iniciar actividades y cuando las inicia, presenta muy poca esperanza en tener buenos resultados o éxito en lo que se propone, incluyendo el trabajo terapéutico porque ha perdido el deseo, la energía o la motivación para trabajar en sus problemas.

Cogniciones.- En el área cognitiva, tiene problemas en la atención, concentración y la memoria, olvida cosas frecuentemente. Además, su capacidad de juicio no es la misma que era antes, ya que se ha deteriorado. Hay una visible falta de confianza en sí misma, y una constante preocupación de algo está mal en su cabeza. Con frecuencia, percibe que los demás la están criticando, y gran parte del tiempo piensa en que ha hecho cosas terribles o con una mala intención. En general, siente que su vida no vale la pena, que es inadecuada y evita enfrentarse a crisis o dificultades. Cuando las cosas salen mal, se da por vencida rápidamente y no se considera importante para las personas a su alrededor.

Relaciones interpersonales.- Las personas con este codetipo, suelen ser muy introvertidas, se aíslan de situaciones sociales, manteniendo a las personas a distancia. La mayor parte del tiempo está sola y usualmente no le agrada tener a personas a su alrededor. Sentimientos de soledad están presentes a pesar de que este rodeada de gente. La forma en la que se aísla y evita el contacto solo sirve para exacerbar sus síntomas. Por otro lado, considera que nadie la entiende la familia puede ser muy crítica o distanciada, por lo que se siente extraña en el ambiente familiar.

Otras áreas problemáticas.- Usualmente, las personas con este codetipo reportan síntomas asociados al funcionamiento neurológico. Su historia clínica debe ser revisada cuidadosamente para determinar si factores físicos o neurológicos están jugando un papel importante en su condición actual. La ideación suicida es muy común en estos codetipos, por lo que se debe evaluar constantemente. Es probable que haya un abuso de sustancias y dificultades en el patrón de sueño. Es común que haya momentos en los que la persona desee hacer cosas sorprendentes o dañinas que requiere de investigación.

Tratamiento.- La prognosis con las personas que obtienen este codetipo, usualmente es pobre, ya que los problemas suelen ser crónicos y la hospitalización puede requerirse para estabilizar su condición. El uso de tratamiento farmacológico puede ser necesario, para manejar preocupaciones sobre su inestabilidad emocional, para regular los patrones de sueño y elevar su estado de ánimo. Por otro lado, la probabilidad de un cambio al largo plazo puede ser muy baja. El tratamiento se centra en intervenciones conductuales que apunten a sus motivos de consulta, ya que encontrará mayores beneficios a corto plazo.

Análisis de Resultados de aplicación MMPI-2 post tratamiento

Escalas de validez.

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del MMPI-2 en la fase final del tratamiento, se concluye que el perfil es válido e interpretable. El valor T de la escala VRIN, T=70 indica un valor clínicamente significativo, ya que es superior a la media T=65. Este valor indica que la cliente endosó ciertos ítems de forma inconsistente, posiblemente por confusión entre ítems, falta de concentración o cansancio. Sin embargo, el valor T de la escala TRIN, T= 58, denota un balance entre las respuestas verdaderas y falsas. Es decir, no se presenta una tendencia a responder todo “Si” o todo “No”. En adición, en base a los resultados de la escala F, T= 82, la paciente reporta malestar

psicológico considerable. Esta escala es clínicamente significativa y su elevación suele estar asociada a sensaciones bizarras, experiencias peculiares, pensamientos extraños, sentimientos de alienación y soledad, así como creencias, auto-evaluaciones y expectativas contradictorias y poco probables. La escala Fb, tiene un valor $T=62$, el cual no es clínicamente significativo. Esta escala se encuentra asociada con la ideación suicida, la desesperanza, miedos generales, problemas relacionados al alcohol o drogas y relaciones familiares e interpersonales pobres. Dado que la escala F y la escala Fb comparten ítems, se puede presumir que el malestar psicológico no parece estar asociado a este tipo de problemática. Los resultados de la escala Fp, $T=81$ corroboran esta conclusión, ya que es una elevación clínicamente significativa. Usualmente, las personas que elevan esta escala, reflejan síntomas psicóticos, hábitos inusuales, confusión de identidad y actitudes amorales. Posiblemente la elevación de la escala F ($T=82$) esté asociada a la elevación de la escala Fp.

Por otro lado, se puede observar que las escalas L, $T=47$ y K, $T=43$, no se encuentran elevadas clínicamente. Estos resultados suelen encontrarse en personas que presentan un buen balance entre negar y admitir faltas menores, malos pensamientos y debilidad. Por otro lado, suelen tener muy pocos recursos psicológicos y habilidades para manejar su malestar. Es común que se sientan poco satisfechos consigo mismos y presenten auto-conceptos negativos.

La combinación de las escalas F, L y K, dan cuenta de un perfil del tipo “pedido de ayuda”. Las personas que obtienen este tipo de configuración, suelen admitir su malestar emocional y personal, por lo que piden asistencia, no están a la defensiva y se sienten incapaces de manejar su malestar.

Escalas de clínicas.

La escala clínica 4 Pd (Desviación Psicopática), indica un valor $T=71$ el cual es clínicamente significativo. Las personas que obtienen estas puntuaciones usualmente se sienten en una lucha contra algo, que por lo general se da en el área familiar o con figuras de autoridad. El conflicto que presentan, no necesariamente es actuado, puede ser indirecto y suelen ser egocéntricos y poco responsables o confiables.

Por otro lado, la escala clínica 5 Mf (Masculinidad-Femenidad) tiene una elevación clínicamente significativa, con un valor $T=74$. Estos resultados suelen encontrarse en personas que no siguen, ni se interesan por los roles típicamente femeninos, por lo que pueden sentirse ansiosas si perciben que su conducta es limitada a este rol. Estos resultados son consistentes por lo reportado por la cliente en sesión.

La tercera escala que se encuentra significativamente elevada es la escala 8 Sc (Esquizofrenia) con un valor $T=72$. Valores de este tipo usualmente se presentan en personas que se sienten lejanas y remotas a su ambiente, lo cual puede ser reflejo de un proceso psicótico o malestar personal o situacional. En adición, se pueden presentar problemas en la concentración y en el juicio. Estos resultados pueden estar asociados a la inconsistencia observada en la escala de validez VRIN y al malestar psicológico expuesto en las escalas F y Fp. En base a la historia clínica y a lo reportado en sesión, se podría presumir que la elevación está más asociada a la autoalienación y al malestar personal y situacional, más no a un desorden de pensamiento o proceso psicótico.

Por último, el perfil indicó una elevación clínicamente significativa en la escala 0 Si (Introversión); $T=72$. Estos resultados suelen encontrarse en personas que reportan sentirse incómodas con las relaciones sociales y se aíslan. Es posible que la persona tenga pocas habilidades sociales, o cierta preferencia a estar sola o en grupos bastante reducidos.

Comúnmente, se perciben como tímidos, inseguros y evitan el contacto con personas importantes para ellos, lo cual puede exacerbar el problema por el que están pasando. Los resultados obtenidos son consistentes con lo reportado en sesión, la paciente no suele iniciar contactos sociales y usualmente prefiere estar en grupos reducidos. Sin embargo, ha logrado generar un grupo de apoyo más sólido con personas cercanas como su hermano, su prima y algunos amigos.

Escalas de contenido.

Entre las escalas de contenido que muestran una elevación clínicamente significativa, se pueden encontrar las siguientes: CYN (Cinismo) T= 69; ASP (Prácticas Antisociales) T=69; SOD (Incomodidad Social) T= 77 y TRT (Indicadores Negativos de Tratamiento) T= 67.

Las personas que elevan la escala CYN, suelen asumir que las personas no son confiables ya que actúan en base a sus propios intereses. Comúnmente perciben su ambiente como una jungla, en la que constantemente buscan ventajas. El uso de tácticas manipulativas, deshonestas y egoístas puede ser muy común y se respaldan en la premisa de que el resto de las personas se comportan de la misma manera. Esta elevación es consistente con el nivel de desconfianza que presenta la cliente con las personas a su alrededor, incluso si éstas son personas con las que mantiene cierto nivel de cercanía. Sin embargo, la actitud amoral o deshonesto no ha sido reportada en sesión, por lo que se debe obtener mayor información de las sub escalas para determinar, con mayor precisión, el origen de esta elevación.

