



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA ESCUELA
PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE EL
MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

**PRESENTADA POR
JULIO CÉSAR SUÁREZ LUNA**

**ASESORA
BLANCA ROJAS JIMÉNEZ**

**ESTUDIO DE CASO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

CHICLAYO - PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Trastorno Límite de la Personalidad desde el Modelo
Cognitivo Conductual**

Estudio de Caso para optar el título de Licenciado en
Psicología

Presentado por:

SUÁREZ LUNA, Julio César

CHICLAYO, PERÚ

2016

A mi madre, María por su personalidad protectora y amorosa, y su gran optimismo frente a la vida: Quién siempre fue para mí, un ejemplo a seguir. Por su férrea voluntad, su inagotable energía, su desbordante alegría y su amor incondicional.

Agradezco a mi asesora de investigación Dr. Blanca Rojas Jiménez; por los conocimientos transmitidos, por su paciencia y mucha dedicación.

ÍNDICE

PORTADA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	VII
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	10
1.1. Trastorno Límite de la Personalidad	10
1.1.1. Definición Clínica del Trastorno Límite de la personalidad	10
1.1.2. Criterios Diagnósticos según el CIE-10.	11
1.1.3. Criterios Diagnósticos según el DSM-IV.....	12
1.1.4. Etiología del Trastorno Límite de la Personalidad.	13
1.1.5. Características Clínicas del Trastorno Límite de la Personalidad.....	18
1.1.7. Trastorno Límite de la Personalidad, según la TCC.	24
1.2. Modelo Cognitivo Conductual.....	30
1.2.1. La Terapia Cognitivo Conductual	30
1.2.2. Conceptualización Clínica Cognitiva Multinivel	34
1.2.3. Niveles de Conceptualización del Caso Clínico	38
1.2.3. Terapia Centrada en los Esquemas.....	57
1.2.4. Terapia Dialéctica Conductual	65
1.2.5. Los Sistemas e Heurísticos del Pensamiento	71
1.3. Técnicas de Tratamiento Cognitivo Conductual.....	74
1.3.1. Terapia del Comportamiento Emotivo Racional.....	74

1.3.2. Técnicas Cognitivas	80
1.3.3. Técnicas Emotivo / Experienciales	86
1.3.4. Técnicas Conductuales	90
CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	95
2.1. Datos de Filiación	95
2.2. Motivo de Consulta.....	95
2.3. Procedimiento de Evaluación	97
2.3.1. Entrevista y Observación	97
2.3.2. Historia Personal y Familiar	98
2.3.3.Examen Mental	104
2.3.4.Pruebas Psicológicas.....	106
2.4. Informe Psicológico.....	109
2.5. Identificación del Problema	114
2.5.1. Nivel Descriptivo Sintomático.....	114
2.5.2. Nivel Descriptivo Preventivo.....	117
2.5.3. Nivel Explicativo Promocional	120
2.5.4. Estructura Familiar según la Teoría Dialéctica.....	121
2.5.5. Esquemas Nucleares, Sistemas e Heurísticos de pensamiento.....	122
2.5.6. Criterios Psicológicos para el Diagnóstico de TLP.....	124
CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO	129
3.1. Especificación de los Objetivos del Tratamiento	129
3.1.1. Fundamentación del Programa.....	129
3.1.2. Objetivo General:	129
3.1.3. Objetivos Específicos:.....	130
3.1.4. Metodología	130

3.2. Diseño de Estrategias de Tratamiento o Intervencion.	131
3.2.1. Planeamiento de la evaluación	131
3.2.2. Estrategias para el Esquema de Infravaloración.	133
3.2.3. Estrategias para el Esquema de Autocontrol Insuficiente.....	136
3.3. Aplicación del Proceso de Intervención Psicológica.....	138
3.3.1. Etapa de Evaluación	138
3.3.2. Tratamiento terapéutico del esquema de Infravaloración	139
3.3.3. Tratamiento terapéutico del Esquema de Autocontrol Insuficiente	168
3.3.4. Seguimiento	185
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	188
4.1. Criterio del Paciente.....	188
4.2. Criterio Psicométrico	189
4.3. Criterio Clínico	194
CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	207
5.1. Resumen.....	207
5.2. Conclusiones.....	209
5.3. Recomendaciones	211
REFERENCIAS.....	212
A N E X O S	216

