

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia Cognitiva Conductual en un Caso de Depresión Mayor, Episodio
Único, Crónico.**

Carla María Cornejo Carrera

Esteban Utreras, Ph.D, Director de Tesis

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

Quito, Diciembre 2012

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Depresión Mayor, Episodio Único,
Crónico.**

Carla María Cornejo Carrera

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de Tesis

Teresa Borja, Ph.D.
Miembro del Comité

Ana María Viteri, Ph.D.
Miembro del Comité

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

Quito, Diciembre 2012

© 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: Carla María Cornejo Carrera
C. I.: 171149707-1

Fecha:

DEDICATORIA

A mi familia, amigos y compañeros.

AGRADECIMIENTOS

A Alberto por su confianza y entrega en terapia, a mi familia, amigos y compañeros por su apoyo incondicional.

RESUMEN

El presente estudio de caso explicará sobre el trastorno de depresión mayor, episodio único, crónico relacionado con la terapia cognitiva – conductual en un adolescente de 25 años de edad. Alberto cumple con el diagnóstico mencionado anteriormente basado en el DSM-IV-TR. Para la recolección de datos del paciente se tomó el test de personalidad Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) y el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R), además de la información recolectada en terapia la cual se encuentra en notas clínicas y grabaciones de voz. La terapia duró quince sesiones durante 7 meses. Como resultados de la terapia se pudo ver la reducción de síntomas de depresión e ideaciones suicidas. El paciente logró modificar sus pensamientos y creencias disfuncionales por pensamientos más adaptativos, y sobre todo se le brindó una serie de herramientas para que pueda utilizarlas en su beneficio futuro.

Palabras Claves: Terapia Cognitiva – Conductual, Depresión, Ideación Suicida.

ABSTRACT

The present case study will explain a major depressive disorder, single episode, chronic related with cognitive – behavior therapy in an adolescent of 25 years old. Alberto meets the above diagnosis based on the DSM-IV-TR. For the patient data collection we used a personality test, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) and the Symptom Inventory 90 Revised (SCL-90-R), in addition to it we have the information collected in therapy which is in clinical notes and voice recordings. The therapy lasted fifteen sessions over seven months. Depression symptoms and suicidal ideation decreased considerably. The patient was able to modify dysfunctional thoughts and beliefs to adaptive ones, and above all he got a series of tools he could use in a future for his own benefit.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	
Antecedentes	12
El problema.....	13
Hipótesis	16
Pregunta de investigación	17
Contexto y marco teórico.....	17
Propósito de estudio.....	17
Significado del estudio.....	17
Definición de términos.....	18
Presunciones del autor del estudio.....	18
Revisión de la literatura	
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	19
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	19
Formato de la revisión de la literatura.	19
Terapia Cognitiva-Conductual.....	19
Depresión.....	26
Ideación Suicida.....	30
Metodología y diseño de la investigación	
Justificación de la metodología seleccionada	366
Herramienta de investigación utilizada	366
Descripción de los tests.....	36
SCL-90R.....	36
MMPI-2.....	39

Descripción de los participantes.....	43
Análisis de datos	
Detalles del análisis.....	47
Conceptualización clínica del caso.....	48
Aspectos Éticos.....	54
Importancia del estudio.....	58
Conclusiones	
Respuesta a la pregunta de investigación.....	59
Limitaciones del estudio	59
Recomendaciones para futuros estudios	60
Resumen general.....	60
Referencias.....	62
ANEXOS A: Consentimiento Informado	64
ANEXOS B: SCL-90R	65
ANEXOS C: MMPI-2	69
ANEXOS D: Registro de Pensamientos.....	86

FIGURAS

Figura 1. Modelo Cognitivo.....	19
---------------------------------	----

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Alberto es un hombre ecuatoriano soltero de 25 años de edad. Mide aproximadamente 186 centímetros y pesa 160 libras. Alberto es de contextura delgada, y viene a terapia siempre puntual con vestimenta casual. Él nació en la ciudad de Manta, sin embargo toda su vida ha vivido en Quito, paso por varios colegios, y se graduó del Liceo Naval en enero del 2006, ese mismo mes ingreso a la Universidad a estudiar Ingeniera. En el 2008 empezó a estudiar Finanzas, y actualmente se encuentra en su último semestre. Los padres de Alberto se divorciaron en el año 2007, por lo que actualmente vive con su hermano en un departamento, ya que su padre vive en Manabí y su madre no vive con ellos. Alberto hace 2 meses terminó con su novia de 3 años de relación, al momento no tiene pareja y dice que no quiere involucrarse sentimentalmente con nadie en algún tiempo.

Antecedentes

Alberto llega a consulta en marzo del 2012. Él conocía sobre los servicios psicológicos gratuitos de la universidad, ya que hace 3 años ya había asistido debido a que su hermano se encontraba en problema de drogas y Alberto encontró la manera de pedir ayuda asistiendo a terapia. Alberto viene a consulta voluntariamente debido a problemas personales y familiares, se siente completamente solo, ya que nunca nadie le ha escuchado, Alberto no cuenta con sus padres ya que la relación familiar siempre fue mala, generando un ambiente familiar poco estable donde él era el encargado de la casa y sobre todo de su hermano. Alberto tiene un intento suicida el cual no lo completo hace 3 años, él se sentía sin ganas de vivir y completamente desamparado por lo que pensó que la única solución que tenía era quitarse la vida. Alberto al llegar a casa se sentía muy mal estaba buscando la manera de quitarse la vida y lo que encuentra es una botella de cloro la cual se la toma entera; desde aquel episodio Alberto tiene pensamientos e ideaciones concurrentes de poca valía los cuales

le preocupan ya que quisiera sentirse en paz y estable. En la actualidad el paciente tiene síntomas de depresión (ánimo deprimido la mayor parte del día, anhedonia, tristeza, falta de apetito, fatiga, falta de energía, falta de concentración, ideaciones suicidas) y pensamientos intrusivos de poca valía, derrota e inseguridad de sí mismo. Adicionalmente reportó niveles elevados de obsesiones, ansiedad (falta de aire, dolores de pecho, miedo, pérdida de control), hostilidad y paranoia, tiene dificultad de conciliar el sueño y su desconfianza hacia los demás es muy grande.

El problema

Alberto tuvo un crecimiento normal junto a sus padres y su hermano, el ambiente en el cual se desarrollaba no era el más ameno debido a peleas, discusiones y argumentos diarios entre sus padres, Alberto siempre ha sido el encargado de su hermano menor ya que sus padres por lo general no estaban presentes.

Alberto asistió a varios colegios hasta que en tercer grado entró al Liceo en el cual hizo buenos amigos, Juan y José, con los que compartió la escuela y el colegio, para él estos amigos eran su familia ya que el ambiente familiar no era muy llevadero. Alberto siempre ha gozado de una salud normal, sin embargo su amigo José desde cuarto grado tuvo leucemia, por lo que Alberto tuvo que enfrentar con él varios episodios de quimioterapia y radiaciones. Siempre estos tres amigos estaban juntos y casi todas las actividades las realizaban de igual manera.

Alberto empezó a tomar alcohol con su amigo Juan y un primo de él a los 15 años, tomaban casi a diario, esto fue disminuyendo con el paso del tiempo, ahora se considera un consumidor social. No consume drogas. La historia legal, se remonta a épocas de colegio donde hacía vandalismo, sin embargo nunca tuvieron problemas con la ley, él cuenta que con

Juan había veces que se disfrazaban rompían las ventanas y rayaban todo el colegio, se metían a las casas de los militares y sacaban las cosas para luego botarlas a un río.

Alberto se gradúa en el año 2006, e inmediatamente ingresa a la Universidad a estudiar Ingeniería, no era exactamente lo que le hubiese gustado sin embargo lo que él quería no existía en el país. Al finalizar el primer año de estudio en la universidad, José muere y Juan decide irse a estudiar a Brasil, éste fue un golpe muy fuerte para Alberto, por lo que decide irse fuera del país. Alberto se va a Francia donde empieza a estudiar lo que siempre le gustó, no logra finalizar el segundo semestre ya que regresa al Ecuador debido a que su hermano tenía muchos problemas de drogas y sus padres no se interesaban, una vez más el paciente se siente responsable de ayudar a su hermano por lo que vuelve al país dejando su carrera. Alberto regresa a la Universidad a estudiar Finanzas.

Alberto dice que es lo que le ha mantenido alejado de realizar cualquier acción frente a sus ideaciones suicidas las cuales son recurrentes, presentándose cada momento que él se encuentra solo, cuando esto le sucede decide dormir para no planificar ningún plan.

Alberto ha tenido dos relaciones amorosas significativas una el tiempo que estuvo en Francia la cual duró 1 año y su relación más reciente con Rafaela la cual duró 3 años, al momento está soltero y no quiere ningún tipo de relación.

Historia Familiar.

Alberto ha vivido toda su vida en Ecuador con sus padres biológicos, su madre tiene 45 años y su padre 52 años. Es el mayor de dos hermanos, su hermano menor, Pablo tiene 22 años. Alberto describe a su infancia como disfuncional, ya que sus padres siempre peleaban, presenciando discusiones a diario, él siempre quiso que sus padres se divorcien. El paciente siempre fue el encargado de su hermano, sus padres trabajaban, su papá casi no pasaba en

casa por sus negocios y cuando pasaba en casa todo era peleas. Su padre siempre lo ha menospreciado y Alberto siempre ha querido demostrarle que él sí puede y que tiene sentimientos. Con su madre la relación era mucho más llevadera, sin embargo no la veía mucho pues cuando él salía al colegio con su hermano sus padres ya no estaban y por la noche llegaban después de la cena.

En el 2008, la familia enfrenta problemas con Pablo debido al consumo excesivo de drogas, el padre niega que esto esté sucediendo, sin embargo Alberto y su madre logran internar a Pablo a un centro de rehabilitación en el cual pasa un año, este centro lo paga Alberto con el dinero de la venta de su carro. Es ahí cuando la familia recibe terapia familiar dentro del centro, ya que era parte del proceso, sin embargo al ser un proceso enfocado en Pablo muchos de los problemas de Alberto no se topan dentro de esta terapia.

Los padres de Alberto deciden divorciarse por lo que ellos van a vivir con su padre y su madre se va a la hacienda que heredó. Alberto hubiese querido acompañar a su madre pero si esto sucedía su padre no le hubiese apoyado económicamente a pagar sus estudios. Vive con su padre un año ya que el padre se va a Guayaquil por negocios y les deja a Alberto y su hermano en un departamento con todas las comodidades.

Historia Personal.

Alberto se siente muy solo y responsable de su hermano, él dice que se siente un padre cuando sabe que ese papel no tiene por qué cumplirlo. El padre de Alberto regresa en septiembre de Guayaquil a vivir con ellos, es algo que Alberto le asusta ya que ha pasado mucho tiempo sin él y por otro lado siente que ahora la responsabilidad disminuirá.

Alberto dice que él no cuenta con nadie, siempre ha estado solo y la mayor parte del tiempo se siente triste, desganado y no le encuentra sentido a seguir viviendo ya que él no es

importante para nadie. A partir de su intento de suicidio no ha planificado ningún otro debido a la promesa que tiene con su amigo Juan sin embargo, todo el tiempo está pensando que esa sería la única solución para ya no sentirse triste.

Terminó con su pareja de 3 años debido a que hubieron varias veces que trataron de cambiar y mejorar situaciones dentro de la relación, sin embargo no se dio, ahora que terminó siente que es la mejor decisión que ha tomado debido a que no veía con ella una dirección, se sentía muy presionado y dice que él no podía ser sí mismo cuando estaba con ella y se cansó de no ser el Alberto de siempre. Ahora siente que ha logrado ser el mismo día a día, sin embargo sigue sintiéndose solo y sin ánimos de vivir. Alberto quiere encontrar la manera de dejar esa tristeza y esos pensamientos de quitarse la vida. La situación en la cual el paciente se desenvuelve le ha permitido crear patrones disfuncionales de pensamiento, conducta y emoción.

Hipótesis

Alberto cumple con el diagnóstico de depresión mayor, según el DSM-IV-TR, debido a esto se utilizará la terapia cognitiva conductual la cual le permitirá al paciente cambiar creencias que él tiene, comportamientos y conductas las cuales para él son creencias únicas las cuales le han mantenido dentro del cuadro depresivo.

La hipótesis de solución es confirmar el diagnóstico de depresión mayor, episodio único, crónico y que mediante técnicas cognitivas conductuales Alberto pueda encontrar herramientas las cuales en futuras recaídas pueda utilizarlas a su favor, se tratará también generar más introspección en el paciente.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la terapia cognitiva conductual puede aportar favorablemente en un caso de depresión mayor, episodio único, crónico?”

Contexto y marco teórico

La depresión mayor se la puede diagnosticar bajo algunas perspectivas, basándonos en el DSM-IV-TR específicamente es un estado de ánimo deprimido que genera falta de interés frente a la vida en general. En base a la terapia cognitiva conductual se tratará este trastorno con el objetivo de poder brindarle al paciente una variedad de soluciones cambiando sus creencias favorablemente. El modelo cognitivo de la depresión y de la ideación suicida nos ayudará a conceptualizar los pensamientos, creencias y emociones del paciente generando en sí mismo mayor introspección.

El propósito del estudio.

Se espera encontrar cambios en Alberto sobretodo en sus creencias y emociones, comportamientos y sus conductas, se tratará de dar alternativas frente a las creencias existentes y a las nuevas creencias que se presentaran en terapia, el objetivo también es que la persona logre tener introspección la cual le ayude a enfrentar futuros problemas.

El significado del estudio

Al ser este un estudio de caso puede ser útil la teoría de la terapia cognitiva conductual y la teoría sobre ideación suicida para futuros estudios, sin embargo los resultados no se pueden generalizar ya que las experiencias del caso son únicas e irrepetibles para cada individuo.

Definición de términos

“Depresión Mayor, Episodio Único, Crónico”:

El término “depresión mayor, episodio único, crónico” se refiere a un estado de ánimo deprimido casi todos los días y falta de interés o placer en la mayor parte de actividades durante un periodo de 2 años (American Psychiatry Association, 2000).

“Ideación Suicida”:

La ideación suicida, se la define como un comportamiento auto hiriente con resultado no fatal (Ellis, 2008).

“Terapia Cognitiva – Conductual”:

La terapia cognitiva conductual, se la define como un tipo de terapia la cual se basa en la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales (Beck, 2011).