Por otro lado, la elevación de la escala ASP, suele estar presente en personas que no siguen las normas o expectativas socialmente aceptables. También suele estar presente una perspectiva cínica acerca de los motivos de los demás, se les dificulta ser empáticos o

mostrar preocupación por los demás. Además, suelen involucrarse en conductas de alto riesgo o abuso de sustancias. Es importante mencionar que dada una elevación de las escalas CYN y ASP, conjuntamente con valores normales de las escalas DEP (Depresión) y ANX (Ansiedad), suelen ser indicadores de patología.

La tercera escala que obtuvo una elevación clínicamente significativa es SOD y suele estar asociada a personas que buscan estar lejos de los demás, ya que se sienten incómodos e intranquilos, más que nada con grupos grandes o desconocidos. Es común que prefieran estar solos, se sientan inseguros, poco hábiles socialmente y se describan como depresivos, ansiosos y pesimistas. Estos resultados son consistentes con la elevación de la escala clínica Introversión Social, así como con la historia clínica y los reportes en sesión. Es posible que también esté asociada a la elevación de la escala CYN.

Probablemente, la cliente no se siente cómoda en situaciones sociales por la falta de confianza en los demás y la dificultad en mostrar empatía y preocupación.

Por último, se encontró una elevación significativa en la escala TRT. Estos valores suelen presentarse en personas que se sienten desesperanzadas frente a los problemas que las abruma. Es común que se perciban como depresivos, apáticos e impotentes frente a su situación. En adición se suelen sentir incómodos al hablar de sus problemas personales. Es posible que este valor refleje un patrón en la cliente y que el mismo este asociado a su percepción del otro como poco confiable, interesado y manipulador.

Escalas suplementarias.

La escala suplementaria R (Welsh Repression); T= 65 presenta una elevación clínicamente significativa. Usualmente, las personas que obtienen elevaciones en esta escala tienden a reprimirse, no están dispuestos a discutir sus problemas, inhiben sus intereses y suelen ser muy auto-controladas. Los resultados son consistentes con los

reportes de la cliente acerca de la desconfianza, la dificultad en abrirse y hablar sobre sus problemas y la evitación de los mismos. Dentro de la agrupación de las escalas suplementarias, también se puede observar una elevación en la escala AAS (Admisión de Adicción) T= 67. Esta escala suele presentarse en personas que aceptan el uso y probable abuso de sustancias. Dado el contenido de los ítems, se debe determinar si el uso o abuso de estas sustancias es pasado o representa un problema actual. De acuerdo a lo reportado en sesión, es probable que la aceptación del uso de sustancias refleje un comportamiento antiguo, sin embargo no se puede descartar que este no sea actual.

Escalas Harris y Lingoës.

En el perfil obtenido, se encontró una elevación clínicamente significativa en la subescala de Depresión, D1 (Retraso Psicomotor); T=68. Esta escala suele elevarse en personas que evitan relacionarse socialmente y tienen gran dificultad en iniciar una actividad. Los valores son consistentes con otras escalas, más que nada por la elevación en la escala clínica Si (Introversión Social), la escalas de contenido CYN T= 69 y SOD (Incomodidad Social) T= 77. Estas escalas tienen en común un patrón evitativo hacia las relaciones interpersonales, dificultad en iniciarlas y mantenerlas, así como una tendencia a preferir estar sola.

En adición, la escala de Desviación Psicopática indica elevaciones en tres subescalas: Pd1 (Discordia Familiar) T=68; Pd 4 (Alienación Social) T= 65 y Pd5 (Autoalienación) T=68. Estos valores suelen estar asociados a personas que presentan relaciones familiares poco satisfactorias y se sienten en una lucha dentro del hogar. Además, es común que se sientan poco comprendidos, son infelices y se suelen arrepentir de las cosas que han hecho y percibir que están siendo juzgados. Por último, es común que

personas con estas elevaciones se sientan deprimidas y perciban el mundo de forma pesimista.

La escala de Esquizofrenia, también presenta elevaciones clínicamente significativas en las subescalas Sc1 (Alienación Social) T= 69 y Sc 4 (Lack of Ego Mastery, Conative) T=75. Estas elevaciones suelen presentarse en personas a las que se les dificulta conectarse con las personas y se alejan considerablemente de las relaciones significativas. Además, admiten tener procesos mentales autónomos, ideas extrañas y peculiares.

En la escala de Introversión Social, se encontraron elevaciones clínicamente significativas en todas las subescalas; Si1 (Timidez/Autoconciencia) T=68; Si2 (Evitación Social) T= 69 y Si 3 (Alienación -Sí misma y los demás) T=72. Este tipo de elevaciones se encuentran en personas usualmente tímidas, por lo que se sienten incómodas en situaciones sociales y evitan el contacto con los demás. A su vez, suelen actuar para mantener a las personas distantes, les desagradan y evitan actividades en grupo. Por lo general, presentan una baja autoestima, poca autoconfianza y cuestionan constantemente sus decisiones por lo que se perciben indecisos. Es común que presenten varios miedos y se encuentren nerviosos y poco interesados por el resto.

Escalas componente contenido.

En la agrupación de las escalas componente contenido, se puede observar una elevación clínicamente significativa en la subescala CYN 1 (Creencias Misantrópicas) T=73. Personas con estos resultados suelen percibir a los demás como poco confiables, egoístas, manipuladores, desleales y poco amigables y simpáticos. La subescala Prácticas Antisociales, ASP1 (Actitudes Antisociales) T=70 está por sobre el rango clínico y las personas que obtienen estas puntuaciones suelen ser poco empáticos, despreocupados por

el otro y suelen tener una percepción cínica de la actitud del resto así como desdén por las reglas.

En adición, la escala de Incomodidad Social SOD1 (Introversión) T= 76 se encuentra por sobre el rango clínico. Las personas que obtienen estas puntuaciones suelen evitar la interacción con las personas y presentan una preferencia marcada a estar solos. La escala SOD 2 (Timidez) T=65 es clínicamente significativa, por lo que personas con estas puntuaciones suelen ser inhibidas, presentan miedos a quedar en ridículo y tienen pocas habilidades sociales. Estos resultados son congruentes con lo reportado en sesión y en otras escalas.

Otra escala que muestra índices por sobre el rango clínico es la escala de Problemas Familiares FAM 2 (Alienación Familiar) T=68. Personas que obtienen estos valores no se sienten apegadas emocionalmente a sus familiares. Aspecto que por lo general, está asociado a un sentido de pérdida y carencia de apoyo emocional.

Por último, se puede observar que la escala Indicadores de Tratamiento Negativos, TRT 2 (Incapacidad para Revelar) tiene un valor T superior al rango clínico (75). Estos valores se suelen encontrar en personas que sienten malestar al exponer aspectos personales y más cuando se les pide que lo hagan. Estos resultados son congruentes con la desconfianza general que la cliente siente hacia las personas y la dificultad en general un vínculo cercano.

Codetipo 5/8 (Mf =74; Sc=72).

Los resultados de la cliente corresponden a un codetipo 5-8, con la mayor elevación en el valor T de la escala Mf (Masculinidad-Feminidad) T=74 y la escala Sc (Esquizofrenia) T= 72.

Es muy probable que un cliente con un codetipo 5-8 tenga un historial familiar de abuso de alcohol, enfermedad mental o abuso físico. Es probable que presente un historial psiquiátrico que inició en la infancia. El proceso mental se encuentra intacto, aunque puede presentar depresión, paraestésias y preocupaciones religiosas y numerosos conflictos alrededor de su sexualidad. Es común que se la perciba como una persona excéntrica con dificultad para generar un contacto emocional con los demás.

Estados Emocionales.- Las personas con este codetipo presentan un malestar emocional medio, caracterizado por disforia y anhedonia. No suele reportar estados de ánimo estables, pero es capaz de mostrarse entusiasmada y llena de energía. En general presenta varios miedos y es aprehensiva a su entorno.

Cogniciones.- Es posible que haya problemas con la concentración, pensamientos extraños, sueños e ideas que prefiere mantener para sí misma. Es común que sienta duda y extrañeza acerca de los motivos de los demás y considera que el resto se preocupa únicamente por su bienestar, por lo que tomar ventaja del otro es algo normal si hay la posibilidad de hacerlo. En repetidas ocasiones percibe que las cosas no son reales y puede experimentar síntomas asociados a procesos psicóticos por lo que debe tomarse en cuenta su historial.