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha sido definido por el Manual Diagnóstico del DSM-IV (2002), como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. En el CIE-10 (1992), esta definición ha sido dada como una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo: tipo impulsivo y el tipo límite. Teniendo en cuenta la descripción antes otorgada por estos dos manuales usados en el diagnóstico clínico se procede a contextualizarlo y definirlo dentro del marco de la terapia cognitiva conductual; tal como Beck y Freeman (como se cita en Caballo, 2009) nos refiere que el TLP es una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas. Así mismo; este autor manifiesta que la inestabilidad afectiva que experimenta el TLP, muestra reacciones polarizadas de ira inapropiada y de falta de control de impulsos, por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad. Por otro lado; Young, Klosko y Weishaar (2003); refiere que el TLP posee esquemas precoces desadaptativos que son los recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones asociadas con aspectos destructivos de la experiencia infantil del individuo, organizados

en patrones que se repiten lo largo de la vida. Los esquemas maladaptativos que poseen estos pacientes son en su gran mayoría los que Young presenta en su teoría; especialmente los de abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, insuficiente autocontrol, subyugación y castigo.

Con referencia a los aspectos teóricos y a la fundamentación que definen al TLP; se procede a presentar un estudio de Caso único que detallaremos a continuación: paciente de 32 años con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Entre los problemas más relevantes se encontraban los intentos continuos de suicidio, la espasmofemia, las agresiones verbales y no verbales hacia su familia y vecinos y el insomnio que padece desde los 18 años por dependencia a medicamentos.

Se realizó la evaluación con las técnicas de entrevista y observación y los instrumentos del Inventario Clínico Multiaxial Millon II; Pruebas Proyectivas (Figura humana de Karen Machover y el test proyectivo de la persona bajo la lluvia); Inventario de Conducta Racional de Shocker y Whiteman y el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis, donde se ejecutó una evaluación pretest – postest con los dos últimos instrumentos mencionados. Así mismo, en el presente trabajo acerca de un estudio de caso de Trastorno límite de la personalidad, se aplicó el programa de Intervención terapéutico correspondiente a un enfoque cognitivo conductual.

De tal manera, en el primer capítulo, se detallara el marco teórico que sustenta la evaluación, diagnóstico y el enfoque cognitivo conductual para el estudio del caso clínico. Posteriormente en el segundo capítulo, se procederá a presentar el caso clínico, con los instrumentos y técnicas realizadas, el diagnóstico multiaxial y el análisis

descriptivo explicativo. En el tercer capítulo, se presentara el programa de intervención psicológica de un corte cognitivo conductual, el cual tuvo un total de 19 sesiones entre 40 y 60 minutos. En el cuarto capítulo se dará a conocer los resultados obtenidos, con fundamento de un criterio psicológico y psicométrico, donde se podrá evidenciar el avance y mejoría del paciente con relación a sus síntomas y esquemas disfuncionales. Finalmente; en el último capítulo se presentara el seguimiento hecho después de 3 y 6 meses del programa de intervención; relevante para conocer los cambios favorables que el programa de intervención, produjo en el tiempo.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

1.1.1. Definición Clínica del Trastorno Límite de la personalidad

Caballo (2009) refiere desde la perspectiva de la Terapia Dialéctica que el TLP constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. La disfunción en la regulación emocional se traduce en una alta vulnerabilidad emocional unida a dificultades importantes en la modulación de los afectos.

Por otro lado, la American Psychiatric Association, (1994), (como se citó en Béhar et al., 2003) refieren que el trastorno límite de la personalidad (TLP) es una alteración persistente en la capacidad de manejar emociones, tolerar la soledad, mantener relaciones estables y confiadas, y de autocontrolar los impulsos autodestructivos.