Presunciones del autor del estudio

El diagnóstico se basa en los síntomas presentados los cuales encajan dentro de los parámetros brindados por el DSM-IV-TR. Se asume que la información de la historia del paciente es verídica y que las herramientas brindadas al paciente serán utilizadas para su beneficio y mejora.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en cuatro partes. Esto está seguido de la Explicación de la Metodología de Investigación Aplicada, el Análisis de datos encontrados, y las Conclusiones.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información para el estudio de caso provendrá de libros publicados, y artículos publicados en recursos electrónicos y revistas.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Se diagnosticó al paciente, con un episodio de depresión mayor, episodio único, crónico; por lo que con ese resultado se procedió a buscar libros respecto al episodio de depresión mayor, la terapia cognitiva conductual, e ideación suicida.

Formato de la revisión de la literatura

El estudio de caso se orientó en base a la terapia cognitiva conductual y se conceptualizó el caso a partir a partir de la misma. Se dividió en tres temas, primero se hablará de la terapia cognitiva conductual, luego de depresión y por último de ideación suicida.

Terapia cognitiva- conductual.

En los años sesenta, Aaron Beck desarrolló un sistema de psicoterapia denominada en “terapia cognitiva” con el paso del tiempo se modificó a “terapia cognitiva conductual”, esta fue ideada en base a varios estudios de depresión enfocándose principalmente en la resolución de problemas por medio de la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales (Beck, 2011). La terapia cognitiva tiene como fin la integración ya que esta permite agrupar aspectos emocionales y conductuales basados en la cognición, aparte de eso también permite conocer aspectos biológicos e históricos del paciente (Risso, 2009). El

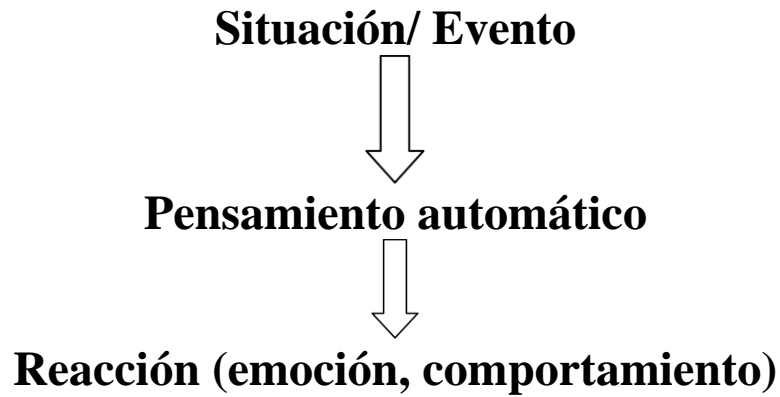
tratamiento con este tipo de terapia es totalmente activo y organizado, el cual se genera con la colaboración del paciente y es de corta duración; en el enfoque de Beck se han producido varias adaptaciones, sin embargo mucha de la teoría sigue siendo constante. La terapia cognitiva propone que los pensamientos disfuncionales son comunes en todos los trastornos psicológicos, lo importante de estos es el poder evaluarlos de una manera adaptativa, la cual mejorará el estado emocional y el comportamiento de las personas (Beck, 2011).

Aaron Beck en su obra titulada “La depresión”, publicada en 1967 expone un modelo cognitivo de los trastornos psicológicos y de psicoterapia. Aproximadamente una década después de eso en su publicación “La terapia cognitiva y los trastornos emocionales” ya se puede ver también un enfoque hacia lo emocional, donde no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de lo que engloba la terapia cognitiva estableciéndose esta teoría como la base de lo que es la terapia cognitiva conductual (Beck, 2011).

Modelo cognitivo.

La terapia cognitiva conductual se basa en un modelo el cual plantea que las emociones, y los comportamientos están influenciados por la percepción de los eventos. Es decir, no es el evento específico lo que determina como siente la persona si no la manera en como la persona construye la situación para sí misma. La manera en como siente y se comporta la persona está asociada a como se interpreta la situación, la respuesta emocional esta mediada por la percepción (Beck, 2011).

El modelo cognitivo se basa en que una situación o evento genera pensamientos automáticos los cuales darán como resultado una reacción emocional (emociones), fisiológica y un comportamiento determinado según los esquemas de cada persona (creencias) (Beck, 2011).



La terapia cognitiva se centra más en los aspectos cognitivos de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia. Esta mantiene que los trastornos provienen de maneras erróneas de pensar debido a que son concretas y habituales generando así esquemas cognitivos los cuales son la forma en que la persona da sentido y significado a las experiencias (Risso,2009).

Los *esquemas mentales* son estructuras personales internas, estos se encargan de organizar cada vivencia según como estas sean percibidas. Risso, determina que estos esquemas pueden ser flexibles o rígidos, siendo estos importantes en el proceso de la información ya que son vistos según como cada individuo perciba la realidad del mundo (Risso, 2009). Los esquemas mentales contienen actitudes y creencias de uno mismo, del mundo y del futuro por lo que suelen ser consistentes e ignoran información contraria a su contenido. Estos esquemas pueden ser no racionales, si se han organizado dentro de experiencias personales negativas por lo que no serán falsos más si serán disfuncionales por lo que serán mal adaptativas (Risso, 2009). La terapia cognitiva se centra más en los aspectos cognitivos de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia. Esta mantiene que los trastornos provienen de maneras erróneas de pensar debido a que son concretas y habituales generando así esquemas

cognitivos los cuales son la forma en que la persona da sentido y significado a las experiencias (Risso, 2009).

Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos los cuales se basan en la interpretación de la realidad, estos sirven para localizar, codificar, diferenciar y atribuir un significado a la realidad del mundo. Estos esquemas por lo tanto permiten organizar y categorizar los estímulos para que tengan sentido, estos están siempre activos y en ciertas situaciones son latentes (Beck, 1979). Están también las creencias centrales las cuales son los contenidos de los esquemas, es decir son el resultado directo de la relación realidad – esquemas, lo que percibimos de la realidad y lo filtramos como cierto.

Las *creencias centrales* al ser los contenidos de los esquemas, se desarrollan en la niñez y se puede definir como todo aquello en lo que uno cree, son mapas internos que dan sentido al mundo y se generalizan a través de las experiencias (Camacho, 2011). Son creencias globales, rígidas, profundas las cuales son verdades absolutas por lo que en muchas ocasiones se generalizan y no se cuestionan (Beck, 2011). Mientras más negativas son las creencias centrales los estados de ánimo frente a estas van a ser pervasivos y cambiantes, también a menor edad de la persona hay más asimilación y son más estables ya que las personas filtramos la información para que estas sean congruentes con nuestras creencias, es por esto que es difícil cambiar una creencia central ya que estas están reforzadas por el tiempo y ya son parte de una red (Beck, 2011).

Muchas veces las creencias centrales hacen que la persona filtre la información para poder mantener sus creencias, generando así creencias centrales negativas como podrían ser “todo es mi culpa”, “siempre tengo que tener el control”, “soy débil”, “no valgo la pena”, “soy inaceptable”. Estas creencias se las miden en una escala de 0 – 100% para poder determinar como la persona se siente y con terapia se tratará de modificarlas (Beck, 1979).

Hay dos tipos de creencias centrales que son las de desamparo, “el creerse indefenso”, “vulnerable”, “dependiente”, “incapaz e inútil”, “van a rechazarme”, “no soy normal”; y las creencias centrales de incapacidad de ser amado, “no soy querible”, “no agrado a nadie”, “no me desean”, “no soy atractivo”, “soy defectuoso” (Beck, 2011).

Por otro lado, las *creencias intermedias* son un tipo de defensa que permiten no llegar a las creencias centrales, es decir son un tipo de barrera, ideas o conceptos superficiales y menos expresados conscientemente, son más maleables que las creencias centrales y se refieren a la persona, a los otros y al mundo. Estas tienen tres componentes, las actitudes las cuales tienden a juzgar, valorar o evaluar las situaciones, como por ejemplo “soy un mal hijo y es terrible”, “es horrible ser rechazado”, “es terrible que no me hagan caso”; las reglas y expectativas que tratan de compensar la creencia central, son normas que nos autoimponemos, como por ejemplo “tengo que trabajar lo más duro siempre”, “debo ser mejor” y las presunciones las cuales son un tipo de estrategia compensatoria por ejemplo, “sí trabajo duro podré hacer lo que otros hacen con facilidad”, “si los cuido con entrega no sufrirán”, “si trabajo mucho podré lograrlo” (Beck, 2011).

Para identificarlas es importante no solo centrarse en la distorsión cognitiva de los deberías y el tema general de desempeño, sino también identificar patrones de pensamientos automáticos, ver el significado de estos, identificar la creencia intermedia y posteriormente identificar estrategias o conductas para que no se sigan cumpliendo las creencias es decir ir modificándolas. También se las mide de 0 -100% y a través de la conducta ver cómo se las identifica, es importante que el paciente sepa cómo se origina, de donde viene y que aprendan de su creencia, y ver donde y cuando la utilizan para así ver su funcionalidad lo que determinará si es beneficiosa, es importante que se identifique para que haya aprendizaje, si modificamos la creencia es importante que la nueva creencia sea funcional y se la asigne un porcentaje (Beck, 2011).

Los *pensamientos automáticos* son una corriente de cogniciones acerca de los eventos, pueden ser palabras o imágenes que se cruzan por la mente de la persona siendo totalmente inconscientes y son considerados como correctos (Beck, 2011). Por lo general estos pensamientos se dirigen a la emoción, por lo que si nos enfocamos en el cambio emocional los pensamientos automáticos van a poder identificarse de mejor manera. Los pensamientos automáticos negativos pueden ser de tres tipos, el más común es distorsionado a pesar de que hay evidencia contraria; acertado aunque la conclusión del mismo es distorsionada y por último el válido pero disfuncional (Beck, 2011). La terapia cognitiva trata de hacer conscientes estos pensamientos automáticos mediante técnicas específicas, el objetivo es cambiar de un procesamiento automático a un procesamiento más controlado (Risso, 2009).

Estos pensamientos automáticos, permitirán identificar *emociones* muchas veces estas se confundirán con pensamientos. El reconocer estas emociones ayudará aliviar los síntomas ya que logrará modificarlos; la intensidad de la emoción hará que se llegue a determinar si estás actuando de manera clara, eficaz, satisfactoria o si están siendo disfuncionales, lo que tratará la terapia cognitiva conductual es el incrementar las emociones positivas motivando así a la persona aprender cómo estos sentimientos afectan los pensamientos (Beck, 2011).

Las emociones pueden interponerse en nuestro actuar, ya que muchas veces logran controlarnos ya que son automáticas ante determinadas situaciones, muchas veces las emociones nos hacen actuar de manera no adaptativa, es por eso que es importante diferenciar entre emociones y pensamientos. Estas emociones son un sistema de alerta y adaptación ya que nos ayudan a tomar decisiones y a saber cómo comportarnos (Beck, 2011).

Por otro lado, están las *distorsiones cognitivas* las cuales representan pensamientos exagerados y disfuncionales sobre la percepción que se tiene de uno mismo, del mundo y del

futuro. Beck, las definió como errores consistentes en el pensamientos los cuáles contribuyen con la recurrencia de la patología (Beck, 1976). Las distorsiones cognitivas, permiten validar los pensamientos automáticos, éstas son conclusiones ilógicas debido a que de un comportamiento aislado salen conclusiones globales (Risso, 2009). Estas ocasionan que la realidad se vea alterada permitiendo que los patrones disfuncionales se mantengan (Beck, 1976). El momento de reconocer las fallas cognitivas se podrá dar una evaluación validando los pensamientos automáticos de la persona generando así respuestas más funcionales (Beck, 2011).

La terapia cognitiva al enfocarse en los pensamientos disfuncionales que tienen las personas en el diario vivir según sus experiencias ha clasificado las distorsiones en:

- Abstracción Selectiva: es una distorsión que selecciona una parte de la situación, por lo general se enfoca en un detalle negativo a pesar de las situaciones positivas que hubieron. Por ejemplo, “como me dieron una mala calificación en la evaluación, significa que estoy haciendo un pésimo trabajo”

- Pensamiento Polarizado: es un pensamiento extremista es decir o todo o nada, por ejemplo: “soy un fracaso”

- Sobre generalización, saca una conclusión de un hecho específico y lo atribuye a conclusiones generales. Por ejemplo, “Siempre estaré así”

- Interpretación del pensamiento: da sin base algunos sentimientos e intenciones de los demás hacia uno. Por ejemplo, “Sé que piensa que no sé nada del proyecto”

- Visión catastrófica: esta distorsión anticipa hechos por lo general negativos. Por ejemplo, “Eso me va a ocurrir a mí”.

- Personalización: es el atribuir a uno mismo una situación ajena. Por ejemplo, “A él le hacen caso, a mí nunca”.

- Falacia de control: la persona cree que tiene todo el control o por el contrario se siente impotente. Por ejemplo, “Yo soy el responsable de todo”.

- Falacia de justicia: valora como injusto todo lo que sucede. “Es injusto que me haya reprobado”.

-Etiquetas globales: es el estereotipar a los demás o a nosotros mismos dentro de una categoría específica. Por ejemplo, “Los negros son grandulones”

- Los Deberías: es el mantener reglas exigentes sobre cómo deben suceder las cosas. Por ejemplo, “es terrible que cometí un error, siempre debo hacer lo mejor”

- Culpabilidad: es atribuir los acontecimientos a uno mismo, los demás o circunstancias ajenas. Por ejemplo, “fue mi culpa que la cena no salió bien”

- Falacia de cambio: pensar que el bienestar de uno depende de los demás, suelen pensar “si él cambiaría su actitud yo me portaría mejor”

La terapia cognitiva lo que tratará es enfrentarse a las distorsiones cognitivas del paciente y mediante la identificación de estas se evaluarán los contenidos disfuncionales de la persona.

Depresión.

La depresión es un trastorno el cual se basa en sentimientos universales, el sentirse alegre o el sentirse triste puede ser un estado de ánimo que cambiará con el tiempo y luego uno volverá a un estado “normal”. Este trastorno, puede llegar a ser inhabilitante en muchas

personas e incluso se puede llegar a pensar que el suicidio es la mejor salida ante estos sentimientos (Barlow, 2007).