Relaciones interpersonales.- En general, este perfil corresponde a una persona tímida y reservada, se siente más feliz cuando está sola, por lo que es común que evite el contacto con los demás. Sus relaciones interpersonales son superficiales y las familiares son distantes y conflictivas.

Otras áreas problemáticas.- Personas con este perfil suelen estar en buena forma física y es capaz de trabajar aunque presenta preocupaciones importantes sobre su sexualidad. Es importante considerar la presencia de ideación suicida.

Tratamiento.- La prognosis suele ser reservada debido al aspecto caracterológico de sus problemas. La terapia a largo plazo es más común para poder generar cambios duraderos e intervenciones conductuales a corto plazo pueden ser las mejores al inicio del tratamiento hasta que se involucre.

Análisis comparativo resultados pre y post tratamiento MMPI-2.

Escalas de validez.

Los resultados de las escalas de validez de las dos evaluaciones no varían considerablemente entre sí. En primer lugar, se puede observar que la escala VRIN tiene un valor T=70 en las dos aplicaciones. Es posible que Carmen haya presentado el mismo nivel de confusión, falta de concentración o dificultad en responder consistentemente a lo largo de la prueba en las dos evaluaciones. Segundo, se puede observar cierta similitud entre los valores de la escala TRIN en ambas aplicaciones. La primera obtuvo un valor T= 50, mientras que la segunda T= 58, lo que indica que mantuvo un balance entre responder todo “sí” o todo “no”.

En adición, las escalas F, Fb y Fp, cambiaron considerablemente entre aplicaciones. En la primera evaluación, la cliente obtuvo un valor T= 99 en la escala F, pero en la segunda aplicación este disminuyó a T=82, por lo que se asume que el nivel e intensidad del malestar psicológico disminuyó. La escala Fb obtuvo una elevación de T=112 la primera vez, mientras que en la segunda, el valor T fue de 62, un valor que ya no es clínicamente significativo. Esto pudo darse debido a que el nivel de malestar disminuyó

específicamente en áreas como la conducta suicida, la desesperanza, problemas relacionados al consumo y relaciones interpersonales pobres. Estos resultados son congruentes con lo identificado en sesión, así como con los valores de otras pruebas como el SCL-90-R y el BDI. De acuerdo a Carmen, la ideación suicida ya no estaba presente, a pesar de que todavía no generaba una relación cercana con sus padres, había alcanzado un mayor entendimiento con su hermano mayor. Dado que reportó sentirse mejor, esto también pudo contribuir a crear mayor esperanza sobre una mejoría, disminuyendo así el valor de esta escala. En base a los resultados de la comparación de la escala F y la Fp, se podría presumir que el malestar reportado está asociado más a una problemática caracterológica y a la psicopatología presente, más no al estrés situacional. Se puede observar que en las dos evaluaciones, estas escalas son altas, la única que cambia es la escala Fb. Sin embargo, de forma individual, la escala Fp disminuyó 24 puntos, indicando la presencia de malestar, pero de menor intensidad comparándolo con la primera evaluación.

Con respecto a las escalas L y K, se puede observar que en la primera evaluación, los recursos psicológicos de la cliente eran muy limitados, el malestar era experimentado de forma intensa y poco manejable para la persona. En ninguna de las dos evaluaciones se percibe una actitud a la defensiva, más bien se muestra abierta y dispuesta a colaborar. De igual manera, en base a los resultados se determina que no intentó mostrarse mejor o peor. Es importante mencionar que la escala K tuvo un valor $T=35$ en la primera evaluación y un valor $T=43$ en la segunda, lo cual podría implicar que a pesar que la cliente parece no tener recursos psicológicos suficientes para manejar su malestar emocional, estos mejoraron con respecto a la primera aplicación, probablemente por el incremento en el apoyo social y las intervenciones terapéuticas.

Con respecto a la configuración, en las dos evaluaciones se puede observar “un pedido de ayuda”. No obstante, este es más marcado en la primera evaluación.

Posiblemente, debido al aspecto caracterológico del perfil, el pedido de ayuda sea un patrón y su intensidad aumenta en base a la sintomatología presente, el nivel de malestar y a la percepción de recursos que la cliente tenga. En la tabla 1.5, se muestran los resultados obtenidos de todas las escalas de validez y la figura 1.3 se pueden observar las diferencias obtenidas

. Tabla 5. Valores T de las Escalas de Validez

EscaLa	Evaluación 17 febrero 2014	Evaluación 20 de junio 2014
VRIN	70	70
TRIN	50	58
F	99	82
Fb	112	62
Fp	105	81
L	42	47
K	35	43

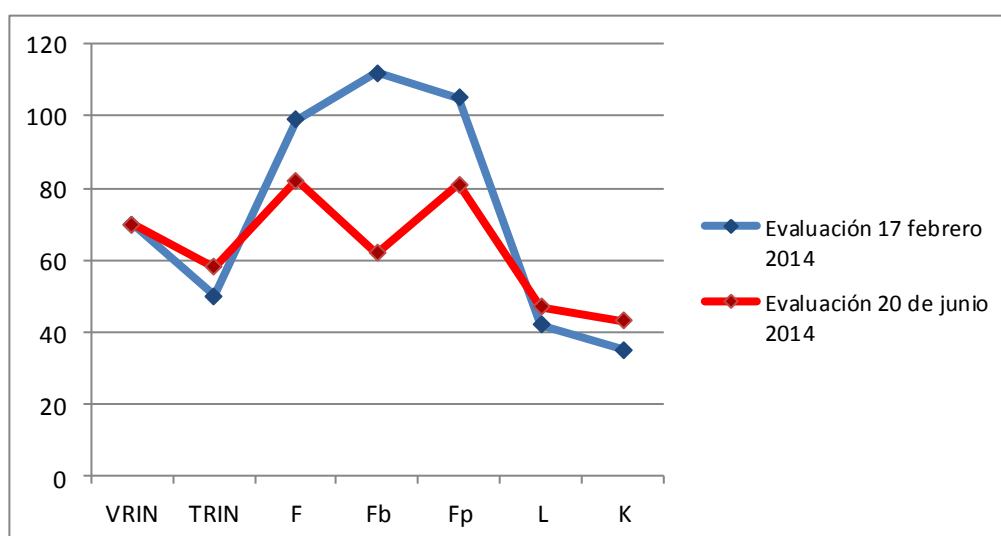


Figura 3 Valores T obtenidos de escalas de validez.

Escalas clínicas.

Los resultados de las escalas clínicas pre tratamiento y post intervención varían considerablemente entre sí. En primer lugar, en la primera evaluación se pudo observar que seis de las diez escalas clínicas superaron el valor clínico. Mientras que en la segunda evaluación, cuatro de las diez escalas fueron clínicamente significativas. La escala 2 D (Depresión), tuvo un valor $T=77$ en la primera evaluación, pero en la segunda, $T=55$, indicando un cambio de 22 puntos T . Estos resultados se dieron debido a la disminución de la sintomatología depresiva. Los auto-reportes, así como otras evaluaciones apoyan esta asunción. Carmen ya no se sentía deprimida, la activación conductual, la rutina de ejercicios que aplicó, las técnicas conductuales y cognitivas le ayudaron a manejar mejor la sintomatología depresiva. Incluso reportó que la ideación suicida ya no estaba presente, aspectos congruentes con los cambios presentados.

En la primera evaluación se observa una elevación clínicamente significativa es la escala 4 Pd (Desviación Psicopática) $T=69$, mientras que el valor T en la segunda aplicación es 71. Es posible que este cambio se haya dado debido a que el malestar general de Carmen disminuyó considerablemente, lo cual permitió que analizara aspectos familiares en mayor profundidad y se sintiera en mayor conflicto con ellos. A pesar de los cambios entre valores T , estos pertenecen al mismo rango clínico, por lo que la diferencia no es significativa.

Otra escala que indica una elevación significativa es la escala 5 Mf (Masculinidad-Feminidad), con un valor inicial de $T=68$ y un valor final de $T=71$. En este caso también se muestra un aumento en los valores T , sin embargo ambos pertenecen al mismo rango clínico por lo que no se determinan diferencias significativas. El poco interés por los roles tradicionalmente femeninos parece ser una característica de la personalidad de Carmen

bastante estable. Esta preferencia se ha mantenido desde que era muy pequeña hasta la actualidad, aspecto que puede estar contribuyendo a la extrañeza que siente consigo misma y que en su momento también pudo estar relacionado a sentimientos de culpabilidad, autoalienación y sintomatología depresiva.