Finalmente Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus (2004), (como se cita en Cuevas y López, 2012) nos refieren que el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental y del comportamiento cuya característica principal es la inestabilidad emocional, además del deterioro de la imagen de uno mismo y la alteración de las relaciones con los demás.

1.1.2. Criterios Diagnósticos según el CIE-10.

Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo. (CIE-10, 2010).

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

El CIE 10 (2010) nos señala que las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Según el CIE 10 (2010) se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

1.1.3. Criterios Diagnósticos según el DSM-IV.

Según el DSM IV (2005) los Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad son: Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

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

(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

1.1.4. Etiología del Trastorno Límite de la Personalidad.

Caballo, (2009) refiere que los factores etiológicos propuestos se pueden sintetizar a través de una naturaleza medioambiental y constitucional.

Las investigaciones centradas en los grupos propuestos de naturaleza medioambiental ofrecen los siguientes datos:

1. Separación o pérdida parental: entre un 37% y un 64% de los pacientes límite informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con un TLP, parece también ser útil como factor discriminativo con los pacientes psicóticos, con los que presentan trastornos afectivos o con el resto de los trastornos de la personalidad. Experiencia de abandono o pérdida resulta un factor, por lo demás, específico del TLP si se considera que son muchos los factores ambientales inespecíficos que se vienen asociando a este trastorno durante la infancia y el desarrollo del individuo. (Caballo, 2009).

Así mismo, Benjumea, et al (2012) refieren sobre la etiología o factores contribuyentes del TLP a la adopción, abandono y/o pérdida paterna a una edad temprana, desestructuración familiar, separaciones, enfermedades psiquiátricas o adicciones de su padre o madre, y en general un apego inseguro.

2. Implicación parental alterada: Los pacientes con un TLP normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictivas, distante o sin ningún compromiso o entrega afectiva. Sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre. Por otro lado, el hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno que tener enfrentamientos con uno solo. Parece algo general que el paciente límite provenga de una familia que está desorganizada, desestructurada, que no le sirve de apoyo y le perjudica. Éste es un ambiente que con gran probabilidad amplificaría los estilos impulsivos y afectivamente inestables de la personalidad. (Caballo, 2009).

3. Comunicación emocional y regulación emocional inadecuada en la primera infancia. Algunos estudios han señalado que las personas con diagnóstico TLP han crecido en familias con elevados niveles de conflicto, gran expresividad emocional, elevados niveles de hostilidad y dificultades comunicativas. (Benjumea et al, 2012).

4. Actitudes extremas en la educación. Negligencia, sobreprotección, incoherencia o falta de acuerdo entre padre y madre, rigidez o benevolencia extremas, son actitudes características en las familias de personas con TLP. Por ejemplo, en el estudio realizado Harris y Meltzer (como se citó en Benjumea et al, 2012) encontraron que, tras estudiar 10.000 familias británicas, las personas con TLP mostraron una organización familiar caracterizada por la ausencia de barreras generacionales. En este sentido, las teorías psicológicas apuntan la importancia de fracasos en las relaciones y experiencias precoces de una persona menor «pre-límite», con sus primeros/as

cuidadores/as. Cuando los progenitores se manifiestan de forma demasiado cercana, o de forma demasiado distante o indiferente, podrían inducir un desarrollo anómalo, en el sentido de dificultar la constitución de un sentido constante y predecible en el sujeto de sí mismo y del mundo exterior. (Benjumea et al, 2012).

5. Invalidación. Se refiere a que ante la comunicación de experiencias privadas por parte de los/as menores, su familia, o quienes asumen su cuidado, ofrecen respuestas inapropiadas o extremas, de manera que dichas experiencias son ignoradas, castigadas o minimizadas. (Linehan, 1993 citado por Benjumea et al, 2012).

6. Abusos en la infancia: Tanto el abuso físico como el sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con el trastorno límite. (Caballo, 2009).

El estudio de Herman Et a. (1989), (como se citó en Caballo, 2009) mostró que el 81% de los pacientes con un TLP habían sufrido un serio trauma infantil, de los que 67% informaba de abusos sexuales, el 17% de abusos físicos y el 62% había observado violencia doméstica. Así mismo, confirmando estos hallazgos, van der Kolk, Perry y Hermana (1991), (como se citó en Caballo, 2009) informaron que el 77% de los pacientes con un TLP que había tenido un reciente intento de suicidio padecieron historias de abuso sexual infantil.