Desarrollo

El episodio depresivo mayor, como el DSM-IV-TR lo cataloga, trata de un estado de ánimo depresivo extremo el cual incluye síntomas cognoscitivos, las funciones físicas se ven alteradas, a tal punto que la actividad de la persona baja considerablemente. Se presenta una pérdida de interés, anhedonia (falta de placer), síntomas somáticos, suspensión en lo conductual y emocional (Barlow, 2007).

Se puede decir que la depresión no es solo un estado psíquico de abatimiento, también tiene como característica la desesperanza la cual no permite que la persona logre una meta ya que se atribuye defectos de sí mismo por no lograrlo (Seligman, 1981).

Estas personas a menudo sienten sentimientos de aversión hacia sí mismas, se sienten inútiles e insuficientes; estos sentimientos producen ataques de llanto, pérdida de peso, pérdida de interés en todo lo que les rodea. Estas características pueden llegar a ser tan graves que la persona podría llegar a tener ideaciones suicidas y hasta podrían llegar a cometer algún acto para consumarlo (Seligman, 1981).

Curso

Es frecuente que se presente el trastorno depresivo mayor, si la persona ha tenido más de dos episodios depresivos en un lapso de dos meses, se puede decir que esto es un trastorno recurrente. Según estudios, este trastorno es una condición crónica, que crece y disminuye con el tiempo, y en pocos casos llega a desaparecer. Las consecuencias que presenta dicho trastorno son, sentimientos de poca valía, la concentración les resulta complicada, piensan

mucho en la muerte, tienen dificultades al dormir, y su pérdida de energía es considerable (Barlow, 2007).

Prevalencia

La edad promedio en que la depresión mayor se presenta va de los 25 a los 29 años, en Estados Unidos se dice que la depresión ha aumentado en jóvenes menores a la edad promedio, y en el mundo este cambio se está dando. La duración de esta sí llegará a ser grave podría durar años, con la duración del primer episodio de alrededor de nueve meses, dando un 90% de remisión frente a este, si el trastorno durará más de cinco años, la persona tendría un 38% de probabilidad de poder recuperarse (Barlow, 2007).

Por otro lado, está la relación de la depresión con la muerte, un 62% de personas sufren de esto después de perder algún familiar o amigo cercano. Esto podría llegar a ser grave sí se presentan síntomas psicóticos o ideaciones suicidas, caso contrario por medio de los rituales inconscientemente se trabaja el proceso de pérdida y esto se resuelve dentro de los primeros meses, en el caso de que no sea resuelto, el sentimiento melancólico seguirá presente, y se lo denominará reacción de duelo patológico, el cual tendrá que verse enfrentado hasta que la persona logre aceptar la realidad mediante emociones positivas en base a recuerdos (Barlow, 2007).

Etiología

La depresión es un trastorno cognitivo y emocional, "...las cogniciones de indefensión bajan el ánimo, un ánimo bajo puede ser producido por medios fisiológicos, aumentando la susceptibilidad a las cogniciones de indefensión; este es precisamente el círculo vicioso más insidioso de la depresión" (Seligman, 1981). Cuando se observa de cerca la depresión, es innegable la perfecta interdependencia de sentimientos y pensamientos: no

nos sentimos deprimidos sin tener pensamientos depresivos, ni se tienen pensamientos depresivos sin sentirse deprimido (Seligman, 1981).

Por otro lado, Lowen cree que la causa de la depresión es la represión de la emoción, por lo que no cabe contemplarla como una emoción ya que según él esta representa la ausencia de emoción. “Sentimientos y emociones son respuestas orgánicas a los acontecimientos del entorno; en el estado depresivo hay una incapacidad de respuesta. Los sentimientos cambian según cambia la situación exterior, provocando diferentes respuestas del organismo” (Lowen, 1982).

Good, en cambio dice que la depresión es causada por un desbalance químico en el cerebro, y que está forma parte de la neuropsicología la cual determinará cierto tipo de diagnósticos (Good, 1985). Por el contrario, Good cita a Schneider quién dice que la depresión es un constructo cultural el cual procede de una serie de experiencias mal funcionadas las cuales fueron creando el ánimo en la persona (Good, 1985).

Seligman, cree que la respuesta ante la depresión es inútil, ya que la interdependencia de sentimientos y pensamientos muchas veces se puede contraponer. Según un estudio longitudinal que él realizó, los chicos que empezaron siendo pesimistas después de 4 años sufrieron depresión y siguieron deprimidos, y los chicos que empezaron siendo optimistas no tuvieron episodios depresivos y si se sentían tristes se reponían rápidamente (Seligman, 1992).

En otros estudios, se determinó que la depresión puede tener un orden genético el cual se desarrolla debido al fuerte influjo de los factores ambientales de la infancia. Se observó que la cantidad de hermanos que habían desarrollado este trastorno pertenecían a un grupo de pacientes cuyos padres habían tenido un historial de perturbaciones afectivas. También se demostró que había mayor incidencia de trastornos afectivos en las hijas de

madres depresivas que en los hijos, no hubo inferencia si el padre era depresivo (Mendels, 1982).

Modelo cognitivo de la depresión.

Beck (1979) fue quién propuso el modelo cognitivo de la depresión en base a investigaciones científicas, este modelo se basa en tres enfoques específicos que son la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognoscitivos.

La tríada cognitiva está compuesta por la visión negativa de sí mismo catalogándose como inútil y que carece de valor (Beck et al., 1979). El segundo compuesto tiene como característica el interpretar sus experiencias de manera negativa, viendo estas de manera tergiversada las cuales logran una desvalorización constante (Beck et al., 1979). Y por último existe una visión negativa del futuro la cual se atribuye a que todos los problemas del presente continuarán indefinidamente (Beck et al., 1979).

Los esquemas se refieren a que la persona atiende selectivamente a estímulos específicos y mediante estos conceptualizan situaciones es decir localiza, diferencia y codifica el estímulo mediante las experiencias que se ha tenido. Las conceptualizaciones de los pacientes deprimidos pueden ser distorsionadas de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados (Beck et al., 1979). Por último los errores cognoscitivos son errores del procesamiento de información los cuales permiten validar conceptos negativos a pesar de que hay evidencias que demuestran lo contrario (Beck et al., 1979).

Ideación Suicida.

Ellis en su trabajo “Cognición y Suicidio” cita a Schneidman, quien describe al suicidio como “una constricción psicológica transitoria de afecto e intelecto, es el enfocarse en estrechar el rango de opciones y las imágenes de seres queridos que usualmente atan a la

vida no son desconsideradas, es aún peor no están dentro del rango de lo que está en la mente” (Ellis, 2008). Para él no hay una lógica suicida si no rasgos de estilos lógicos y maneras de procesar la información que facilitan este comportamiento, para esto él desarrolló un modelo cúbico del suicidio, el cual conceptualiza al comportamiento suicida bajo tres fuerzas psicológicas. La primera la cataloga como dolor de psique donde el dolor psicológico llega a ser intolerable, la segunda fuerza es la de depresiones psicológicas incesantes o estresores y la última fuerza es la de perturbación, al estar estos en su elevación máxima la persona cometerá el acto suicida con el fin de consumarlo (Ellis, 2008).

O’Carroll quien define al intento de suicidio como “comportamiento potencialmente auto hiriente con un resultado no fatal, para el cual hay evidencia explícita o implícita de que la persona intentó matarse a sí mismo” (O’Carroll, 1996). Para trabajar cognitivamente con estas personas es necesario tener como objetivo el incrementar el sentido psicológico del individuo y la posibilidad de elecciones en la mente, se debe ampliar el rango de pensamientos (salir de la dicotomía) y disminuir la perturbación del individuo (Ellis, 2008).

Por otro lado, se determina al pensamiento de individuos suicidas como característicamente dicotómico, rígido, su resolución de problemas es deteriorada, ven a la muerte como un modo más favorable que la vida. Los individuos suicidas tienen dificultad de utilizar recursos internos imaginativos, tienden a polarizar los sistemas de valor, son limitados de pensamientos, y tienen una falta de proyección sobre sí mismos en un futuro (Ellis, 2008).

Beck por su propuesta sobre el “modelo de los modos” el cual consiste en procesos cognitivos, afectivos, conductuales, y motivacionales según condiciones específicas. Es una cadena de esquemas cognitivos interconectadas los cuales se activan por eventos tanto internos como externos relevantes y llevan al individuo a poder modificarlos (Beck, 1979).

Prevalencia

En Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 24 años de edad, en Latinoamérica 7.52 suicidios se llevan a cabo por cada 100.000 habitantes, también es la tercera causa de muerte. Se ha determinado que los jóvenes latinos en Estados Unidos reportan más síntomas depresivos, ideaciones suicidas e intentos de suicidio (Vélez, 2012). En Puerto Rico un 9 a 12% de adolescentes reporta ideaciones suicidas, y 1 de cada 4 intentos es tan grave que ha necesitado ser atendido por un profesional de la salud. Se estima que más del 90% de personas que se suicidaron desde 1959 al 2001 cumplían con al menos un diagnóstico psiquiátrico (Vélez, 2012).

En un estudio realizado en Sonora, California, los jóvenes que presentan ideas e intentos suicidas muestran mayores estados depresivos, en un 67.3% en quienes han intentado suicidarse y en un 81.1% en quienes manifiestan ideas suicidas, también se determinó que hay más depresión en mujeres que en hombres (Rodríguez, 2012).

Etiología

La desesperanza es un constructo importante, la cual Beck la cataloga como un indicador medible y confiable del suicidio. La estrategia específica para la desesperanza se basa en que el paciente se encuentra atrapado por la arbitrariedad de sus conclusiones, ellos no cuestionan sus creencias por lo que es importante plantear una disonancia cognitiva basada en contradicciones existentes en el sistema de creencias (Beck, 1979).

Diversos estudios en Norteamérica han determinado que la conducta suicida tiene una alta correlación con trastornos psiquiátricos, especialmente con trastornos del ánimo, también el abuso de alcohol y drogas está relacionado y un predictor importante es la depresión (Vélez, 2012).

Los pensamientos disfuncionales según el estudio de Vélez son un factor de riesgo para la conducta suicida sobre todo en personas que se caracterizan por su pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva y quienes tienen abstracción selectiva. Un pobre auto concepto también se lo relaciona con depresión y desesperanza lo cual desencadenará en ideación suicida (Vélez, 2012).

En un estudio realizado en Chile, se determinó que los trastornos de estado de ánimo y las tasas de divorcio también han llegado a ser la causa de cuadros depresivos los cuales han llevado a intentos suicidas, se reveló que entre un 3 y 5 % de la población han tenido intentos suicidas. Este estudio determinó que hay una serie de factores asociados a los intentos e ideaciones suicidas como son la presencia de síntomas psiquiátricos (somatización, obsesión, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoia, entre otros) teniendo estos una relación directa con el suicido consumado (Urzúa, 2010).

El tratamiento para personas que experimentan ideación suicida se basa en cinco componentes: 1) terapia cognitiva para la depresión, desesperanza e ideación suicida, 2) resolución de problemas con enfoque en los problemas que detonaron el intento más reciente o la ideación, 3) incrementar el uso adaptativo de apoyo social, 4) incrementar el uso de intervenciones adyacentes médicas e 5) identificar y disminuir la ideación suicida (Ellis, 2008). Como parte de la intervención es importante identificar los eventos estresantes y así identificar soluciones las cuales permitirán desarrollar estrategias para implementar los pasos necesarios para llegar a los objetivos planteados (Ellis, 2008).

Modelo cognitivo de la ideación suicida.

Las personas deprimidas tienen autoevaluaciones negativas sobre su entorno vital, sobre sí mismo y sobre el futuro, interpretando todos los sucesos como derrota, privación y denigración, considerando sus vidas llenas de obstáculos (Guibert, 2002). La desesperanza es

el puente entre la depresión y el intento de suicidio, Beck la define como actitudes o expectativas negativas acerca del futuro basándose en sentimientos de desesperación, decepción, y desilusión (Villalobos Galvis, 2009).

La persona desesperanzada cree que: nunca podrá salir adelante por sí mismo, nunca tendrá éxito en lo que intente, nunca podrá alcanzar objetivos, ni solucionar problemas que afronte en la vida; estos problemas se los concibe como irresolubles por lo que inmoviliza y lleva a inadecuadas estrategias de afrontamientos que agravan los problemas reforzando la falta de auto eficacia ya que se filtra todo lo negativo y se lo magnifica (Villalobos Galvis, 2009).

Las distorsiones cognitivas que las personas con conductas suicidas presentan con mayor frecuencia son:

- Abstracción Selectiva: enfocarse en un detalle negativo del ambiente
- Pensamiento Dicotómico: todo o nada, es un tipo de pensamiento extremista
- Sobre generalización: en base a un hecho aislado generalizarlo y sacar conclusiones globales
- Personalización: el tomar responsabilidad frente a una situación que no tiene que ver con uno mismo
- Visión de Túnel: visión rígida de la realidad, solo ven una solución y esta se caracteriza por ser negativa (Risso, 2009).

Los esquemas disfuncionales permiten que el sujeto tenga creencias negativas con respecto a sí mismo, las cuales le llevan a tener ideaciones suicidas. Algunos factores de vulnerabilidad psicológica y social son la desesperanza, pobre resolución de conflictos, aislamiento social, dificultades en el control de impulsos deteriorado.

Las personas llegan a creer que no son valiosas, son defectuosas y piensan que el mundo es frío y negativo por lo que el futuro no tiene razón. Los errores cognitivos hacen que a estas personas se les haga imposible reconocer información que contradiga sus creencias (Villalobos Galvis, 2009).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

La justificación de la metodología utilizada en este estudio de caso, se basó en una revisión literaria, la cual recopiló información necesaria para el desarrollo del tema que se plantea. La revisión literaria es lo más adecuado para este tipo de investigación ya que permitirá recopilar varios datos y estudios realizados los cuales nos ayudarán a determinar si la terapia cognitiva conductual puede ser favorable para un caso de depresión crónica. Para la medición cuantitativa se utilizó una prueba de diagnóstico y una prueba de personalidad la cuales ayudaron a medir los síntomas del paciente; se utilizó el Inventario de Síntomas 90 Revisado, y Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) respectivamente.

Herramienta de investigación utilizada

Detalle de los test

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

Descripción.