La escala 7 Pt (Psicastenia) también muestra un cambio considerable entre evaluaciones. El primer resultado dio un valor $T=72$, mientras que en la segunda, T equivale a 55, rango que ya no se considera clínicamente significativo. En este caso, la escala Pt considera aspectos como obsesiones, auto críticas, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpabilidad, miedos anormales y ansiedad. Carmen fue diagnosticada con un trastorno de ansiedad, por lo que la elevación de esta escala sirve de apoyo para el mismo. Sin embargo, al finalizar el trabajo terapéutico, la cliente reporta que esta problemática disminuyó, las preocupaciones generales y reacciones fisiológicas de ansiedad ya no estaban presentes tan frecuentemente.

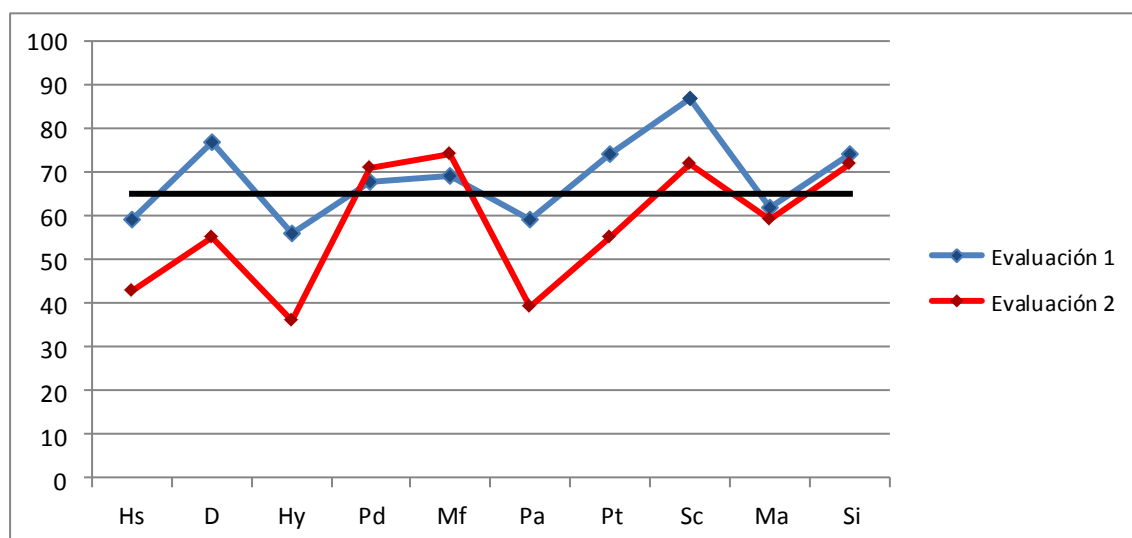
En los dos perfiles obtenidos, la escala 8 Sc (Esquizofrenia) muestra elevaciones clínicamente significativas. En la primera $T=85$ y en la segunda $T=72$, los dos valores corresponden al mismo rango clínico. No obstante, se puede observar una diferencia de 13 puntos T . En base a los resultados se puede inferir un rasgo caracterológico que va más allá de estrés situacional. Por lo tanto, la sensación de extrañeza consigo misma y su ambiente es algo estable. Además, la dificultad en el proceso de pensamiento y la concentración aparentemente siguen presentes. Sin embargo, como los valores T disminuyeron en la segunda aplicación, es posible que en la elevación de la primera evaluación también hayan interferido aspectos situacionales. En el caso de Carmen, la elevación de esta escala puede deberse más a la extrañeza que siente consigo misma y su ambiente más no a un proceso psicótico o trastorno de pensamiento ya que este no es aparente en sesión, no se reportó

sintomatología asociada al mismo y no sería consistente con su historial clínico. No obstante, es importante considerar que la elevación también puede deberse a la antigua ideación suicida, a ideas bizarras y experiencias extrañas, como fue el caso de la despersonalización que experimentó. En conclusión, se podría inferir que hay cierta predisposición o vulnerabilidad caracterológica, la cual puede exacerbarse o disminuir de acuerdo a aspectos situacionales.

Por último, se encontraron elevaciones clínicamente significativas en la escala 0 Si (Introversión Social). En los dos resultados el valor de $T=72$. Estos resultados apoyan la noción de que la preferencia por estar sola, la dificultad en interactuar y establecer vínculos cercanos y estables con otras personas así como la evitación, son más bien rasgos caracterológicos. La introversión, la timidez y la inseguridad son rasgos de personalidad que se mantienen. Estos resultados son consistentes con la información recopilada en sesión y el historial clínico de la cliente. Además, la dificultad en interactuar puede estar asociada con elevaciones en otras escalas clínicas, como Depresión, Psicastenia y Desviación Psicopática. Relacionarse con otras personas implica un detonante de ansiedad, estados de ánimo depresivos y conflictos intrafamiliares. En caso que no existiera un interés genuino por acercarse al otro, estas escalas posiblemente no se elevarían, ya que la carencia de vínculo no generara malestar alguno. Sin embargo, parece ser que en el caso de Carmen existe una preocupación por el otro y la necesidad por establecer un vínculo está presente, pero caracterológicamente, la inseguridad y la timidez limitan el que se desarrollen habilidades en este ámbito, reforzando el ciclo de evitación y malestar. En la tabla 1.6 y en la figura 1.4 se pueden observar los resultados obtenidos.

Tabla 6. Valores T Obtenidos de las Escalas Clínicas

Tabla 1.6. Valores T Obtenidos de las Escalas Clínicas		
Escala	Evaluación 17 febrero 2014	Evaluación 20 de junio 2014
Hs	59	43
D	77	55
Hy	56	36
Pd	68	71
Mf	69	74
Pa	59	39
Pt	74	55
Sc	87	72
Ma	62	59
Si	74	72

**Figura 4** Valores Comparativos Escalas Clínicas***Escalas de contenido.***

Las escalas de contenido muestran diferencias significativas entre evaluaciones. En primer lugar, el primer perfil obtuvo 10 escalas con valores clínicamente significativos, en comparación a las cuatro escalas elevadas en la segunda aplicación. La escala ANX obtuvo

un valor $T=69$ en la primera evaluación, mientras que la final no se elevó por encima del rango clínico $T=52$. En este caso se puede observar que la sintomatología ansiosa ya no se presenta como una problemática. El nerviosismo, la preocupación, la dificultad en dormir, la ansiedad y la dificultad en concentrarse ya no están presentes de acuerdo a lo reportado en sesión y a los resultados obtenidos. Posiblemente, la ansiedad no representaba un rasgo caracterológico, parece ser que era una respuesta al malestar y estrés psicológico por el que la cliente pasaba. Esta asunción recibe apoyo de los resultados en la escala 7 Pt en la segunda evaluación. Dado que está asociada a sintomatología ansiosa, miedos y preocupaciones generales, se habría esperado que siendo un rasgo de personalidad esta sobrepase el rango clínico, pero ese no fue el caso.

La segunda escala de contenido que recibe atención por su elevación, es la escala OBS (Obsesiones) con un valor inicial de $T=75$ y un valor final de $T=54$. Estos resultados presumen un cambio en la dificultad para tomar decisiones, rumeación y preocupación excesiva, así como en los pensamientos intrusivos. A su vez, se puede observar una asociación con la disminución del valor T de la escala ANX. De igual manera, es importante mencionar que Carmen consideraba la ideación suicida como un pensamiento intrusivo, posiblemente esta escala disminuyó porque la conducta suicida y la ansiedad asociada ya no estaban presentes.

La escala DEP obtuvo un valor $T=88$ en la primera evaluación, siendo este el primer pico. Sin embargo, en la siguiente evaluación esta escala no se elevó por encima del rango clínico, ya que obtuvo un valor $T=55$. Este cambio es consistente con lo reportado en sesión y los cambios observados al final del tratamiento. La cliente ya no reportaba sintomatología depresiva, más que nada los sentimientos profundos de vacío, así como la ideación suicida y la incertidumbre sobre su futuro ya no formaban parte de la narrativa de

Carmen. Posiblemente, estos fueron los aspectos que cambiaron y generaron una disminución significativa de 33 puntos T. Probablemente, los cambios en la sintomatología ansiosa interfirieron en los cambios de la sintomatología depresiva y viceversa.