7. Factores Socio-ambientales: En congruencia con la opinión de diferentes expertos, el grupo de trabajo considera que los estilos de vida socio-culturales que dificultan, o simplemente no facilitan, el soporte necesario para el desarrollo maduro de la identidad o de un vínculo afectivo seguro pueden entrar a formar parte de los factores

de riesgo o facilitadores de patología límite en niños biológicamente vulnerables. Así, medios sociales adversos pueden contribuir a precipitar en la adolescencia la aparición de síntomas claros del TLP. Entre los factores sociales asociados a un incremento de esta patología se encuentran: La crisis y la pérdida de la autoridad a nivel familiar, con un cierto desprestigio de dichas funciones, la idealización de determinados valores o ideologías han sido sustituidos en parte por un desarrollo tecnológico vertiginoso, los cambios en la propia estructura familiar (grupos familiares más pequeños, menor tiempo familiar en común, delegación de funciones que propician un desarrollo más despersonalizado, monoparentalidad con figuras de referencia cambiantes, dilatación de la adolescencia en ambos límites de edad. (Benjumea et al, 2012).

Respecto a la naturaleza constitucional, del TLP se postula lo siguiente:

1) Historia de Trastornos Psiquiátricos: Los estudios indican poco o nula relación entre el TLP y la esquizofrenia y/o el trastorno esquizotípico de la personalidad. Pero quizá lo más importante es que se ha hallado que el trastorno es significativamente más común entre los familiares de pacientes límite que entre los individuos control. Los resultados indican que la presión o el papel que desempeña criarse en un ambiente con individuos con trastornos psiquiátricos más que la tendencia biológica subyacente a desarrollar cualquiera de los trastornos. Se ha señalado que los padres comparten muchos de sus rasgos problemáticos con los hijos, especialmente la impulsividad y la inestabilidad afectiva. Así, es más probable que los padres que estén deprimidos, que abusan de drogas o que padecen también trastornos impulsivos de la personalidad traumatizan y/o descuiden a sus hijos. (Caballo, 2009).

2) Aspectos Temperamentales: El TLP estaría asociado con un temperamento caracterizado por un alto grado de neuroticismo (p.ej., sufrimiento o inquietud emocional) y un bajo nivel de conformidad o armonía (p.ej., fuerte individualidad). Además, el TLP es el único de los trastornos del eje II que se asocia con un alto nivel tanto de la evitación del daño (p. ej., compulsividad) como búsqueda de novedades (p., impulsividad). (Caballo, 2009).

3) Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas: Los resultados bioquímicos parecen estar de acuerdo en que los sujetos con un TLP manifiestan una actividad serotoninérgica disminuida; por tanto, dicho déficit sería responsable, en parte, de los problemas de impulsividad en estos pacientes. (Caballo, 2009).

Así mismo, Azcarate et al. (2009) nos señala que niveles disminuidos de metabolitos de la serotonina en pacientes con TLP y conducta impulsivo agresiva. Ello sugiere la existencia de una alteración global del funcionamiento de este neurotransmisor en individuos con TLP, lo cual no se ha podido demostrar en otros neurotransmisores.

4. Aspectos genéticos: Existen datos biológicos que orientan a la existencia de un factor genético en el TLP. Por ejemplo, se ha referido que el alelo corto del gen asociado al transportador de serotonina se relaciona con TLP y otros trastornos caracterizados por impulsividad agresiva. También ha sido publicado que en familiares de pacientes con impulsividad agresiva, tanto en niños como adultos, la función serotoninérgica está disminuida. (Azcarate et al., 2009).