El Inventario de Síntomas 90 (SCL-90-R) fue diseñado por Leonard Derogatis en 1973, el cual evalúa el “distrés” psicológico, por medio de 90 reactivos los cuales se contestan en una escala Likert. Este inventario evalúa nueve dimensiones que son: somatización, obsesivo – compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, todas estas tienen un alto grado de correspondencia con síntomas psiquiátricos. Además existe el Índice de Severidad Global, el Total de Síntomas Positivos y el Índice Malestar Sintomático Positivo (Cruz, 2005). La confiabilidad del SCL-90 se determinó indirectamente con una evaluación de consistencia interna, usando el valor del α de Cronbach para cada uno de las dimensiones y el

Índice de Severidad Global. Por otro lado, la validez se determinó de forma dual, mediante la evaluación de los datos en función de hipótesis conceptuales previamente definidas y mediante el análisis de los datos de una correlación con su respectiva dimensión (Cruz, 2005).

Resultados.

Pre-test.

El perfil inicial del paciente se encontraba en un nivel medio normativo, ya que las escalas no llegaron al rango clínico ya que no rebasan los valores T estandarizados en el que empieza este rango (T= 63-80). Las escalas que se mantuvieron estandarizadas fueron las escalas de obsesiones y compulsiones T=74, depresión T=80, psicoticismo T=66, ansiedad T=64. Las menores al rango estandarizado fueron fobia y sensibilidad interpersonal con un T=55 y la de somatización T=61, y los resultados que el paciente elevó fueron los de hostilidad con un T=86 y la paranoia con un T=84.

El índice de malestar sintomático positivo (IMSP) se ubicó T=77 es decir está elevado demostrando que Alberto quiere mostrar un malestar mayor a lo real debido a que él lo experimenta de esa manera. El índice de severidad global (IGS) con T=70 y el índice total de síntomas positivos (TSP) 62.00

Post-Test.

La dimensión de obsesiones y compulsiones (OBS) fue elevada con una puntuación de T=66. La depresión (DEP) también fue elevada con una puntuación de T=69. La ansiedad (ANS) tuvo una puntuación de T=70. La hostilidad (HOS) tuvo una puntuación elevada de T=86. Por último, la paranoia (PAR) también fue una dimensión con una puntuación elevada siendo esta de T=84. Las dimensiones con puntuaciones menos elevadas fueron la

somatización (SOM), sensibilidad interpersonal (SI), ansiedad fóbica (FOB) y psicoticismo (PSIC) con puntuaciones de T=54, T=58, T=55 y T=62 respectivamente.

El índice de malestar sintomático positivo (IMSP) se ubicó T=76 siendo este todavía elevado lo que quiere decir que el paciente sigue reportando un nivel mayor de malestar a lo real. El índice de severidad global (IGS) con T= 69 podría seguir indicando severidad clínica. Por último el índice total de síntomas positivos (TSP) 62.00 sigue manteniéndose en la misma puntuación.

Análisis de Resultados.

Los resultados que se pudieron obtener con el paciente entre el pre y post test se analizarán a continuación, con el fin de determinar el cambio que se generó en el paciente en la terapia que se llevó a cabo.

Se pudo ver que en la escala de obsesiones y compulsiones tuvo una disminución de ocho puntos lo que quiere decir que Alberto durante la terapia disminuyó sus síntomas de miedo, nerviosismo, y ataques de pánico. En la escala de depresión también se obtuvo una disminución de once puntos lo que quiere decir que la falta de energía, desesperanza, angustia y motivación también bajaron la intensidad. La somatización también bajo en siete puntos lo que quiere decir que los malestares que se perciben corporalmente han disminuido, y la escala de psicoticismo bajo cuatro puntos es decir los síntomas de soledad e ideas suspicaces también han disminuido.

Las escalas de ansiedad y sensibilidad interpersonal aumentaron seis y tres puntos respectivamente, lo que quiere decir que todavía existe nerviosismo en el paciente y se detectan sentimientos de inferioridad e inadecuación.

Las escalas de hostilidad, paranoia y ansiedad fóbica se mantuvieron con el mismo puntaje

demostrando en el paciente síntomas de enojo, pensamientos proyectivos y, respuestas irracionales persistentes de miedo frente a determinados estímulos.

Por último, el índice de síntomas positivos disminuyó un punto, continuando este elevado por lo que se determina que Alberto sigue exagerando las patologías. El índice de severidad global también bajo un punto manteniendo al paciente dentro del mismo rango de una futura severidad clínica.

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

Descripción.

El inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 es un test que mide niveles de comportamientos los cuales mediante la personalidad del individuo permiten reconocer que es lo que está dificultando el proceso (tratamiento), no es una herramienta para diagnóstico. Es uno de los inventarios de personalidad más utilizados y objetivos, consta de 567 ítems con respuestas de verdadero y falso, tiene 4 escalas de validez principales, 10 escalas clínicas, 15 escalas de contenido y 15 escalas suplementarias (Greene, 1991).

Las escalas de validez describen las actitudes del cliente frente a la evaluación, esta categoría se divide en 9 escalas las cuales determinarán la consistencia de las respuestas obtenidas en el momento de la evaluación (Greene, 1991).

El VRIN (variable de respuesta inconsistente) mide la maleabilidad de las respuestas de la persona evaluada, es decir mide las respuestas frente a preguntas similares, si el puntaje es bajo la persona estaría no reportando lo que en realidad está viviendo mientras que si el puntaje se mantiene entre 50 -65 estaría dentro del rango clínico y más elevado que 65 la persona estaría mostrando inconsistencia en sus respuestas, esto podría determinar un MMPI-2 inválido, es importante tomar en cuenta que esta escala no se ve afectada por psicopatología

ya que solo mide inconsistencia (Greene, 1991).

El TRIN (inconsistencia a respuesta verdadera) mide la actitud que tiene el paciente frente a responder sí o no a los ítems de la prueba, una puntuación mayor a 65 demostraría que la persona tiene una tendencia a decir sí, podría ser inconsistente, mientras que menos de 65 la tendencia de respuesta sería el decir no, estar ocultando. Esta escala tampoco tiene que ver con patología, la inconsistencia podría deberse a fatiga, concentración y atención (Greene, 1991).

La escala F (infrecuencia) mide el estrés de la persona al tomar la prueba y si la persona pide ayuda, esta escala ya mide psicopatología como sensaciones bizarras, pensamientos extraños, experiencias peculiares, aislamiento, creencias contradictorias. Una puntuación baja de 45 demostraría negación a aceptar situaciones socialmente aceptables, una puntuación normal (46-58) indicaría que la persona está dispuesta a aceptar un número típico de experiencias inusuales, mientras que de 59-80 estas personas aceptan ideas y experiencias inusuales, más elevado de 81 la persona invalidaría el perfil (Greene, 1991).

La escala FB (back infrequency scale) mide síntomas depresivos, ideación suicida, problemas en relaciones familiares y con sustancias (Greene, 1991). La escala Fp (infrequency psychopathology) mide hábitos inusuales, actitudes amorales, confusión de identidad y síntomas psicóticos (Greene, 1991).

La escala L (mentira) identifica personas que están deliberadamente evitando contestar con franqueza y honestidad, la negación es su actitud. Una escala L muy baja demostraría que la persona acepta fallas sociales mientras que una escala L elevada demostraría que la persona no acepta fallas sociales como haber mentido, carecen de introspección y tratan de mostrarse mejor de lo que son es decir quieren dar una impresión favorable, un puntaje normal demostraría que la persona puede mentir pero no generaliza

(Greene, 1991). La escala K (corrección) mide las defensas altas, el manejo de problemas cotidianos, un puntaje bajo demostraría que la persona tiene pocos recursos para manejarse, un puntaje dentro del rango clínico que la persona se está auto revelando y a la vez se auto protege y un puntaje elevado que la persona está a la defensiva y tienen poco interés de examinar sus problemas (Greene, 1991).

Las escalas clínicas se dividen en 10 categorías, Hipocondrías (Hs), Depresión (De), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad y Femenidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma) e Introversión Social (Si) (Greene, 1991).

Las escalas de contenido son 15 las cuales se encuentra dentro de 4 categorías, éstas son más específicas ya que dan síntomas, entre sí tienen alta correlación y tienen ítems compartidos (Greene, 1991). Las categorías son:

- Síntomas Internos: Ansiedad, Miedo, Obsesión, Depresión, Preocupación de Salud, Ideación Bizarra.
- Tendencias Agresivas/ Externas: Ira, Cinismo, Prácticas Antisociales, Tipo A.
- Visión devaluada de uno mismo: Duda de sí mismo, Sumisión.
- Problemas generales en otras áreas: Incomodidad Social, Problemas Familiares, Interferencia del Trabajo, Indicadores Negativos de Tratamiento.

Por último, las escalas suplementarias están relacionadas con las escalas de validez, éstas contienen ítems críticos en los cuales la psicopatología por lo general debe ser atendida rápido, también se divide en 15 escalas, que son las siguientes: Ansiedad Welsh (A), Represión (R), Fuerza – Ego (Es), Mc Andrew Alcoholism (MAC-R), Estrés Postraumático

(PK), Adicción y Admisión (AAS), Potencial de Adicción (APS), Estrés Marital (MDS), Mal Adaptación Universitaria (Mt), Responsabilidad Social (Re), Hostilidad (Ho), Hostilidad Sobre controlada (O-H), Dominancia (Do) y Rol de Género Masculino y Femenino (GF) (Greene, 1991).

Resultados.

En las escalas de validez, se obtuvo un VRIN (variable de respuesta inconsistente), $T=73$ lo que quiere decir que Alberto en esta escala está bastante elevada, por lo que mostraría inconsistencia en sus respuestas, esto quiere decir que el sujeto contestó en el ítem 90 el cual dice: Quiere a su papá, verdadero y en el ítem 61: Su padre es un buen hombre, falso, esto determina inconsistencia a lo largo de la prueba. El TRIN (respuesta de inconsistencia verdadera), se encuentra dentro del rango clínico con una puntuación de $T=57$ lo que quiere decir que el paciente tiene una actitud equilibrada entre responder sí y no a los ítems de la prueba. Es importante recordar que las escalas VRIN y TRIN, nombradas anteriormente no tienen nada que ver con patología ya que éstas solo miden la inconsistencia que puede llegar a tener el paciente al responder los diferentes ítems.

La escala F (infrecuencia) tuvo una puntuación de $T=92$ lo que demuestra que Alberto tuvo un nivel de estrés bastante alto, el cual indicaría que la persona podría estar exagerando (overreporting), este estrés puede haber afectado la administración de la prueba por falta de atención o concentración. La escala F (b) puntuó $T=83$ la cual tiene una elevación clínicamente significativa por lo que Alberto mostraría síntomas depresivos y problemas en relacionarse. La escala F (p) puntuó $T=56$ lo cual determina que el paciente está dentro del rango clínico por lo que no hubiera hábitos inusuales, actitudes amorales y confusión de identidad, esto no tiene relación con la historia del paciente debido a la presencia de su intento de suicidio y sus ideaciones constantes.

En la escala L (mentira), el puntaje fue de T=61 siendo este clínicamente significativo lo que determina que Alberto no acepta fallas sociales, carece de introspección, y quiere mostrarse mejor de lo que es tratando de dar una impresión favorable, está manipulando. La escala K (corrección), el puntaje fue bajo T=39 lo que significa que Alberto admite que tiene problemas y que tiene pocos recursos para manejarse. Por último, la escala S (superlativa) su puntaje fue de T=45 lo que demuestra que el paciente fue conservador en la descripción de sus problemas, es decir está tratando de subestimar el nivel de estrés emocional que está viviendo.

Análisis de Resultados.

Al analizar las escalas de validez, se puede ver que el reporte es inválido, Alberto trata de negar problemas, sentimientos o impulsos inaceptables, esto determinaría la razón de porqué él trata de presentarse mejor de lo que realmente está. Es muy inconsistente con sus respuestas pues quiere mostrarse mejor de lo que es. El tener la L dentro del rango clínico solo determina que no quiere mostrarse, y las escalas F revelan que tiene problemas familiares, hábitos inusuales y carece de introspección debido a eso su intento de mostrarse mejor. Este mostrarse mejor puede deberse a que él quiere presentarse mejor ya que no tiene herramientas ni recursos para poder enfrentarse a sus problemas.

Descripción de participantes

Número.

Al ser un estudio de caso se basará la información de un solo participante, ya que sus experiencias, conductas, comportamientos y emociones son únicas.

Género.

El género del paciente es masculino.

Nivel socioeconómico.

Alberto pertenece a un nivel socio económico medio-alto, el cual se lo define como las personas que poseen una vivienda propia, en un barrio bueno de la ciudad, tienen automóviles de modelos recientes, y la educación es un factor importante ya que buscan buenas universidades e inclusive piensan en estudios posteriores, sus vacaciones son en lugares de recreación acudiendo a buenos hoteles. Por lo general, los cambios tecnológicos son asimilados más rápidamente por estas personas y sus pagos son con tarjetas de crédito las cuales a su vencimiento se liquidan en su totalidad (Hernández, 1998).

Diagnóstico y Evaluación Funcional

Eje I: 296.23 Depresión Mayor, episodio único, crónico.

Eje II: V71.09 (No hay diagnóstico en el eje II).

Eje III: 799.9 (Referido a consulta médica).

Eje IV: A, B.

A. Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

B. Problemas relativos al ambiente social.

Eje V: GAF inicial → 50

GAF Actual → 60

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:**EJE I:****296.23 Depresión Mayor, Episodio Único**

A. Por lo menos 5 síntomas que duran por lo menos 2 semanas; por lo menos uno de estos síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) falta de interés o placer.

Los síntomas no son resultado de una condición médica general.

1. Estado de ánimo deprimido casi todos los días. En niños o adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Falta de interés o baja sensación de placer en casi todas las actividades, casi todos los días.
 3. Cambios en apetito y peso (cambio de 5% del peso corporal). En niños falta de ganar peso adecuado.
 4. Patrones de sueños perturbados; insomnio o hipersomnía.
 5. Motricidad agitada o retardada casi todos los días
 6. Pérdida de energía muy notable o cansancio casi todos los días.
 7. Sensación de poca valía, baja autoestima y sentimientos de culpabilidad excesivos.
 8. Dificultad en concentrarse, pensar o en tomar decisiones casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes sobre la muerte, pensamientos sobre el suicidio sin intención o pensamientos sobre el suicidio con un plan de intención.
- B.** Síntomas no cumplen con el criterio de Episodio Mixto.