Por otro lado, la escala BIZ (Ideación Bizarra) obtuvo un valor T=67 en la primera evaluación, y en la última el valor T=47. El contenido de esta escala indica que hubo un cambio significativo en pensamientos extraños y bizarros, ideación paranoide y experiencias extrañas. Este cambio puede deberse a que Carmen ya no reportó otro episodio de despersonalización y la conducta suicida ya no está presente.

La escala de contenido CYN, reporta un cambio importante. En la primera evaluación el valor estaba por debajo del rango clínico T=61, mientras que en la segunda, llega a un valor T=69. Estos resultados indican que la percepción de que los demás son egoístas, desleales y no se preocupan sinceramente por el bienestar del otro, están presentes. La desconfianza y suspicacia dentro de las relaciones interpersonales se mantienen. Como se ha mencionado a lo largo del documento, la carencia de un vínculo cercano y la falta de confianza forman parte central del problema de Carmen, es posible que el aumento del valor de esta escala este más asociado a un patrón o rasgo de personalidad. Sin embargo, tal vez por la dificultad que presenta para revelar, no lo haya reportado en la evaluación anterior, pero después de la intervención se generó un vínculo terapéutico más cercano con el que pudo revelar mayor información. La siguiente escala de contenido que refleja un cambio es la ASP (Prácticas Antisociales) con un valor T inicial de 72 y un final de 69. Los valores en ambos casos siguen siendo clínicamente significativos. Estos resultados indican que la actitud cínica frente a los demás todavía puede estar presente, así como la falta de preocupación hacia las normas y leyes. En adición, es posible que haya riesgo de que la cliente se involucre en conductas riesgosas y

exista un potencial para el abuso de sustancias. Es importante mencionar que la cliente no ha reportado ningún tipo de conducta antisocial o de vandalismo que esté asociada a lo encontrado en esta escala. Sin embargo, la expectativa de que los demás pueden ser deshonestos, amorales y egoístas está presente, como se pudo ver en la elevación de la escala CYN. Por otro lado, el potencial uso o abuso de sustancias también es un aspecto importante a considerar, ya que la cliente ha experimentado con drogas y parece estar dispuesta a tomar este tipo de riesgos. La estabilidad encontrada en los dos evaluaciones, puede dar indicios de la existencia de un patrón que puede estar asociado a la impulsividad que se encuentra en el trastorno de personalidad límite.

En adición, la escala LSE (Baja Autoestima) tuvo un valor $T=84$ en la primera evaluación, pero este cambió considerablemente en la segunda $T=57$. En base a lo reportado en sesión, el hecho de sentirse mejor física y emocionalmente después de haber pasado por una crisis, permitió que Carmen cuestionara su auto concepto y valía. El haber encontrado herramientas para sentirse mejor y poder disminuir la sintomatología sirvió de apoyo para que la inseguridad, su autoconcepto negativo y la creencia de que es incapaz y representa un carga para los demás sea cuestionada, reafirmada y de alguna forma transformada hacia a una creencia más adaptativa. De igual manera la escala SOD (Incomodidad Social) muestra cambios. La primera evaluación obtuvo un valor $T=82$, y en la última $T=77$. Los valores siguen por encima del rango clínico, pero aparentemente su intensidad disminuyó. Es posible que el cambio en la escala LSE, esté asociado al cambio encontrado en esta escala. Si la percepción de sí misma tuvo un cambio, este pudo interferir en la forma en la que interactúa con los demás. Sin embargo, caracterológicamente, Carmen presenta una preferencia a estar sola y a evitar el contacto

con grupos grandes o personas desconocidas, aspecto que explicaría por qué a pesar de que su autoestima parece haber aumentado, la escala de Incomodidad Social se mantuvo.

La escala FAM (Problemas familiares) obtuvo un valor inicial de $T= 75$, y un valor T final de 60. Estos resultados pueden estar asociados a que la cliente logró mantener una mejor relación con su hermano, aspecto que pudo ser suficiente para disminuir el malestar en esta área, a pesar de que la relación con los padres sigue siendo distante, no hay una relación conflictiva, sino distancia y alienación. Con respecto a la elevación de la escala WRK (Interferencia en el Trabajo) se encuentra que hubo un cambio. El valor T inicial es 80 mientras que el final es 61. Es posible que frente a la disminución y posible remisión de síntomas ansiosos y depresivos, la tensión y dificultad en el trabajo haya disminuido considerablemente. Además, el estar en mantenimiento con respecto a su mejoría, incrementó su autoconfianza permitiendo que esta área ya no sea tan afectada.

Por último, la escala de TRT (Indicadores Negativos de Tratamiento) se encuentra elevada por encima del rango clínico en ambos casos. T inicial de 87 y un T final de 67 indican que Carmen todavía presenta dificultades en la capacidad para revelar y confiar en que puede ser entendida e importante para otras personas. Es posible que esta elevación esté asociada a la dificultad de revelar, ya que en sesión reporta que su percepción de que no es importante para otras personas está cambiando constantemente, sin embargo todavía presenta niveles de desconfianza y suspicacia con los demás. La tabla 1.7 y la figura 1.5 exponen de forma visual los resultados obtenidos.

Tabla 7. Resultados Comparativos Escalas de Contenido

Tabla 1.7. Resultados Comparativos Escalas de Contenido		
Escala	Evaluación 17 febrero 2014	Evaluación 20 de junio 2014
ANX	69	51
FRS	43	48
OBS	75	53
DEP	88	55
HEA	64	49
BIZ	67	47
ANG	60	50
CYN	61	69
ASP	72	69
TPA	53	56
LSE	84	57
SOD	82	77
FAM	75	60
WRK	80	61
TRT	88	67

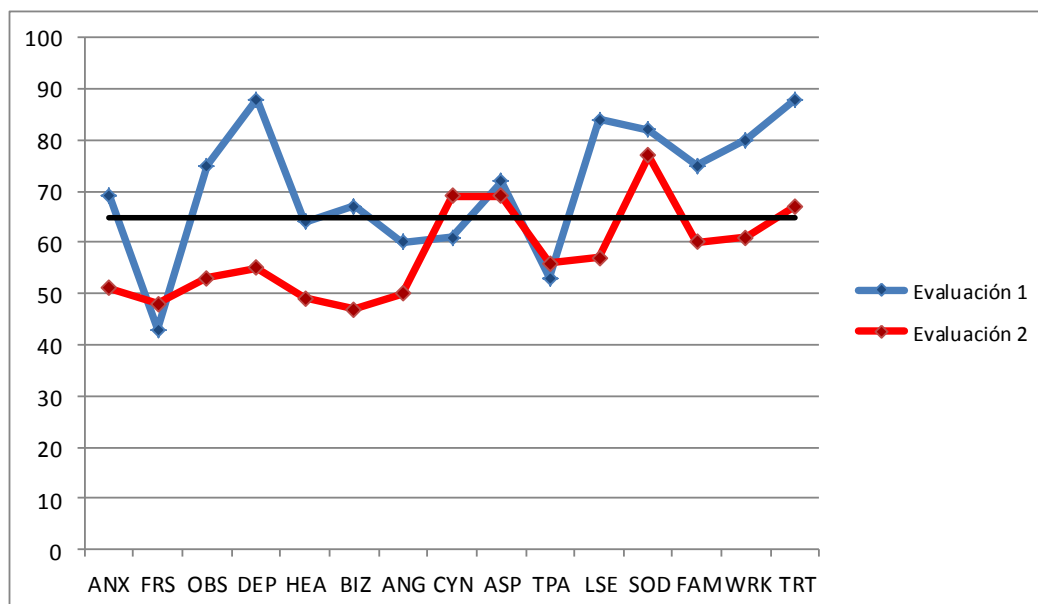


Figura 5 Resultados comparativos Escalas de Contenido

Escalas suplementarias.

El perfil obtenido, indica que hubo un cambio significativo en la escala A (Welsh Anxiety), con un valor T inicial igual a 77 y un valor final T=56. Estos resultados apoyan lo encontrado en las escalas clínicas y de contenido. Problemas con la atención, emocionalidad negativa, disforia, falta de energía y pesimismo, así como la auto evaluación negativa y la rumeación parecen haber disminuido significativamente en el caso de Carmen. Esto es consistente con los rangos clínicos en los que los valores caen. El primero da indicios de un malestar considerable e intenso, mientras que en la segunda evaluación, el nivel de malestar general e insatisfacción es normal. Lo cual da indicios de una problemática –en esta área específicamente- situacional y no caracterológica. En adición, se encontró que los valores T de la escala R (Represión). Esto puede implicar que Carmen no reportó alguno de sus problemas presentes, posiblemente para generar una mejor imagen. Sin embargo, este aspecto habría sido identificado en otras escalas, como la K en el manejo de recursos psicológicos y la L en crear una mejor imagen. No obstante, es importante considerar que caracterológicamente, la cliente no es una persona muy expresiva y todavía reporta dificultad en revelar.