1.1.5. Características Clínicas del Trastorno Límite de la Personalidad

Aspectos Clínicos

Los pacientes con un TLP se caracterizan porque su estado de ánimo es impredecible y caprichoso, exhiben frecuentes arrebatos de ira y violencia que termina en crisis emocionales intensas y autodestructivas, tienen baja tolerancia a la frustración, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, tendencia a confundir intimidad con sexualidad. Los rasgos impulsivos se evidencian por alteraciones en el eje I: como juego patológico, abuso de sustancias, gastos excesivos, trastornos alimentarios. La imagen corporal está distorsionada. La percepción de sí mismo y de los otros es dicotómica. (Meza, 2007).

Constructos caracterológicos (psicopatología)

La estructura de personalidad del TLP se caracteriza por tres componentes básicos: 1) Falta de un sentido claro de identidad (confusión respecto a las metas, prioridades y valores). 2) Defensas primitivas, como desvalorización, idealización, externalización, y proyección. 3) Congruente sentido de la realidad, el cual permanece intacto pero vulnerable a los cambios y a los fracasos (manifestándose por una mala adaptación a los mismos). Complementando estos 3 factores, clínicamente se puede observar tres rasgos fundamentales: 1) Relaciones intensas e inestables. 2) Episodios de ira subita e incontrolada. 3) Conductas compulsivas, sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento o soledad. (Meza, 2007).

Caballo, (2009) manifiesta las siguientes características clínicas de TLP:

1. Aspectos conductuales característicos del TLP:

- Niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, bastante impredecibles.
- Patrones de apariencia cambiante y vacilante.
- Niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad.
- Provocan peleas y conflictos con frecuencia.
- Comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.
- Conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulativo, suscitando el rechazo).
- Relaciones interpersonales intensas y caóticas.
- Excesivamente dependientes de los demás.
- Frecuentes chantajes emocionales y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida).

2. Aspectos cognitivos característicos del TLP:

- Pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo.
- Falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones.
- Incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento.
- Dificultades para aprender de experiencias pasadas.
- Carecen de un sentido estable de quienes son.
- Imágenes de uno mismo inestables y extremas.

- Sensaciones crónicas de vacío.
- Pensamientos anticipatorios de abandono.
- Valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo inestables.
- Temor excesivo a que los desprecien.
- Sentimiento aterrador acerca de la soledad, no soportan estar solos.
- Pensamientos dicotómicos en sus relaciones interpersonales: o es muy bueno o es muy malo.
- Percepción de las personas importantes del entorno fluctúa con rapidez desde la idealización hasta la devaluación.
- Menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención
- Locus de control externo, culpando a los demás cuando las cosas van mal.
- Frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas.
- Pensamiento rígido, inflexible, impulsivo.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Suelen regresar a etapas anteriores del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros).

3. Aspectos emocionales característicos del TLP:

- Pueden experimentar una activación extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos.
- Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Emociones contradictorias.

- Los estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se hallan constantemente en una tira y afloja.
- Ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada que implica una pérdida de control emocional, especialmente cuando se sienten frustrados o decepcionados.
- Cuando pierden el control muestran agitación y excitación física.
- Su estado de ánimo no concuerda con la realidad.
- Sentimientos de vacío o aburrimiento.
- Intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.
- Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente las asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.

4. Aspectos Fisiológicos y médicos del TLP

- Discapacidades físicas por autolesiones e intentos de suicidio fallidos.
- Inestabilidad en los patrones de vigilia-sueño.
- Reacciones fisiológicas reactivas al estado de ánimo.
- Problemas psicosomáticos en situaciones de estrés.
- A veces historia de trastornos neurológicos.

5. Posible impacto sobre el entorno:

- Conflictos frecuentes de pareja.
- Problemas en la escuela o en el trabajo por sus crisis emocionales.
- Frecuentes pérdidas de trabajo, abandonos de los estudios, rupturas matrimoniales.
- Internamiento por sus automutilaciones o intentos de suicidio.

- Relaciones interpersonales agitadas.

6. Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TLP:

Visión de uno mismo

- Inestable, desvalido, dependiente, vacío.
- La autoestima depende de la emoción que sientan.

Visión de los demás

- Fuertes, protectores, sospechosos (o todo lo contrario).
- Crueles, perseguidores (o todo lo contrario).