C. Síntomas causan angustia o impedimento social, académico y ocupacional.

D. Síntomas no son consecuencia de uso de una sustancia

E. Tres o más no se relacionan con el luto.

Especificar si:

Crónico: criterio para el episodio depresivo mayor por lo menos en los 2 últimos años (American Psychiatry Association, 2000).

ANÁLISIS

Detalles del análisis

Temas e intervenciones terapéuticas

Objetivos a corto plazo

1. Crear una buena relación terapeuta – paciente
2. Establecer una lista de objetivos con el paciente, con el fin de tener claro lo que se quiere obtener de terapia
3. Firmar el contrato de seguridad
 - Establecer actividades que hacen al paciente sentirse mejor en momentos de recaída
 - Determinar personas con las que pueda contar el paciente
 - Tener un número de contacto en caso de emergencia
4. Reducir síntomas depresivos
5. Reducir las ideaciones suicidas
 - Monitoreando el estado de ánimo del paciente
 - Identificar las conductas cuando las ideaciones se presentan
6. Educar a la paciente acerca de la terapia cognitiva.

7. Instruir a la paciente respecto a su trastorno, al modelo cognitivo y al proceso de la terapia, tomando en cuenta sus expectativas.
 - Verbalizar y comprender la relación entre los estados depresivos y la represión emocional.
 - Identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales.
 - Identificar y reemplazar la triada cognitiva que mantiene los estados depresivos.

Objetivos a largo plazo

1. Afrontar situaciones que le causen ansiedad
2. Crear pensamientos funcionales acerca de sí mismo
3. Manejarse dentro de un círculo social del cual se sienta parte

Conceptualización clínica del caso.

Alberto desde su infancia ha desarrollado su sistema de creencias en base a las experiencias que ha vivido formulando así sus esquemas mentales, estos han permitido que Alberto genere un tipo de patrón funcional según su cognición, emoción y conducta el cual lo aplicado en distintas situaciones. Las experiencias familiares de la infancia de Alberto han sido importantes en el desarrollo de esos esquemas. Durante la infancia de Alberto, su padre viajaba mucho debido a su trabajo, su madre por lo general no estaba en casa también por su obligación laboral por lo que no existía una buena relación familiar estable, la disciplina, reglas y normas se daban por hecho. Cuando los padres de Alberto estaban en casa, generaban un ambiente de discusión y pelea entre ellos, por lo que Alberto no soportaba

dicha situación, de gritos, peleas y malos tratos. Él y su hermano siempre estuvieron molestos por cómo se generaba la relación entre sus padres por lo que siempre les pedían que se separen y así todos estarían más tranquilos, esta petición no se concedió. A raíz de esto, Alberto estableció como creencia el hecho de que “no importa lo que diga, piense o sienta” ya que eso no genera cambio alguno, desde ahí él fue filtrando su percepción sobre los demás.

Con el paso del tiempo, el no comunicarse no causaba disfuncionalidad en Alberto, para él era algo normal y adaptativo el guardar todo lo que pensaba y sentía con el objetivo de no generar discusión alguna. Sin embargo, Alberto encuentra un lugar de confianza con dos de sus amigos (Juan y José), con los cuales compartió su vida desde los 9 años, con ellos creó un ambiente de seguridad y confianza en donde podía ser sí mismo y mostrarse tal y como era ya que ellos le comprendían y escuchaban.

Toda su infancia y adolescencia los amigos de Alberto eran considerados para él su familia, por lo que fue creando lazos entrañables de confianza y seguridad. Al finalizar el colegio a los 18 años José fallece debido a una leucemia la cual la aquejó desde siempre, y Juan se va a estudiar fuera del país, esta situación genera en Alberto concepciones negativas del mundo en general, y a raíz de esto se siente completamente solo ya que no contaba con nadie.

Cuando José muere, la familia de Alberto no estuvo presente y a raíz de eso empieza a percibir al mundo como un lugar incómodo, y desagradable, donde ya no tenía ganas ni razones para vivir, esto le genera estados de ánimos depresivos, las cuales se fortalecen con creencias centrales de desconfianza y vulnerabilidad.

Alberto se sentía tan solo que decide irse al igual que Juan a estudiar al exterior por lo que se va a Francia, donde se sentía solo al igual que acá, pero se sentía mejor adaptado ya que no tenía las peleas ni las preocupaciones que se generaban en el ambiente familiar, ya no

tenía tampoco que preocuparse por su hermano, ya que al estar sus padres ausentes él era el encargado de su hermano. Alberto no logró terminar el primer año en Francia, ya que su hermano se encontraba en graves problemas de drogas, por lo que su madre le pide que regrese para poder hacer algo ya que su padre no aceptaba que su hijo menor tenga este problema y no quería enfrentarse a esto.

Alberto regresa al país a encargarse una vez más de su hermano, al comienzo se sentía bien porque era el único que hacía algo y al único que hacía caso. Más adelante, Alberto empieza a sentirse como “un inútil” y “fracasado” por haber dejado su carrera en Francia, se siente “incompetente” debido a que no pudo seguir con su carrera y manejar la situación de su hermano. Una vez más Alberto, se siente solo, y desconfiado de lo que puede hacer respecto de su vida, llega a sentirse tan solo que comete un acto suicida tomándose una botella entera de cloro, Alberto recuerda que cuando despertó quería sacarse los sueros y pegaba a las enfermeras, se sentía “impotente y fracasado” por no haber podido realizar su objetivo. Su amigo Juan es quién lo encuentra y lo lleva a hospital, en su familia nunca se comentó nada sobre el intento suicida, no hubo comentarios ni positivos, negativos, ni de apoyo. Sin embargo, Juan conversa con Alberto después de lo sucedido y Alberto le promete no volver hacerlo, a raíz de este suceso Alberto ha tenido algunas ideas de cometer algún acto que termine con su vida pero su promesa es una acción para él por lo que no ha efectuado sus ideaciones.

Alberto después de su intento de suicidio, se siente más solo que nunca por lo que en cualquier situación él se sentía “triste, abandonado y vulnerable” y su respuesta ante esto era el evadir ese tipo de situaciones, refugiándose en sí mismo, y durmiendo principalmente, en esto ha pasado la mayor parte de su vida, sintiéndose solo en un estado deprimido sin algún tipo de solución.

Alberto reprocha la falta de sus padres a lo largo de su vida, ya que para él la inseguridad que tiene frente a las personas ha creado características de vulnerabilidad y desconfianza con las personas ya que para él las personas son siempre mal intencionadas. Alberto, no lograba distinguir pensamientos automáticos, sus creencias estaban muy enraizadas por lo que este tipo de pensamientos era difícil de distinguirlos. Al introducirle las distorsiones cognitivas, el paciente se siente más identificado reconociendo su abstracción selectiva, “no aguanto que mis papás me digan algo”, “estar en mi casa es insoportable” Sobre generalizaciones, como “no se puede confiar en nadie”, “si alguien se preocupa por mí no es algo real, es por beneficiarse de alguna manera”, “siempre voy a sentirme así”, “nunca nadie se ha preocupado por mí”. Pensamiento dicotómico, “mi papá es un orate”, “la vida no tiene sentido”, “siempre estoy triste”, “no me da ganas de hacer nada”, “soy un fracasado”. Alberto se identificó, con las etiquetas globales “nadie puede hacer nada bien, solo yo”, “son personas de no fiar”, “soy vulnerable y desconfiado”.

Todos estos pensamientos y creencias afectaban al estado de ánimo y conducta del paciente ya que en todo lo relacionaba con otras áreas de su vida generando desconfianza la cual le hizo retraerse socialmente. Alberto tenía una novia, con la cual sentía que podía confiar ya que ella siempre estaba ahí para él sin embargo, él piensa que no quiere ser una carga para ella por lo que sigue retrayendo todos sus problemas y sentimientos de soledad consigo mismo, esta falta de confianza de parte de Alberto generó muchos problemas en la relación por lo que se separaron.

Alberto no confía en nadie de su alrededor, por lo que sus relaciones son completamente superficiales. Esto se debe a que no quiere que las demás personas sepan de su soledad y tristeza recurrente, por lo que no se acerca a las personas para no sentirse vulnerable. Esto le llevo al paciente a aislarse, no involucrarse en ningún tipo de relación y criticar a los demás siempre resaltando su manera de ser.

Debido al rechazo que Alberto siempre sintió de sus padres, él se propuso desde pequeño el ser responsable en sus actividades por lo que en lo académico siempre mantuvo sus notas altas, dando lo mejor de sí. Es por eso que al momento de cometer su acto suicida, Alberto se sentía impotente y fracasado ya que no fue lo suficientemente capaz de consumarlo. Alberto nunca cuestionó sus pensamientos por lo que eran aceptados por él como verdades absolutas, sus sentimientos siempre estuvieron retraídos. Su estado de ánimo deprimido se basaba en el sentimiento de soledad recurrente, tristeza, y poca valía.

Terapia cognitiva conductual en el estudio de caso.

La terapia cognitiva con Alberto empezó con la historia personal del paciente, en las primeras sesiones se determina la problemática del mismo diagnosticando ideaciones suicidas y síntomas depresivos recurrentes. Se procedió a establecer con el paciente objetivos específicos de la terapia, mediante esto se llegó a conocer el sistema de creencias del paciente, sus emociones y comportamientos frente a diferentes situaciones.

Al llenar el contrato de seguridad se pudo ver que las actividades que él realizaba eran de completa evasión frente a sus problemas por lo que se hace una lista de actividades alternativas para que Alberto se sienta mejor, también se establece una lista de personas con las cuales él podría contar en momentos donde se sienta abrumado, esto no logra darse debido a que no quiere molestar a nadie, por lo que el terapeuta es la persona a quién recurrirá.

Se le pidió Alberto identificar cuantas veces a la semana y que pensamientos suicidas tiene, identificando que siente cuando estas ideas se desencadenan, y que hace con estas ideas. Fue importante aclarar la identificación de que activa los pensamientos suicidas, se logró ver que el estar solo es lo que le genera estos pensamientos, causando un círculo entre los pensamientos, la soledad y la depresión. A raíz de esto se pudo determinar que las

actividades que el realizaba (dormir) le servían en ese momento pero no a largo plazo por lo que se generan alternativas que puedan aliviar el desarrollo de pensamientos suicidas. Se logró también determinar culpa por el intento de suicidio cometido y no consumado por lo que se le psico-educó haciéndole comprender que solo fue una conducta de ese momento.

Pensamientos automáticos

Para poder identificar los pensamientos automáticos de Alberto, se usó el cuestionamiento socrático el cual generó como respuesta un pensamiento y una emoción, mediante esto se logró identificar respuestas “estoy solo”, “nadie se preocupa por mí”, “nunca, nadie se preocupará por mí”, “no puedo confiar en nadie”, estos pensamientos desencadenaron emociones de ira, tristeza y poca valía.

A raíz de esto se le pudo introducir las distorsiones cognitivas, con las cuales se le pidió Alberto que relacione consigo mismo, él logro identificar abstracción selectiva, pensamiento dicotómico, sobre generalización, personalización, visión de túnel y catastrofización. Al identificarlas Alberto aceptó que en la mayoría de situaciones solo se enfoca en las situaciones negativas, que es muy extremista y por lo general saca conclusiones globales asumiendo que tienen que ver solo con él, pudo darse cuenta de su rigidez y su manera de ver las cosas siempre como una catástrofe.

Con estos pensamientos, emociones y distorsiones reconocidas se logró llenar el registro de pensamientos, este es un formulario el cual permite al paciente identificar situaciones, pensamientos y emociones disfuncionales las cuales se las analizará con el fin de que se vuelvan funcionales.

Creencias intermedias

Las creencias intermedias de Alberto estaban sobre generalizadas “si sigo siendo como soy seré un perdedor”, “siempre voy a ser un fracasado”. También el paciente polarizo creencias como “toda la gente me quiere hacer daño”, “es mejor acabar con mi vida”, “nada tiene sentido”.

Para poder determinar todas estas creencias con Alberto se utilizaron intervenciones cognitivas que permitieron ir revisando las reglas, expectativas o actitudes, poco a poco se le fue psico-educando y esto ayudó a la evaluación de las creencias. Alberto pudo darse cuenta que era muy rígido por lo que se empezó a cuestionar esta rigidez con el fin de buscar maneras más funcionales de percibir a la gente, a sí mismo y al mundo.

Creencias centrales

Las creencias centrales fueron reconocidas por Alberto en base a sus pensamientos de “siempre voy a estar solo”, “no sirvo para nada”, “para que seguir viviendo”, “soy vulnerable”. Para él estas eran creencias absolutamente verdaderas por lo que fue difícil cambiarlas, sin embargo al relacionar con situaciones positivas de su vida Alberto pudo darse cuenta que en algunas situaciones puede sentirse vulnerable pero no como una generalidad, también se dio cuenta y logró identificar que sí hay razones por las cuales él quiere seguir viviendo y que sí es importante para la vida de muchas personas. Al relacionar cada creencia con experiencias positivas de la vida de Alberto, él sintió mucho más confiado de sí mismo y las creencias disfuncionales cambiaron por creencias más adaptativas las cuales fueron evaluadas para asegurarse de la importancia de las mismas para Alberto.

Aspectos éticos

Basándonos en el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA).

Los principios generales del Código de Ética en los que nos basamos para las terapias psicológicas son:

1. Beneficiencia no maleficiencia
2. Fidelidad y responsabilidad
3. Integridad
4. Justicia
5. Respeto a los derechos de otras personas (Fisher, 2009).

Al iniciar la terapia con Alberto lo primero que se hizo fue firmar el consentimiento informado como dice el principio 10.01 Consentimiento Informado en Terapia, en el que se especifican los estándares de privacidad, confidencialidad y las normas en cuanto a las sesiones terapéuticas (Fisher, 2009). (Ver Anexo A). Alberto accedió a que las sesiones sean grabadas y que se tome nota clínicas, se resguardará toda la información personal del paciente con el fin de no revelar su identidad, es por eso que el nombre utilizado en el presente estudio de caso no es el verdadero.

En cuanto a la competencia del terapeuta el código de ética 2.01 determina que el psicólogo que brinda su servicios debe tener los límites de competencia adecuados (Fisher, 2009). En este caso el terapeuta sigue siendo estudiante por lo que se tendrá una constante supervisión de parte de profesionales en el área, el paciente fue informado sobre esto.