Las escalas Mt (Desajuste Académico), Pk (Escala del Trastorno de Estrés Postraumático) y Ho (Hostilidad) obtuvieron un valor inicial de (T=72; T=92; T=69) respectivamente. Mientras que en la evaluación final los valores obtenidos fueron (T=52; T=61; T=63), los cuales ya no corresponden a un rango clínico. Estos valores indican que la hipersensibilidad, la evitación social, la falta de confianza y la tendencia a responder de forma agresiva ya no están presentes. Es posible que estos valores disminuyeron porque la ansiedad, nerviosismo, miedos y estados depresivos ya no son igual de intensos.

Por último, la escala AAS (Escala de Admisión de Adicción), se mantuvo elevada por encima del rango clínico en las dos evaluaciones T=78 y T=67. Estos resultados indican que la cliente acepta y reconoce el uso y posible abuso de sustancias. Sin embargo, como se notó anteriormente, es importante determinar si el posible abuso representa un problema actual o pasado. Según lo reportado en las sesiones finales, Carmen no consumía sustancias psicotrópicas, consumió alcohol algunas veces, pero no reportó un uso frecuente o problemático.

Codetipos 2-8 / 5-8.

Los resultados indican un cambio en los codetipos entre evaluaciones. En la primera, se encontró un codtipo 2-8, mientras que en la última evaluación el codetipo fue 5-8. Estos resultados tienen algunas connotaciones. En primer lugar, es visible que la escala Sc, sigue siendo un pico importante a considerar, aspecto que posiblemente este asociado más a un rasgo caracterológico que a estrés situaciones, como es el caso de la sintomatología depresiva. En adición, los estados recurrentes de crisis, la ideación suicida, la sintomatología ansiosa, la evitación de las relaciones interpersonales pudieron elevar esta escala significativamente la primera vez, pero a pesar de que estos aspectos se manejaron, la escala Sc se mantiene elevada.

En segundo lugar, con respecto al tratamiento, se puede identificar que la prognosis en el primer caso es más pobre y reservado que en el segundo caso. Dado que dentro del codetipo 2-8 existe mayor riesgo de intentos suicidas, mayor sintomatología asociada a estados de crisis importantes, las medidas para el tratamiento deben ser diferentes. Por ejemplo, estabilizar primero al paciente, involucrarlo en la terapia e incluso el uso de medicamentos puede ser necesario para manejar la situación. Sin embargo, después de la intervención, del manejo de los síntomas, de la ideación suicida y de los estados en crisis,

la escala Sc se mantuvo y la escala Mf se elevó. Para el segundo codetipo obtenido el tratamiento es diferente, la prognosis sigue siendo reservada, ya que la problemática parece ser más crónica y estable por lo que se recomiendan tratamientos a largo plazo.

Los resultados obtenidos a lo largo del análisis individual y posteriormente comparativo de los resultados del MMPI-2 apoyan el diagnóstico establecido; Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Personalidad Límite. Es importante considerar los rasgos caracterológicos y sus respectivas elevaciones, así como aquellas que parecen ser más situacionales y que en su momento exacerbaron la sintomatología, disminuyeron la prognosis y limitaron el proceso terapéutico.

Importancia del estudio

El presente estudio tiene gran importancia científica para profundizar en el origen, proceso y evolución de trastornos de depresión, ansiedad generalizada y de personalidad límite. Potencialmente, este estudio contribuirá a la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, así como dialéctico conductuales para trastornos altamente comórbidos como los mencionados anteriormente. Además de ser una referencia y una guía para futuras investigaciones, es importante hacer énfasis en que el tratamiento se dio dentro del contexto de la población latina, área que no ha sido profundizada. Por otro lado, la investigación pudo corroborar la asunción de que la CBT y la DBT son enfoques terapéuticos efectivos, ya que lograron disminuir la sintomatología presente. Por último, el estudio será beneficioso para los profesionales de la salud mental y para aquellas personas que presentan sintomatología similar.

Resumen de sesgos del autor

En el presente estudio, pudieron intervenir distintos sesgos. En primer lugar, las herramientas de evaluación fueron en base a auto-reportes, por lo que los resultados del SCL-90-R y el BDI pudieron estar sesgados. La paciente reportaba crisis recurrentes, en los cuales el cansancio físico y emocional, la falta de concentración y la necesidad de ser atendida inmediatamente pudieron aumentar la sintomatología. Dado que estas herramientas no presentan escalas de validez, fue esencial realizar un análisis integral. Los resultados de la aplicación del MMPI-2 también pudieron verse afectados en la primera aplicación, ya que la paciente se presentaba en crisis y pudo haber cierta tendencia a sobre reportar patología. Sin embargo, el MMPI-2 cuenta con escalas de validez y consistencia que pudieron disminuir el impacto de este sesgo. Por último, otro aspecto importante a considerar es la expectativa de mejoría al final del tratamiento, presentes en el paciente y en la terapeuta. Es posible que esta expectativa haya intervenido de alguna manera en el perfil obtenido al final del tratamiento. Sin embargo, además de las medidas psicométricas usadas en la investigación, también se tomaron en cuenta factores como características de la paciente, los auto-reportes y lo observado en sesión.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

La aplicación de intervenciones cognitivo conductuales para trastornos mentales como el Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada ha tenido una gran cantidad de apoyo científico por su efectividad en reducir los síntomas e incluso en la remisión de los mismos (O' Donohue y Fisher, 2012). El presente estudio de caso, aportó información valiosa acerca de este tipo de intervenciones. En base a los auto-reportes, a los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, el SCL-90-R y el MMPI-2 se puede concluir que los síntomas ansiosos y depresivos disminuyeron significativamente. Por lo tanto, al final del tratamiento, la paciente no cumplía los criterios establecidos, demostrando la efectividad del tratamiento. Además, la conducta suicida y parasuicida, uno de los objetivos primordiales en terapia ya no estaba presente al final del tratamiento. Con el enfoque cognitivo se logró modificar creencias disfuncionales, por otras alternativas más adaptativas y efectivas para la paciente.

Además, se pudo integrar herramientas importantes para el manejo y tolerancia al malestar. Este aspecto se aplicó específicamente por el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite presente. Para el tratamiento del mismo, se aplicó un enfoque dialéctico conductual, el cual ha sido apoyado por décadas de investigación. La aplicación de este tipo de intervenciones pudo proveer de más herramientas para poder manejar el malestar y el estrés psicológico, mejorar relaciones interpersonales y modificar el autoconcepto de la paciente. Generando herramientas y salidas más adaptativas y funcionales., indicando buenos índices de efectividad en este caso específico.

La aplicación de la herramienta psicométrica MMPI-2 permitió generar un perfil más adecuado para la paciente. Lo cual a su vez, contribuyó a que se generara un

tratamiento más estructurado y específico para su problemática. A pesar de que no todas las escalas clínicas disminuyeron, se pudo observar un cambio importante en la sintomatología, así como en el autoestima, el auto concepto y lo más importante en la conducta suicida que fue manejada de forma efectiva. En adición, el uso de esta herramienta proveyó de información esencial para determinar o estimar qué aspectos eran más caracterológicos y cuáles eran una respuesta al malestar situacional.