Estrategia Principal

- Adopta el papel opuesto, manipula, discute, se autolesiona.
- Ataques de ira, se mueve a impulsos.

1.1.6. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

Numerosos trastornos del Eje I pueden darse conjuntamente con el TLP, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, trastornos del control de impulsos, trastorno por déficit de atención y trastorno por estrés postraumáticos. La comorbilidad del TLP con los trastornos del estado de ánimo es amplia y problemática, en parte debido a la sintomatología que se solapa. (Caballo, 2009).

El TLP también se solapa ampliamente con otros trastornos del Eje I, siendo poco los sujetos límite que no tienen diagnóstico de otro trastorno de la personalidad. Dado los numerosos trastornos del Eje I y Eje II que pueden darse junto al TLP es

necesario establecer un diagnóstico diferencial. En primer lugar, se encuentra la diferenciación con los trastornos del estado de ánimo. Una importante diferencia entre ambos reside en la historia de desarrollo de la perturbación: los trastornos del estado de ánimo suelen tener un inicio brusco. Otra distinción se refiere a que estos trastornos suele haber estímulos desencadenantes externos mientras que las perturbaciones del TLP parecen depender de déficit internos, sin mucha concordancia con eventos ambientales. (Caballo, 2009).

Además, los síntomas de los trastornos del estado de ánimo son más egodistónicos que los TLP. (Caballo, 2009). Por otro lado; Turner (1996) (como se citó en Caballo, 2009) hace unas puntualizaciones que pudieran ayudar a realizar las distinciones entre la esquizofrenia límite y el TLP con periodos breves psicóticos. La esquizofrenia límite se caracteriza por las relaciones socialmente torpes y distantes, mientras que el TLP se distingue por las relaciones con cargas afectivas y necesitadas.

Con respecto al diagnóstico diferencial de los trastornos del Eje II hay algunos de estos trastornos con síntomas que pueden confundirse con los del TLP. Así, aunque el trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulador y las emociones que cambian con rapidez, el TLP se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad. Las ideas paranoides pueden darse tanto en el TLP como en el trastorno Esquizotípico de la personalidad, pero en el TLP esos síntomas son más pasajeros y aparecen en respuesta a situaciones estresantes. (Caballo, 2009).

Aunque el trastorno paranoide y el trastorno narcisista de la personalidad pueden caracterizarse por una reacción airada antes estímulos triviales, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la ausencia de aspectos autodestructivos, de impulsividad y de preocupaciones por el abandono los diferencian del TLP. Con respecto al trastorno antisocial de la personalidad tienen en común el comportamiento manipulador, pero las razones del TLP consiste en lograr el interés de quienes se ocupan del mientras que en el trastorno antisocial de la personalidad es más para obtener beneficio material. (Caballo, 2009).

Tanto el trastorno de la personalidad por dependencia como el TLP temen de forma notable el abandono, pero este último reacciona con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias, mientras que el trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de la sumisión y la búsqueda urgente de una nueva relación que reemplace la anterior. (Caballo, 2009).

1.1.7. Trastorno Límite de la Personalidad, según la Terapia Cognitiva

Conductual.

Teoría Dialéctica

Linehan presenta una conceptualización conductual de la terapia para el TLP, que esta autora denomina “terapia conductual dialéctica”. Su idea es que la característica nuclear del TLP es una disfunción conductual dialéctica”, de base probablemente biológica. Se cree que esa disfunción es la responsable de las dramáticas reacciones y los actos impulsivos exagerados del individuo límite. Una hipótesis

adicional es que, en el curso de su desarrollo, estos individuos tienen una extensa experiencia, con otros significativos que desestiman sus emociones e insisten en que el sujeto limite potencial ponga de manifiesto una “actitud positiva “a pesar de su malestar. Como resultado, estos individuos (ya proclives fisiológicamente a las respuestas emocionales desproporcionadas) reciben educación inadecuada respecto de la regulación de las emociones, y al mismo tiempo aprenden a asumir una actitud despectiva y punitiva de lo que ellos mismos sienten. (Caballo, 2009).