En el principio 3.11 del código de ética, se menciona que los terapeutas que brindan servicios por medio de una organización en este caso la Universidad San Francisco de Quito, deben informar a los pacientes sobre los objetivos de la organización, del servicio, de quién tendrá acceso a su información y los límites de confidencialidad (Fisher, 2009).

Antes de empezar a redactar el estudio de caso, el terapeuta conversó con el paciente para informarle que el caso será escrito para una tesis. El paciente accedió con el compromiso de que no se revele su identidad, para esto se utilizó el principio 4.07 del código de ética, el cual postula que el uso de información confidencial con motivos didácticos debe ser protegido por el terapeuta con el fin de no revelar la identidad del paciente a menos que el paciente acceda revelarla o exista un motivo legal para hacerlo (Fisher, 2009)

Transferencia

Transferencia se la cataloga a la situación de cómo el paciente se comporta frente al terapeuta, atribuyéndole características de su persona, es decir si proyecta en el terapeuta sus fantasías o deseos. Esta transferencia puede ser positiva si el efecto transferido al terapeuta es el mismo que fue sentido en su infancia hacia los padres, o también puede ser negativa si el efecto transferido genera rechazo, resistencia o asociaciones libres repetitivas (Portuondo, 1972). La transferencia es por tanto la percepción que tiene el paciente del terapeuta, al tener una percepción positiva el trabajo terapéutico se realizará de manera más fluida y en un ambiente de más confianza, mientras que si la transferencia es negativa el paciente no se sentirá cómodo y al no haber alianza terapéutica el proceso como paciente no se podrá realizar.

En el presente estudio de caso con Alberto se pudo evidenciar desde las primeras sesiones un ambiente seguro donde él sintió la confianza de poder descargar sus pensamientos, sentimientos e ideas sin sentirse avergonzado, a raíz de esto se pudo crear una buena empatía la cual ayudó a crear una buena alianza terapéutica. Se vio que con Alberto la transferencia fue asertiva por lo que esta no interfirió con el desarrollo de la terapia, sino que generó cambios positivos para el paciente. Hubieron algunas

problemas de tiempo, en los cuales las sesiones no se podían realizar, sin embargo no era por resistencia del paciente sino por salidas de la ciudad o al exterior por parte de Alberto.

Contratransferencia

La contratransferencia consiste en las emociones que el terapeuta puede llegar a sentir hacia su paciente, esto es de mucha importancia ya que si hay emociones fuertes con el paciente puede haber sesgo en el proceso terapéutico. Si las emociones son leves, se dice que se podrá dominar y evitar expresiones, sin embargo si las emociones llegarían a ser fuertes entonces el paciente debe ser referido ya que el terapeuta no podrá causar ningún beneficio (Portuondo, 1972).

Por lo tanto, la contratransferencia consiste en las emociones que se pueden generar de parte del terapeuta hacía el paciente. En algunos casos el paciente llego tarde a la sesión, o cancelaba la cita poco antes de la hora indicada, se pudo percibir una situación de rechazo y los pensamientos que venían a la mente era que “no le gustaba al paciente la terapia” o que “ya no iba a regresar”. Como respuesta ante esto se le tolero al paciente estos retrasos, por temor a que el paciente abandone la terapia, sin embargo conforme el proceso iba avanzando estos retrasos se lograron disminuir ya que el paciente lograba sentirse cómodo y a gusto con el proceso que se estaba realizando.

En el estudio de caso presente, en algún momento de terapia fue necesaria la supervisión de parte del profesor, debido a una situación de recaída del paciente sobre la falta de razones por las cuales vivir. En ese momento se sintió ansiedad por no saber qué hacer al respecto pues se pensó que el paciente podía cometer un acto suicida, sin embargo con

supervisión por parte del profesor se pudo manejar esta situación preocupante de manera adecuada obteniendo resultados positivos para el paciente. En estos casos de contra transferencia fue de suma importancia la supervisión de parte de profesores ya que permitieron aclarar pensamientos y emociones para poder modificarla en terapia.

Importancia del estudio

El estudio de caso descrito anteriormente es significativo debido a que toda la teoría utilizada podría beneficiar a futuros estudiantes los cuales se interesen por la terapia cognitiva conductual frente a un caso de depresión mayor. Este estudio benefició al terapeuta para poder trabajar con su paciente ya que el caso fue analizado en profundidad, dando como resultado herramientas para el paciente.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

Como se pudo ver en el marco teórico la terapia cognitiva conductual es una de las terapias más efectivas para la disminución de síntomas depresivos. En el presente estudio de caso se pudo determinar la reducción de ciertos síntomas que el paciente presentaba al inicio de terapia.

El diagnóstico del paciente fue el de depresión mayor, episodio único, crónico; el mismo que desencadenaba pensamientos automáticos disfuncionales basados en creencias centrales las cuales eran aceptadas por el paciente como verdades absolutas. Lo que se hizo con el paciente fue reconocer estos pensamientos y creencias para poder relacionarlas con sus propias experiencias positivas y así ir cambiando estos pensamientos a que sean más funcionales para la mejora del paciente. El paciente obtuvo herramientas para poder reconocer, analizar y modificar sus pensamientos y creencias, las cuales le ayudarán en un futuro para que estas sean funcionales.

Limitaciones del estudio

El estudio de caso permite llegar a una relación estrecha y profunda con el paciente (Huerta, 2005). Este estudio fue muy útil para el terapeuta ya que pudo conceptualizar el

caso, analizándolo a profundidad con el objetivo de poder brindar al paciente herramientas que favorezcan su desarrollo. Al ser este un estudio de caso específico, no puede ser generalizado a la comunidad en general (Huerta, 2005). Debido a que las experiencias, pensamientos y creencias de cada individuo son personales.

Una desventaja del estudio de caso, es que este es un método de investigación abierto por lo que no se pueden controlar las variables, causas, efectos, ni el ambiente por lo que no sería posible el tener correlaciones (Huerta, 2005). Por otro lado, los estudios de caso por lo general buscan patrones que no han sido investigados a profundidad, sin embargo en el presente estudio ese no fue el caso ya que no se encontraron nuevos síntomas, se trató con un caso de depresión mayor el cual contó con bastante apoyo teórico existente.

Una limitante pudo ser la falta de experiencia del terapeuta, ya que en terapia uno se maneja bajo sus propios instintos y habilidades, lo cual podría haber caído en faltas éticas por parte del terapeuta, sin embargo la ayuda de la supervisión por parte de profesores ayudó y guió el proceso terapéutico evitando cualquier tipo de riesgo para el paciente (Huerta, 2005).

Recomendaciones para futuros estudios

Sería interesante poder realizar estudios más amplios como sería en el caso de grupos de estudio, también podría darse el analizar personas individuales que cumplan con el mismo diagnóstico y poder ver la efectividad de la terapia en los diferentes casos. Por otro lado, el utilizar información local sobre el tema para que así los resultados obtenidos sean más relacionados con el Ecuador.

Resumen general

Alberto acude a terapia con ideaciones suicidas recurrentes y cuadros depresivos importantes los cuales preocupan al terapeuta por lo que el objetivo principal era el de

disminuir las ideaciones y encontrar herramientas para que el paciente pueda manejarse. A lo largo de la terapia se logra encontrar actividades alternativas para que el paciente las utilice en casos de sentirse en un cuadro depresivo, se le psico-educó al paciente sobre su trastorno y con la terapia cognitiva conductual se logra enseñar al paciente estrategias las cuales él pueda usar en el momento de tener estos episodios. Al finalizar la terapia se logró disminuir ciertos síntomas que se presentaban al comienzo de terapia, y sobre todo las ideaciones suicidas ya no se presentan en el paciente ya que pudo darse cuenta de la importancia de su persona para el mundo que lo rodea, a pesar de que algunos síntomas se mantuvieron Alberto se siente mucho más confiado en sí mismo y más a fin con la vida.

REFERENCIAS

- American Psychiatry Association(DSM-IV-TR). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision*. Washington, DC: Author.
- Barlow, D. (2007). *Psicopatología*. México: Cengage Learning
- Beck, A.(1976).*Cognitive therapy and emotional disorders*. USA: Penguin Book
- Beck, A. et al.(1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. The Guilford Press, New York
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclee de Brouwer
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy* (2nd ed). New York: The Guilford Press
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. A. (2005). *Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos*. *Salud Mental*, 28(1), 72-81. Obtenido en octubre 2012 de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=6689>
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio*. México: El Manual Moderno
- Gempp, R. (2008). *Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos*. *Ter Psicol*, Santiago, v.26,n.1,jul.2008. DOI: 10.4067/S0718-48082008000100004: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100004
- González-Santos, L., E. Mercadillo, R., Graff, A., & A. Barrios, F. (2007). *Versión Computarizada para la Aplicación del Listado de Síntomas (SCL 90) y del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)*. (Spanish). *Salud Mental*, 30(4), 31-40. Obtenido 9 oct 2012: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=4a8713ae-483a-4acf-a0c2-074b90e7e8db%40sessionmgr113&vid=1&hid=119&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=26970609>
- Greene, R. (1991). *The MMPI-2 an Interpretive Manual* . Allyn and Bacon.

- Fisher, C. B. (2009). *Decoding the ethics code, a practical guide for psychologists*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Good, B. et al. (1985) *Culture and depression*. United States: University of California
- Guibert W. (2002). *Enfrentamiento especializado al paciente suicida*. Revista Cubana Medicina General Integrativa v.18 n.2 Ciudad de La Habana. Mar-Abr.2002. *versión impresa* ISSN 0864-2125
- Hernández, E. (1988). *Descripción de algunas características de los niveles sociales en Guadalajara*. Revista de Mercados y Negocios Internacionales. 13(72).
- Huerta, J. (2005). *Guía para los estudios como técnica de evaluación o investigación*. Obtenido de http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLobj-116/Estudio_de_caso.pdf
- Lowen, A. (1982). *La depresión y el cuerpo*. España: Alianza Editorial
- Mendels, J. (1982). *La depresión*. Barcelona: Herder
- O_Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. «Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology». *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26:237-235.
- Portuondo, J. (1972). *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Risso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Rodríguez, M., Pérez, R., Valdez, E., & Barreras, A. (2012). *Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora*. (Spanish). *Salud Mental*, 35(1), 45-50.
- Seligman, M. (1981). *Indefension*. Madrid: Editorial El Debate
- Seligman, M. (1992). *Helplessness*. United States: University of Pennsylvania
- Urizar, A. (2011). *Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos*. (Spanish). *Universitas Psychologica*, 10(3), 721-734.
- Vélez, Y. (2012). *Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as*. *Revista Puertorriqueña De Psicología*, 23(1), 1-17.
- Villalobos Galvis, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Universidad de Granada.

ANEXOS**ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO****COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS****CONSENTIMIENTO**

Fecha: _____

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

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.

Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Sicológica de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para sicólogos clínicos.

También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a **cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.****Firma de la persona que recibe atención sicológica**

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

ANEXO B. SCL-90R

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

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre**Educación:** Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto Primario completo Secundario completo Superior completo**Estado civil:** Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

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

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

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

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

	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado					
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					

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

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

85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ANEXO C. MMPI-2

NO PONGA NINGUNA MARCA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto fresco(a) y descansado(a) casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario(a).
5. Me despierto fácilmente con el ruido.
6. Mi padre es un buen hombre, o (si su padre murió) mi padre era un buen hombre.
7. Me gusta leer artículos sobre el crimen en el periódico.
8. Por lo general mis manos y pies están lo suficientemente calientes.
9. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado(a).
10. Estoy más o menos tan capacitado(a) para trabajar ahora como lo he estado siempre.
11. Me parece tener un nudo en la garganta la mayor parte del tiempo.
12. Mi vida sexual es satisfactoria.
13. La gente debiera tratar de comprender sus sueños y guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos o advertencias.
14. Me gustan los cuentos de detectives o de misterio.
15. Trabajo bajo una tensión muy grande.
16. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas.
17. Estoy seguro(a) que la vida me trata mal.
18. Sufro de ataques de náuseas y vómitos.
19. Cuando asumo un trabajo nuevo me gusta averiguar con quién es importante que sea amable.
20. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
21. A veces he sentido muchísimos deseos de abandonar mi hogar.
22. Nadie parece comprenderme.
23. A veces me dan ataques de risa y llanto que no puedo controlar.
24. A veces espíritus malos se poseen a mi.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que lo mejor es callarme la boca cuando estoy en un apuro.
27. Cuando alguien me hace un mal, siento que debo de pagarle con la misma moneda si es que puedo, sólo por cuestión de principio.
28. Padezco de problemas estomacales varias veces a la semana.
29. A veces siento ganas de decir malas palabras.
30. Me dan pesadillas una que otra noche.
31. Me cuesta concentrarme en una tarea o trabajo.
32. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
33. Raras veces me preocupo por mi salud.
34. Nunca me he visto envuelto(a) en problemas a causa de mi conducta sexual.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

35. Algunas veces cuando era joven robé cosas.
36. Tengo tos la mayor parte del tiempo.
37. A veces me dan ganas de destrozar cosas.
38. He tenido periodos de días, semanas, o meses en los cuales no podía ocuparme de nada por no tener el ánimo para hacerlo.
39. Mi sueño es sobresaltado e intranquilo.
40. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
41. No siempre digo la verdad.
42. Si la gente no la hubiera tomado conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.
43. Mi habilidad para juzgar y tomar decisiones es ahora mejor que nunca.
44. Una vez por semana o con más frecuencia, siento de pronto calor por todo el cuerpo sin razón aparente.
45. Me encuentro en tan buenas condiciones de salud física como la mayoría de mis amigos.
46. Prefiero hacerme el (la) desentendido(a) con amigos(as) de la escuela o con personas conocidas a quienes no he visto por mucho tiempo, a menos que ellos(as) me hablen primero.
47. Casi nunca siento dolor en el corazón o en el pecho.
48. En cualquier momento dado preferiría sentarme a soñar despierto(a) que hacer cualquier otra cosa.
49. Soy una persona muy sociable.
50. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
51. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
52. No he vivido un tipo de vida propio y correcto.
53. Con frecuencia siento como un ardor, hormigueo, o adormecimiento en partes de mi cuerpo.
54. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el que pienso escoger) como ocupación principal para toda mi vida.
55. A veces insisto tanto en algo, que los demás pierden la paciencia conmigo.
56. Quisiera poder ser tan feliz como otros parecen serlo.
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
58. Creo que muchísimas personas exageran sus desgracias para ganarse la compasión y ayuda de los demás.
59. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
60. Cuando estoy con otras personas, me molestan cosas muy extrañas que oigo.
61. Soy una persona importante.
62. A menudo he deseado ser mujer. (O si usted es mujer: nunca me ha pasado ser mujer.)
63. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
64. Me gusta leer novelas de amor.
65. Casi siempre me siento triste.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