Al momento la paciente mantiene relaciones interpersonales más estables, generó vínculos más cercanos y amplió su red de apoyo. Ciertas creencias fueron modificadas por otras más adaptativas y las reacciones emocionales son menos intensas y más manejables según lo reportado en sesión. Por consiguiente, la intervención terapéutica logró mejorar el nivel de satisfacción general y funcionalidad de la paciente.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta varias limitaciones. Por un lado, dado que es un estudio de caso individual los resultados obtenidos, así como la efectividad de distintas herramientas y enfoques terapéuticos no pueden ser generalizados a la población general. En adición, la subjetividad de la terapeuta pudo jugar un rol dentro de la interpretación de los resultados o de la observación. No obstante, la aplicación de herramientas más objetivas y comúnmente usadas en ambientes clínicos puede contrarrestar esta limitación. Además, una limitación se presenta al no poder replicar estos datos debido a la unicidad del caso, a características personales del paciente y de la terapeuta, así como a la influencia de agentes externos tales como: el ambiente, el contexto, eventos estresores y mantenedores, agentes protectores, entre otros. Por otro lado, a pesar de que los resultados obtenidos fueron contrastados en diferentes etapas de tratamiento, estos no pueden ser comparados con otro caso o grupo, por su origen y naturaleza. Otra de las limitaciones que

presenta el estudio, es la dificultad de atribuir la efectividad o los resultados del tratamiento a un solo agente. Es decir, no es posible realizar un análisis de datos que indique si la aplicación de técnicas conductuales produjo mejores resultados que la aplicación de técnicas cognitivas. Tampoco es posible identificar cuál de los enfoques terapéuticos (terapia cognitiva conductual o terapia dialéctica conductual) fue más efectivo para la reducción de síntomas o para generar una mayor estabilidad con respecto al diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite.

A pesar de las limitaciones, el presente estudio de caso provee de un ejemplo detallado de un caso de Trastorno de Personalidad Límite comórbido con depresión y ansiedad generalizada.

Recomendaciones para futuros estudios

En un futuro, se recomienda la aplicación de entrevistas estructuradas como herramientas de diagnóstico y apoyo para el tratamiento. A pesar de que las herramientas como el SCL-90-R y el BDI son ampliamente utilizadas, sería de gran valor académico poder incluir entrevistas como el SCID-I y el SCID-IV. En adición, se recomienda realizar un seguimiento a mediano y largo plazo, con el fin de proveer mayor información acerca de este tipo de casos que cumplen criterio con trastornos del Eje I y el Eje II. En especial, sería de gran importancia el realizar estudios sobre cambios en el tipo de diagnóstico entre culturas y ampliar la literatura disponible acerca de la evolución de este tipo de casos dentro del contexto ecuatoriano.

Resumen general

El presente estudio de caso está enfocado en el caso de una joven ecuatoriana, que presenta sintomatología que cumple criterio con un Trastorno de Depresión Mayor, comórbido con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Personalidad Límite.

El diagnóstico, así como el análisis comparativo de resultados, se realizó en base a los resultados de las siguientes herramientas: SCL-90-R, BDI, MMPI-2, auto-reportes y observación en sesión.

El tratamiento tuvo una duración de diez meses, con sesiones semanales de una hora. Sin embargo, debido a las crisis recurrentes y a la ideación suicida, en ocasiones, estas debieron darse dos veces por semana. Las sesiones eran en los consultorios de la Universidad San Francisco de Quito y bajo supervisión de profesionales especializado en el área.

Uno de los objetivos era determinar qué tan efectiva es la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, conjuntamente con técnicas dialéctico conductuales en este tipo de caso. En base a los resultados obtenidos, se determinó que la intervención fue efectiva en la disminución de síntomas depresivos, ansiosos y para disminuir el impacto de la sintomatología del trastorno de personalidad límite. En adición, la conducta suicida pervasiva y la conducta autolesiva, pudieron ser manejadas y al final del tratamiento ya no estaban presentes. Los resultados obtenidos, pudieron corroborar la hipótesis planteada a un inicio de la investigación, demostrando efectividad en la aplicación de la terapia cognitivo conductual y la dialéctica conductual para la reducción de síntomas. Por último la intervención logró eliminar la conducta suicida y autolesiva

REFERENCIAS

- Aiken, L. (2003). *Tests Psicológicos y evaluación*. (11^a ed.). México: Pearson Educación.
- Alloy, L., Abramson, L., Gibb, B., Crossfield, G., Pieracci, A., Spasojevic, J. y colaboradores (2004). Developmental antecedents of cognitive vulnerability to depression: Review of findings from the Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18 (2), 115-134.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised*, 4th ed. Washington, DC, EE.UU.: El Autor.
- American Psychiatric Association. (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*. Versión en línea. El autor. DOI: 10.1176/appi.books.9780890423363.54853
- American Psychiatric Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, DC, EE.UU.: El Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, EE.UU.: El Autor.
- Barlow, D. (2006). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Barrachina, J., Pascual, J., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M., Andión, O. y colaboradores, (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 725-730.
- Beck, A. (1991). Cognitive Therapy: 30-year Retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6(2), 194-198.
- Beck J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, EE.UU.: The Guilford Press
- Beck J. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York, EE.UU.: The Guilford Press
- Beck, A. y Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive perspective*. New York: EE.UU.: Basic Books.
- Beck, A., y Freeman, A., (1990). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. 1^a ed. España: Paidós Ibérica.
- Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. (2014). *Cognitive Model*. Recuperado el 6 de junio de 2014 desde: <http://www.beckinstitute.org/beck-cbt/>.
- Bienenfeld, D. (2007). Cognitive Therapy of Patients with Personality Disorders. *Psychiatric Annals*, 37(2), 133-139.

- Biskin, R. y Paris, J. (2012). Diagnosing Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184(16), 1789–1794. DOI: [10.1503/cmaj.090618](https://doi.org/10.1503/cmaj.090618).
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J. y Halfon, O. (2003). Adolescent's Suicide Attempts: Populations at Risk, Vulnerability, and Substance Use. *Substance Use & Misuse*, (38)11–13, 1651–1669.
- Bridge, J., Goldstein, T., y Brent D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3), 372–394. DOI:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.
- Butler, A., Chapman, J., Forman E. y Beck A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, (26), 17– 31.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007). Symptoms Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Carlson, N., (2007) *Fisiología de la Conducta*. 8^{va} ed. Madrid, España: Pearson
- Chanen, A. y Kaess, M. (2012). Developmental Pathways to Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatric Reports*, (14), 45-53.
- Chanen, A., Jovev, M., McCutcheon, L., Jackson, H. y McGorry, P. (2009). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews*, (4), 48-57.
- Chanen, A. y McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, (202), 24-29.
- Chavira, D., Golinelli, D., Sherbourne, C., Stein, M., Sullivan, G., Bystritsky, A. y colaboradores. (2014). Treatment Engagement and Response to CBT Among Latinos With Anxiety Disorders in Primary Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 392–403.
- Clark, D., Beck, A. y Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, EE.UU.: Wiley
- Clarkin, J. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16 (1), 1-11. DOI: [10.1080/10503300500395889](https://doi.org/10.1080/10503300500395889)
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M. y Kernberg, O. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928.
- Courtney- Seidler, E., Klein, D. y Miller, A. (2012). Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Clinical Psychology Science and Practice*, 20(4), 425-444.

- Covin, R., Ouimet, A., Seeds, P., y Dozois, D. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Crits-Cristoph, P. y Singer, J. (1981). Imagery in Cognitive-Behavior Therapy: Research and Application. *Clinical Psychology Review*, (1), 19-32.
- Derksen, J. (2006). The Contribution of the MMPI-2 to the Diagnose of Personality Disorders. In Butcher, J. (Ed). *MMPI-2: A practitioner's guide*. (pp. 100-120). Washington, EE.UU.: American Psychological Association.
- Dobson, K. (2009). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 3rd ed. Versión en línea. The Guilford Press. Recuperado el 15 de junio de 2014 desde <http://www.myilibrary.com?ID=233636>.
- Dozois, D. y Firestone, P., (2010). *Abnormal Psychology: Perspectives*. 4th ed. Toronto, Canada: Pearson Canada.
- Dozois, D., Dobson, K. y Ahnberg, J. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89.
- Elzy M. (2011). Examining the Relationship between Childhood Sexual Abuse and Borderline Personality Disorder: Does Social Support Matter? *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(3), 284-304.
- Fisher C., (2010). *Decoding the Ethics Code: A practical guide for Psychologists*. 2nd ed. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C. y colaboradores. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 335-340.
- Fournier, J., DeRubeis, R., Shelton, R., Hollon, S., Amsterdam J. y Gallop, R. (2009). Prediction of Response to Medication and Cognitive Therapy in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 775-787.
- Freeman, A., Felgoise, S., Nezu, A., Nezu, M. y Reinecke, M. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York, EE.UU.: Springer.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherata C. y Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Greene, R. (2000). *The MMPI-2: An Interpretative Manual*, 2nd ed. EE.UU.: Pearson
- Gunderson, J. y Hoffman, P. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington: EE.UU.: American Psychiatric Publishing.
- Hettema, M., Neale M. y Kendler, K. (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, (158), 1568-1578.

- Interian, A., Allen, L., Gara, M., y Escobar, J. (2008). A Pilot Study of Culturally Adapted Cognitive Behavior Therapy for Hispanics with Major Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, (15), 67–75.
- Ivey, G. (2013). Cognitive Therapy's Assimilation of Countertransference: A Psychodynamic Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 29(2), 230–244. DOI: 10.1111/bjp.12015.
- Jacobson, E. (1987). Progressive Relaxation. *The American Journal of Psychology*, 100(3/4), 522-537.
- Koerner, K. y Dimeff, L. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Kohn, R., Levay, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L. y colaboradores. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-40.
- Koons A., (2008). Dialectical Behavior Therapy. *Social Work in Mental Health*, 6 (1-2), 109-132. DOI: 10.1300/J200v06n01_10.
- Leahy, R. (2003). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. The Guilford Press. Versión en línea. Recuperado el 7 de Julio de 2014 desde http://books.google.com.ec/books?id=NShtFzMDJckC&pg=PA237&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Leiderman, A., Lolich M., Vázquez, G. y Baldessarini, R. (2012). Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *Journal of Affective Disorders*, (136) 1154–1158.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M., (1993). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Nueva York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Linehan, M., (1998). An Illustration of Dialectical Behavior Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 4(2), 21-44.
- Luca, M., Luca, A. y Calandra, C. (2012). Borderline Personality Disorder and Depression: An Update. *Psychiatric Quarterly*, (83), 281–292.
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N. y Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, (3), 181 - 205.
- McKay, M., Wood, J. y Brantley, J. (2007). *Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook : Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, and Distress Tolerance*. Oakland, EE.UU.: New Harbinger Publications.

- Mitte, K. (2013). Meta-Analysis of Cognitive–Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785-795.
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques Conductistas, Cognitivos y Racional Emotivos*. 1ª ed. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Nichols, D. (2011). *Essentials of MMPI-2 Assessment*. Versión en línea. Wiley. Recuperado el 3 de julio de 2014 desde: <http://www.myilibrary.com?ID=305275>
- Nykiel, P. (2007). *Examination of the psychometric properties of the beck depression inventory - II: Using the rasch measurement model*. Adler School of Professional Psychology. *ProQuest Dissertations and Theses*, 73. Recuperado el 21 de Agosto de 2014, <http://search.proquest.com.proxy.lib.sfu.ca/docview/304715969?accountid=1380>
- O' Donohue, W. y Fisher, J. (2012). *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice*. Versión en línea. Wiley. Recuperado el 6 de junio de 2014, desde: <http://www.myilibrary.com?ID=367630>
- O' Donohue, W. y Fisher, J. (2009). *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. Versión en línea. Wiley. Recuperado el 27 de Junio de 2014, desde <<http://www.myilibrary.com?ID=213716>>
- Oldham, J. (2005). *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Versión en línea. Recuperado el 14 de Junio de 2014, desde <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/2623/396.pdf>
- Organista, K., Muñoz, R. y García, G. (1994). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Low-Income and Minority Medical Outpatients: Description of a Program and Exploratory Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, (8) 3.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2012). *Depression*. Recuperado el 11 de junio de 2014, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Ortuño, F., (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: España. Editorial Médica Panamericana.
- Patterson, C. (1959). *Counseling and Psychotherapy: Theory and Practice*. New York, EE.UU.: Harper & Row. Recuperado el 4 de Julio de 2014 desde http://www.sageofasheville.com/pub_downloads/TRANSFERENCE_AND_COUNTERTRANSFERENCE.pdf
- Portman, M. (2009). *Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan*. New York, EE.UU.: Springer.
- Prasko, T. Diveky, A. Grambal, D. Kamaradova, P. Mozny, Z. Sigmundova y colaboradores. (2010). Transference and Countertransference in Cognitive Behavioral Therapy. *Biomedical Papers Of The Medical Faculty Of The University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*, 154(3), 189–198.

- Richards, D., (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, (31), 1117–1125.
- Rosner R. (2012). Aaron T. Beck's Drawings and the Psychoanalytic Origin Story of Cognitive Therapy. *History of Psychology*. 15(1), 1–18. DOI: 10.1037/a0023892
- Ruiz, J. y Gonzales J., (1996). *Como afrontar los problemas emocionales con la Terapia Cognitiva*. ESMD, UBDA.
- Schulz, C. y Rafferty, M. (2008). Combined Medication and Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 133-144.
- Sanz, J., Navarro, M. y Vázquez, C. (2003). *Adaptación Española Del Inventario Para La Depresión De Beck-II (BDI-II): Propiedades Psicométricas En Estudiantes Universitarios*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Sharp, C. y Tacket, J. (2014). *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. EE.UU.: Springer.
- Sharp, C., Ha, C., Michonskia, J., Venta, A. y Carbon, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 765–774.
- Sperry, L. (2006). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorder*, 2a ed. New York, EE.UU: Taylor & Francis.
- Stepp, S. (2012). Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (40), 1–5.
- Subica, A., Fowler, C., Elhai, D., Frueh, C., Sharp, C., Kelly, E. y colaboradores. (2014). Factor Structure and Diagnostic Validity of the Beck Depression Inventory–II With Adult Clinical Inpatients: Comparison to a Gold-Standard Diagnostic Interview. *Psychological Assessment*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036998>
- Swales M. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, Research and Future Directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 5(2), 164-177.
- Torgersen, S., Lygren S, Per, A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J. y colaboradores. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, (41), 416–25
- Verheul, R., Van Den Bosch L., Koeter, M., Ridder, Stijnen, T. y Van Den Brink W. (2003). Netherlands personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Dialectical behaviour therapy for women with borderline. *The British Journal of Psychiatry*, (82),135-140.
- Watson, J., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos F., y Steckley, P. (2003). Comparing the Effectiveness of Process–Experiential With Cognitive–Behavioral Psychotherapy in

the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781.

Yurica, C. y Di Tomasso, R. (2005). Cognitive Distortions. In Freeman, A., Felgoise, S., Nezu, C., Nezu, A. y Reinecke, M. (Eds). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. (pp. 117-122). Versión en línea. Springer. DOI 10.1007/0-306-48581-8_36.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Fecha: _____

Yo _____ (nombre completo, teléfono) acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (nombre del estudiante en prácticas)

1. Sé que puedo retirarme en cualquier momento.
2. Sé que la persona que me atiende es un estudiante de quinto año de psicología clínica y que está en proceso de aprendizaje.
3. Acepto que el estudiante puede cometer errores en este proceso de aprendizaje.
4. Sé que el/la estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.
5. Acepto que se filme de manera que no se vea mi rostro directamente y que se observe el rostro del estudiante que me atiende únicamente. Acepto que se grave en audio todas las sesiones y que se tome notas de las sesiones terapéuticas.
6. Acepto que se converse sobre lo que digo y hago en sesión con fines académicos únicamente y sé que se mantendrá anónimo mi nombre.
7. Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado, si así lo desea el estudiante.
8. Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.
9. 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.
10. Sé que las consultas son gratuitas.
11. Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.
12. Sé que si incumplo dos veces en venir a las citas sin previa cancelación, perderé mi derecho a continuar este proceso terapéutico y que otra persona cogerá mi turno.
13. Sé que la persona que me atiende debe venir puntualmente y si tiene que cancelar deberá llamarme con anticipación.
14. Sé que si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 0999803001), 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.

Nombre, n. de celular, y Firma de la persona que recibe atención psicológica

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

ANEXO B

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente ser parte del proceso de administración, corrección e interpretación de pruebas psicométricas por parte de _____ (Nombre del estudiante) estudiante de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Se me ha informado:

- Sobre la utilidad y propósito de la prueba que completaré.
- Que puedo retirarme de este proceso en cualquier momento.
- Que el/la estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.
- Que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.
- Que el propósito de esta actividad es la práctica e aprendizaje de los estudiantes de psicología de la Universidad San Francisco de Quito. Adicionalmente, por ser una actividad de práctica supervisada los resultados de estas pruebas carecen de confiabilidad y validez.

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

Esta batería de pruebas psicológicas incluye:

MMPI-2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

Firma del participante

Firma del estudiante de psicología clínica

Universidad San Francisco de Quito

Departamento de Psicología Clínica