66. Sería mejor si casi todas las leyes fueran eliminadas.
67. Me gusta la poesía.
68. De vez en cuando mortifico a los animales.
69. Creo que me gustaría el tipo de trabajo que hace un guardabosques.
70. Soy vencido(a) fácilmente en una discusión.
71. En estos días me es difícil mantener la esperanza de llegar a ser alguien.
72. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
73. Ciertamente carezco de confianza en mí mismo(a).
74. Me gustaría ser florista.
75. Por lo general siento que la vida vale la pena.
76. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayoría de la gente de la verdad.
77. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
78. Le agrado a la mayoría de las personas que me conocen.
79. No me importa si la gente se burla de mí.
80. Me gustaría ser enfermero(a).
81. Creo que la mayoría de la gente mentiría para salir adelante.
82. Hago muchas cosas de las que después me arrepiento (me arrepiento más que los demás de las cosas).
83. Tengo muy pocas peleas con miembros de mi familia.
84. Me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.
85. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o chocante.
86. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde hay mucha alegría y bullicio.
87. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible tomar una decisión.
88. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
89. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo(a).
90. Quiero a mi padre, o (si su padre murió) quise a mi padre.
91. Tengo poca o ninguna molestia a causa de espasmos o contracciones musculares.
92. No parece importarme lo que me suceda.
93. A veces cuando no me siento bien me pongo irritable.
94. La mayor parte del tiempo me siento como si hubiera hecho algo malo o malvado.
95. Soy feliz la mayor parte del tiempo.
96. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
97. Parece que mi cabeza o nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
98. Algunas personas son tan mandonas que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
99. Alguien me la tiene jurada.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

100. Nunca he hecho algo peligroso sólo por la emoción de hacerlo.
101. A menudo siento como si tuviera un cintillo apretado alrededor de mi cabeza.
102. Me enojo algunas veces.
103. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando hago apuestas.
104. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
105. En la escuela a veces me llevaron ante el director por mala conducta.
106. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni incógnita, ni ronca).
107. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otras personas.
108. Cualquier persona capaz y dispuesta a trabajar duro tiene una buena probabilidad de obtener éxito.
109. Me parece que soy tan capaz e inteligente como la mayoría de las personas que me rodean.
110. La mayoría de la gente se valdría de medios algo injustos para obtener una ganancia o ventaja.
111. Tengo muchos trastornos estomacales.
112. Me gustan las artes dramáticas.
113. Sé quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.
114. Algunas veces siento tal atracción por los artículos personales de otras personas, como zapatos, guantes, etc., que me dan ganas de manosearlos o robarlos aunque no tenga uso para ellos.
115. Ver sangre no me asusta ni me enferma.
116. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan malhumorado(a) e irritable.
117. Nunca he vomitado o expectorado sangre.
118. No me preocupa contagiarme de enfermedades.
119. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
120. Con frecuencia encuentro necesario defender lo que creo que es justo.
121. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
122. A veces mis pensamientos han pasado por mi mente con más rapidez de lo que he podido expresarlos en palabras.
123. Si pudiera entrar a un cine sin pagar con la seguridad de no ser visto, probablemente lo haría.
124. A menudo pienso qué razón oculta puede tener otra persona cuando tiene una amabilidad conmigo.
125. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayoría de las personas que conozco.
126. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
127. La crítica o el regaño me hieren terriblemente.
128. Me gusta cocinar.
129. Mi conducta está mayormente controlada por el comportamiento de los que me rodean.
130. Verdaderamente a veces siento que no sirvo para nada.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

131. Cuando niño(a) tenía un grupo de amigos que tratábamos de mantenernos leales en todo tipo de problemas.
132. Creo en otra vida después de ésta.
133. Me gustaría ser soldado.
134. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
135. Con frecuencia he perdido oportunidades porque no he podido decidirme a tiempo.
136. Me impacienta que me pidan consejos o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
137. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
138. Creo que están conspirando contra mí.
139. Preferiría ganar a perder en un juego.
140. Casi todas las noches me voy a dormir sin pensamientos o ideas que me causen molestia.
141. Durante los últimos años he estado bien la mayor parte del tiempo.
142. Nunca he tenido ataques o convulsiones.
143. No estoy subiendo ni bajando de peso.
144. Creo que me están siguiendo.
145. Siento que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
146. Lloro con facilidad.
147. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
148. Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora.
149. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
150. Algunas veces siento como si tuviera que herirme a mí mismo(a) o a otra persona.
151. Resiento cuando alguien me embauca tan hábilmente que tengo que admitir haber sido engañado(a).
152. No me canso con facilidad.
153. Me gusta conocer alguna gente importante porque eso me hace sentir importante.
154. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
155. No me sentiría nervioso(a) si algún miembro de mi familia tuviera problemas con la ley.
156. Nunca me siento feliz a menos que esté vagabundeando o viajando de un lado a otro.
157. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
158. Me siento incómodo(a) cuando tengo que hacer una payasada en una fiesta, aún si otros estén haciendo lo mismo.
159. Nunca he tenido un desmayo.
160. Me gustaba la escuela.
161. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido(a).
162. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
163. No les tengo mucho miedo a las serpientes.
164. Rara vez o nunca tengo mareos.
165. Mi memoria parece estar bien.
166. Me preocupa el sexo.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

167. Me es difícil entablar conversación con personas recién conocidas.
168. He tenido períodos en los cuales he realizado actividades sin saber más tarde lo que he estado haciendo.
169. Cuando me aburro me gusta provocar algo excitante.
170. Tengo miedo de perder el juicio.
171. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
172. Con frecuencia noto que mi mano tiembla cuando trato de hacer algo.
173. Puedo leer por largo rato sin que se me canse la vista.
174. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
175. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
176. Muy pocas veces me duele la cabeza.
177. Mis manos no se han puesto torpes o poco hábiles.
178. Algunas veces, cuando paso una vergüenza, empiezo a sudar, lo cual me molesta muchísimo.
179. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
180. Hay algo que no anda bien en mi mente.
181. No padezco de ataques de alergia ni de asma.
182. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos ni el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
183. No me agradan todas las personas que conozco.
184. Muy pocas veces sueño despierto(a).
185. Desearía no ser tan tímido(a).
186. No me da miedo manejar dinero.
187. Si you fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir noticias del teatro.
188. Me gustan muchas distintas clases de diversiones y recreaciones.
189. Me gusta flirtear (coquetear).
190. Mi familia me trata más como niño(a) que como adulto.
191. Me gustaría ser periodista.
192. Mi madre es una buena mujer, o (si su madre murió) mi madre era una buena mujer.
193. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
194. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
195. Hay muy poco amor y compañerismo en mi familia en comparación con otros hogares.
196. Frecuentemente me encuentro preocupado(a) por algo.
197. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
198. A menudo oigo voces sin saber de donde vienen.
199. Me gusta la ciencia.
200. No me es difícil pedir ayuda a mis amigos, aunque no pueda devolverles el favor.
201. Me gusta mucho cazar.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

202. Con frecuencia mis padres han puesto reparos al tipo de gente con quien acostumbraba andar.
203. A veces chismeo un poco.
204. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
205. Algunos miembros de mi familia tienen hábitos que me molestan e incomodan muchísimo.
206. A veces siento que puedo tomar decisiones con una facilidad fuera de lo común.
207. Me gustaría pertenecer a varios clubes.
208. Raras veces noto mi corazón palpar y muy pocas veces me falta la respiración.
209. Me gusta hablar sobre el sexo.
210. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
211. He sido inspirado(a) hacia un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido cuidadosamente desde entonces.
212. Algunas veces he sido un obstáculo en el camino de personas que trataban de hacer algo, no porque eso importara mucho, sino por cuestión de principios.
213. Me enojo con facilidad, pero se me pasa pronto.
214. He sido bastante independiente y libre de la dominación de mi familia.
215. Soy muy dado(a) a preocupaciones oscuras y sombrías.
216. Alguien ha estado tratando de robarme.
217. Casi todos mis parientes simpatizan conmigo.
218. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado(a) en una silla por mucho tiempo.
219. He sido desilusionado(a) en el amor.
220. Nunca me preocupo por mi apariencia personal.
221. Sueño frecuentemente con cosas que mejor las reservo para mí.
222. Se debe enseñar a los niños los hechos fundamentales del sexo.
223. Creo que no soy más nervioso(a) que la mayoría de las personas.
224. Tengo pocos o ningún dolor.
225. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal entendido por los demás.
226. A veces, sin razón alguna o incluso cuando las cosas andan mal, me siento sumamente feliz, "como un rey."
227. No culpo a la gente por tratar de apoderarse de todo lo que puedan en este mundo.
228. Hay personas que están tratando de apoderarse de mis ideas y pensamientos.
229. He tenido trances en los cuales mi mente se ha quedado en blanco, mis actividades se interrumpieron y no sabía lo que pasaba a mi alrededor.
230. Puedo ser amistoso(a) con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
231. Me gusta estar en un grupo en el que se hagan bromas unos a otros.
232. A veces en las elecciones, voto por personas de quienes sé muy poco.
233. Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

234. Creo que estoy condenado(a) o que no tengo salvación.
235. En la escuela fui lento(a) en aprender.
236. Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
237. No me molesta el no ser mejor parecido (o más bonita).
238. Sudó muy fácilmente, aun en días fríos.
239. Tengo absoluta confianza en mí mismo(a).
240. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
241. Es más seguro no confiar en nadie.
242. Una o más veces por semana me pongo muy excitado(a).
243. Cuando estoy en un grupo de personas me cuesta pensar en cosas apropiadas para hablar.
244. Cuando me siento desanimado(a), algo excitante me saca casi siempre de ese estado.
245. Cuando salgo de casa no me preocupa si las puertas y ventanas quedan bien cerradas.
246. Creo que mis pecados son imperdonables.
247. Tengo adormecida una o más partes de la piel.
248. No culpo a la persona que se aprovecha de la gente que se expone a tal cosa.
249. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
250. A veces me ha divertido tanto la astucia de algunos criminales que he deseado que se salgan con la suya.
251. Con frecuencia he sentido que desconocidos me estaban mirando con ojos críticos.
252. Todo tiene el mismo sabor.
253. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
254. La mayoría de la gente se hace de amigos porque es probable les puedan ser útiles.
255. No noto que me zumben o silben los oídos con frecuencia.
256. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a quienes usualmente quiero.
257. Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
258. Puedo dormir de día pero no de noche.
259. Estoy seguro(a) de que la gente habla de mí.
260. De vez en cuando me río de chistes sucios.
261. Tengo muy pocos temores en comparación con mis amigos.
262. No me turbaría si en un grupo de personas, se me pidiera iniciar una discusión o dar una opinión sobre algo que conozco bien.
263. Siempre siento disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los alegatos de un abogado astuto.
264. He bebido alcohol en exceso.
265. Por lo general no le hablo a las personas hasta que ellas no me hablan a mí.
266. Nunca he tenido problemas con la ley.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

267. Tengo períodos en los que me siento desacomodadamente alegre sin que exista una razón especial.
268. Quisiera no ser molestado(a) por pensamientos sexuales.
269. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en ello.
270. No me molesta de manera particular ver sufrir a los animales.
271. Creo que siento con mayor intensidad que la mayoría de las personas.
272. En ningún momento de mi vida me gustó jugar con muñecas.
273. La mayor parte del tiempo la vida es una carga pesada para mí.
274. Soy tan quisquilloso(a) acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
275. En la escuela me era muy difícil hablar en frente a la clase.
276. Quiero a mi madre, o (si su madre murió) quise a mi madre.
277. Aun cuando estoy acompañado(a), me siento solo(a) la mayor parte del tiempo.
278. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
279. Rehusó participar en algunos juegos porque no soy hábil en ellos.
280. Me parece que hago amistades tan rápidamente como los demás.
281. No me gusta tener gente a mi alrededor.
282. Me han dicho que camino cuando estoy dormido(a).
283. La persona que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección es tan culpable del robo como quien la roba.
284. Creo que casi todo el mundo diría una mentira para evitarse un problema.
285. Soy más susceptible que la mayoría de la gente.
286. A la mayoría de la gente, en su fuero interno, le disgusta esforzarse para ayudar a los demás.
287. Muchos de mis sueños son acerca del sexo.
288. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
289. Me avergüenzo fácilmente.
290. El dinero y los negocios me preocupan.
291. Nunca he estado enamorado(a) de nadie.
292. Las cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
293. Casi nunca sueño.
294. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
295. Nunca he estado paralizado(a) ni he sufrido de ninguna debilidad muscular fuera de lo común.
296. A veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado(a).
297. Mi madre o mi padre frecuentemente me obligaron a obedecer, aun cuando yo creía que eso no era razonable.
298. A veces percibo olores peculiares.
299. No puedo concentrarme en una sola cosa.

FASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

300. Tengo razones para sentirme celoso(a) de uno o más miembros de mi familia.
301. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
302. Me impaciento fácilmente con la gente.
303. La mayor parte del tiempo quisiera estar muerto(a).
304. Algunas veces me excito tanto que me cuesta dormirme.
305. Sin duda alguna, en cuanto a preocupaciones, he tenido más de la cuenta.
306. A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.
307. A veces digo tan bien que me molesta.
308. Se me olvida inmediatamente lo que la gente me dice.
309. Generalmente tengo que detenarme y pensar antes de actuar, aun en asuntos sin importancia.
310. A menudo cruzo la calle para no encontrarme con alguien que veo venir.
311. A menudo siento como si las cosas no fueran reales.
312. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
313. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia, tales como bombillos en anuncios luminicos, etc.
314. No tengo enemigos que realmente deseen hacerme daño.
315. Tiendo a ponerme en guardia con la gente que es algo más amistosa de lo que yo esperaba.
316. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
317. Me pongo ansioso(a) y alterado(a) cuando tengo que hacer un corto viaje fuera de casa.
318. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
319. Digo cosas extrañas cuando estoy solo(a).
320. He tenido miedo a cosas o personas que sabía que no me podían hacer daño.
321. No temo entrar solo(a) a un lugar donde ya haya gente reunida hablando.
322. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
323. Algunas veces disfruto hiriendo a las personas que amo.
324. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
325. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parecen tener los demás.
326. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
327. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente y no puedo librarme de ellas.
328. Algunas veces algún pensamiento sin importancia me viene a la mente y me molesta por días.
329. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
330. A veces estoy lleno(a) de energía.
331. Tiendo a tomar las cosas muy a pecho.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

332. A veces he disfrutado al ser herido(a) por un ser querido.
333. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
334. Me siento incómodo cuando estoy "bajo techo" (dentro de una habitación, casa o edificio, etc.).
335. No soy extraordinariamente consciente de mí mismo(a).
336. Alguien tiene control sobre mi mente.
337. En reuniones sociales o fiestas, es más probable que me sienta solo(a) o con una sola persona, en vez de unirme al grupo.
338. La gente me desilusiona a menudo.
339. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
340. Me encanta ir a bailes.
341. A veces mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.
342. En los trenes, autobuses, etc., a menudo hablo con desconocidos.
343. Me gustan los niños.
344. Me divierte apostar cuando se trata de poco dinero.
345. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio al mundo.
346. A menudo he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
347. Me siento una fracasado(a) cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
348. A menudo pienso: "quisiera volver a ser niño(a)."
349. Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo(a).
350. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
351. Me avergüenzan los cuentos sucios.
352. Generalmente la gente exige más respeto para sus propios derechos, que lo que está dispuesta a concederle a los demás.
353. Me agradan las reuniones sociales nada más que por estar con gente.
354. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
355. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas, hipnotizándome.
356. Me es difícil dejar a un lado una tarea que he emprendido, aun cuando sea por poco tiempo.
357. Frecuentemente no me entero de los chismes del grupo a que pertenezco.
358. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, sólo porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
359. Gozo con la excitación de una multitud.
360. No me molesta conocer gente desconocida.
361. Alguien ha estado tratando de influir mi mente.
362. Recuerdo haberme "hecho el(la) enfermo(a)" para zafarme de algo.
363. Mis preocupaciones parecen desaparecer cuando estoy con un grupo de amigos animados.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

364. Me dan ganas de darme por vencido(a) rápidamente cuando las cosas me salen mal.
365. Me gusta hacerle saber a la gente mi punto de vista acerca de las cosas.
366. He tenido períodos en que me sentía tan lleno de energía que por días al dormir no me parecía necesario.
367. Siempre que me es posible, evito encontrarme en una multitud.
368. Rehuyo de hacer frente a una crisis o dificultad.
369. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
370. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
-
371. A menudo he deseado pertenecer al sexo opuesto.
372. No me enojó con facilidad.
373. He hecho algunas cosas malas en el pasado de las que nunca le digo a nadie.
374. Casi toda la gente recurre a medios algo injustos para salir adelante en la vida.
375. Me pone nervioso(a) cuando la gente me hace preguntas personales.
376. Siento que no puedo planear mi propio futuro.
377. No estoy contento(a) conmigo mismo de la manera que soy.
378. Me enojó cuando mis amigos o familiares me aconsejan como debo vivir mi vida.
379. Recibí muchas palizas de niño(a).
380. Me molesta cuando la gente dice cosas agradables acerca de mí.
381. No me gusta oír a la gente opinar sobre la vida.
382. A menudo tengo serios desacuerdos con personas cercanas.
383. Cuando las cosas se ponen realmente malas, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia.
384. Me gustaba jugar a "las casitas" cuando era niño(a).
385. No le temo al fuego.
386. A veces me he mantenido alejado(a) de otra persona porque he temido hacer o decir algo de lo que pudiera arrepentirme después.
387. Sólo puedo expresar mis verdaderos sentimientos cuando bebo.
388. Muy rara vez tengo períodos de tristeza.
389. Con frecuencia me han dicho que soy enojadizo(a) e impetuoso(a).
390. Quisiera poder dejar de preocuparme por cosas que he dicho y que puedan haber herido los sentimientos de otras personas.
391. Me siento incapaz de contarle a alguien todo acerca de mí.
392. Los relámpagos son uno de mis temores.
393. Me gusta tener intrigados a los demás sobre lo que voy a hacer.
394. Frecuentemente mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades que he tenido que abandonarlos.
395. Me da miedo estar solo(a) en la obscuridad.

396. Muchas veces me he sentido mal al no ser comprendido(a) cuando trataba de evitar que alguien cometiese un error.
397. Las tempestades me aterrorizan.
398. Frecuentemente pido consejo a la gente.
399. El futuro es demasiado incierto como para que una persona haga planes serios.
400. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
401. No le tengo miedo al agua.
402. Frecuentemente tengo que "consultar con la almohada" antes de tomar una decisión.
403. A menudo los demás no han comprendido mis intenciones cuando trataba de ayudarles y corregirles.
404. No tengo dificultad al tragar.
405. Por lo general soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.
406. Ciertamente me gustaría ganarle a un criminal en su propio juego.
407. Merezco un severo castigo por mis pecados.
408. Tiendo a tomar los desengaños tan a pecho que no puedo dejar de pensar en ellos.
409. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
410. A menudo me molesta tanto que alguien trate de adelantarse en una cola que le llamo la atención.
411. A veces pienso que no sirvo para nada.
412. Cuando muchacho(a) a menudo no asistía a la escuela aun cuando debía haber ido.
413. Uno o más miembros de mi familia son muy nerviosos.
414. A veces he tenido que ser áspero(a) con personas rudas o molestosas.
415. Me preocupo bastante por posibles desgracias.
416. Tengo opiniones políticas bien definidas.
417. Me gustaría ser corredor(a) de autos.
418. Está bien darle la vuelta a la ley, siempre que realmente uno no la viole.
419. Hay ciertas personas que me desagradan tanto, que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
420. Me pone nervioso(a) tener que esperar.
421. Tiendo a dejar algo que deseo hacer porque otros piensan que no lo estoy haciendo bien.
422. Cuando era joven me gustaba lo emocionante.
423. Con frecuencia estoy dispuesto a causarme una inconveniencia para ganarle a alguien que me ha llevado la contraria.
424. Me molesta que la gente en las calles, tiendas, etc., me estén mirando.
425. El hombre que más tuvo que ver conmigo cuando era niño(a) (mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
426. Me gustaba jugar a "la rayuela**" y saltar a la cuerda.
*Juego en el cual se tira una piedra pequeña en diferentes secciones de una figura dibujada en el suelo para luego recogerla saltando en una sola pata.
**

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

427. Nunca he tenido una visión.
428. Varias veces he cambiado de opinión acerca del tipo de trabajo o carrera que he escogido.
429. Excepto por orden del médico, nunca tomo drogas o pastillas para dormir.
430. A menudo me pesa ser tan irritable y gruñón(a).
431. En la escuela sacaba mala nota en conducta con bastante regularidad.
432. Me fascina el fuego.
433. Cuando estoy acorralado(a), digo sólo aquella parte de la verdad que es probable no me perjudique.
434. Si me hallara en dificultades junto a varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa encima antes que delatarlos.
435. A menudo le tengo miedo a la obscuridad.
436. Cuando un hombre está con una mujer usualmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
437. Generalmente soy bien directo(a) con la gente a quien estoy tratando de corregir o mejorar.
438. Me produce terror la idea de un terremoto.
439. Me vuelvo cien por ciento partidario(a) de una buena idea con presteza.
440. Generalmente resuelvo las cosas por mí mismo(a) en vez de buscar alguien que me enseñe como hacerlas.
441. Temó encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
442. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo por algo que realmente no importaba.
443. No trato de encubrir la mala opinión o lástima que me inspiran otros de manera que no sepan como siento.
444. Soy una persona muy nerviosa y tensa.
445. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parecen arreglar las cosas de tal modo, que ellas reciben el reconocimiento de una buena labor, sin embargo le atribuyen los errores a sus subordinados.
446. A veces me es difícil defender mis derechos por ser tan reservado(a).
447. La suciedad me espanta o me repugna.
448. Tengo una vida de ensueños sobre la cual no cuento a nadie.
449. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
450. No puedo hacer nada bien.
451. A menudo me siento culpable porque finjo mayor pesar del que realmente siento acerca de algo.
452. Por regla general defiendo firmemente mis propias opiniones.
453. No le temo a las arañas.
454. El futuro me parece sin esperanzas.
455. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
456. Me gustaría usar ropa cara.
457. La gente puede hacerme cambiar de opinión con bastante facilidad aun cuando ya haya tomado una decisión.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

458. Me ponen nervioso(a) ciertos animales.
459. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
460. Varias veces he sido la última persona en darme por vencido(a) al tratar de hacer algo.
461. Me enoja que la gente me apure.
462. No tengo miedo a los ratones.
463. Varias veces por semana siento como si algo espantoso fuera a suceder.
464. Me siento cansado(a) una buena parte del tiempo.
465. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
466. A veces estoy seguro(a) que la gente puede saber lo que estoy pensando.
467. Me gusta leer sobre temas científicos.
468. Tengo miedo de estar solo(a) en un sitio amplio al descubierto.
469. Algunas veces me siento a punto de derrumbarme.
470. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
471. Con frecuencia he sentido miedo en el medio de la noche.
472. Me molesta mucho que se me olvide donde pongo las cosas.
473. La persona por quien sentía mayor apego y admiración cuando niño(a), era una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
474. Me gustan más las historias de aventuras que las románticas.
475. A menudo me siento confundido(a) y olvido lo que quiero decir.
476. Soy bien torpe y desgarbado(a).
477. Me gusta jugar deportes recios (como el fútbol americano o el fútbol).
478. Odio a mi familia entera.
479. Cierta gente cree que es difícil llegar a conocerme.
480. Paso la mayor parte de mi tiempo libre solo(a).
481. Cuando la gente hace algo que me enoja, les dejo saber como me siento.
482. Por lo general me es difícil decidir lo que hacer.
483. La gente no me encuentra atractivo(a).
484. La gente no es muy bondadosa conmigo.
485. A menudo me parece que no soy tan bueno(a) como los demás.
486. Soy muy terco(a).
487. He disfrutado con la marihuana.
488. Las enfermedades mentales son señales de debilidad.
489. Tengo problemas con las drogas o el alcohol.
490. Los fantasmas o los espíritus pueden influenciar a la gente para bien o para mal.
491. Me siento incapacitado(a) cuando tengo que tomar decisiones importantes.
492. Siempre trato de ser agradable aun cuando los demás estén molestos o sean críticos.
493. Cuando tengo un problema me ayuda el discutirlo con alguien.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

494. Mis metas principales en la vida están a mi alcance.
495. Creo que la gente debería guardarse sus problemas personales para sí mismas.
496. No estoy sintiendo mucha presión o tensión últimamente.
497. Me molesta tremendamente pensar en hacer cambios en mi vida.
498. El comportamiento de alguien cercano a mí es la causa de mis problemas mayores.
499. Odio ir al médico aun cuando estoy enfermo(a).
500. A pesar de que no estoy satisfecho(a) con mi vida, ahora no hay nada que pueda hacer al respecto.
501. Discutir los problemas y preocupaciones con alguien es a menudo más beneficioso que el tomar drogas o medicinas.
502. Tengo ciertos hábitos que son verdaderamente dañinos.
503. Cuando hay que resolver problemas, por lo general dejo que otros tomen el mando.
504. Reconozco que tengo varios defectos que no podré cambiar.
505. Estoy tan harto(a) de lo que tengo que hacer cada día que quisiera salirme de todo ello.
506. Recientemente he considerado matarme.
507. A menudo me irrito mucho cuando la gente interrumpe mi trabajo.
508. A menudo siento que puedo leerle la mente a la gente.
508. El tener que tomar decisiones importantes me pone nervioso(a).
510. La gente me dice que como demasiado rápido.
511. Por lo menos una vez a la semana me drogo o me emborracho.
512. He sufrido una pérdida trágica en mi vida de la que sé nunca me recuperaré.
513. A veces me pongo tan enojado(a) y trastornado(a) que no sé qué se me viene encima.
514. Cuando la gente me pide que haga algo, me cuesta decir que no.
515. Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo(a).
516. Mi vida es vacía y carece de sentido.
517. Se me hace difícil mantener un empleo.
518. He cometido muchos errores graves en mi vida.
519. Me enojo conmigo mismo(a) por ceder tanto a los demás.
520. Últimamente he pensado mucho en suicidarme.
521. Me gusta tomar decisiones y asignar trabajo a los demás.
522. Aun sin mi familia sé que siempre habrá alguien que me cuide.
523. En los cines, restaurantes, o eventos deportivos, odio tener que esperar en fila.
524. Nadie lo sabe pero he intentado matarme.
525. Todo está sucediendo muy rápido alrededor mío.
526. Sé que soy una carga para los demás.
527. Al final de un mal día, por lo general necesito unos cuantos tragos para relajarme.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

528. La mayoría de los problemas que tengo se deben a la mala suerte.
529. A veces parece que no puedo parar de hablar.
530. A veces me corto o me hago daño a propósito sin saber por qué.
531. Trabajo largas horas aun cuando mi empleo no lo requiera.
532. Por lo general me siento mejor después de una buena llorada.
545. Nunca tengo tiempo para terminar las cosas.
546. Mis pensamientos en estos días se tornan más y más hacia la muerte y la vida en el más allá.
547. A menudo guardo cosas que probablemente nunca usaré.
548. He estado tan enojado(a) a veces que he dañado a otra persona en una pelea física.
562. Se me hace difícil aceptar cumplidos.
563. En la mayoría de los matrimonios, uno o los dos cónyuges no son felices.
564. Casi nunca pierdo el control.
565. Hoy en día me toma mucho esfuerzo recordar lo que me dicen.
566. Cuando estoy triste o melancólico(a), mi trabajo es el que sufre.
567. La mayoría de las parejas casadas no se demuestran mucho cariño mutuo.

ANEXO D. REGISTRO DE PENSAMIENTOS

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

SITUACION	AUTOMATICOS/REACTIVOS		DISTORSIONES COGNITIVAS	REFLECTIVOS		RESULTADO
	PENSAMIENTOS % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)	<i>SENTIMIENTOS</i> INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)		PENSAMIENTOS RACIONALES % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)	SENTIMIEN TOS INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)	
		Comportamientos Antiguos				
	Creencias & Pensamientos implícitos					