La actitud despectiva y punitiva, y los miedos del individuo a no ser capaz de controlar sus emociones intensas, le impiden tolerar las emociones fuertes durante un tiempo suficiente para hacer el duelo por las pérdidas significativas. Cuando lo producen nuevas pérdidas, el sujeto experimenta una “sobrecarga de duelo”. La combinación de respuestas emocionales intensas, capacidad inadecuada para la regulación emocional, conducta impulsiva y actitud despectiva que el sujeto no logra controlar con eficacia a pesar de sus esfuerzos. Entonces llega a la conclusión de que en muchas situaciones es necesario apoyarse en otros. (Caballo, 2009).

No obstante, como ha aprendido que es necesario mantener “una actitud positiva”, es incapaz de pedir ayuda asertivamente, o buscar ayuda revelando su necesidad. De esto resulta una fachada de capacidad mientras se trata de obtener ayuda por vías sutiles e indirectas. Pero las respuestas emocionales fuertes y los actos impulsivos del individuo le hacen difícil ser sistemáticamente sutil en la búsqueda de ayuda. (Caballo, 2009).

Teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos

Young (1983), (como se citó en Beck y Freeman) ha desarrollado un enfoque general cognitivo-conductual del tratamiento de los trastornos de personalidad que él denomina “terapia cognitiva centrada en el esquema”. Su enfoque difiere del modelo estándar de la terapia cognitiva y postula que durante la niñez puede desarrollarse patrones de pensamiento estables y duraderos (él los llama “esquemas inadaptados tempranos”) capaces de generar pautas inadaptadas de conducta que a su vez lo refuerzan. Si bien él no presenta un modelo detallado del TLP da por sentado que cuando esos esquemas inadaptados tempranos son activados por acontecimientos que guardan relación con ellos, resultan distorsiones del pensamiento, fuertes respuestas emocionales y conducta problemática. Se podría suponer que la gran cantidad de esquemas inadaptados tempranos postulados para los pacientes límite explica la amplia gama de síntomas que experimentan estos pacientes, y sus frecuentes crisis.

Por otro lado, Young (1990,199), (como se citó en Young, Klosko y Weishaar, 2003) manifiesta que los esquemas desarrollados sobre todo como resultado de las experiencias infantiles tóxicas podrían encontrarse en el núcleo de los trastornos de personalidad, de los problemas caracterológicos menos severos y en muchos trastornos crónicos del Eje I. Para examinar esta idea, definió una serie de esquemas que él denomino Esquemas Precoces Desadaptativos. (...). En síntesis, los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que e inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida. (...) Young teoriza que las conductas disfuncionales se desarrollan como respuesta a un esquema.

Tabla 1: Esquemas inadaptativos tempranos postulados por Young como características del trastorno límite de la Personalidad.

Esquemas Inadaptados Tempranos	Expresión Posible
Abandono / Pérdida	“Siempre estaré solo. Nunca podré contar con nadie.”
No merecer ser amado	“Nadie me amaría o querría estar cerca de mí si realmente me conociera.”
Dependencia	“No puedo valerme solo. Necesito a alguien en quien pueda apoyarme.”
Sometimiento / falta de individuación	“Debo someter mis deseos a los deseos de los otros, o ellos me abandonarán o atacarán.”
Desconfianza	“La gente me hará daño, me atacará, se aprovechará de mí. Tengo que protegerme”.
Autodisciplina inadecuada	“No puedo controlarme o adoptar ninguna disciplina.”
Miedo a perder el control emocional	“Debo controlar mis emociones o sucederá algo terrible.”
Culpa /castigo	“Soy una mala persona. Merezco ser castigado.”
Privación Emocional	Nunca hay nadie que satisfaga mis necesidades, que vele por mí, que me cuide.”

Fuente: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Beck, Freeman (sin fecha).

Teoría Cognitiva de Beck

Supuestos básicos: Según la teoría de Beck, los supuestos básicos del individuo desempeñan un papel central, al inferir en la percepción e interpretación de los acontecimientos y conforman la conducta y las respuestas emocionales. En la terapia

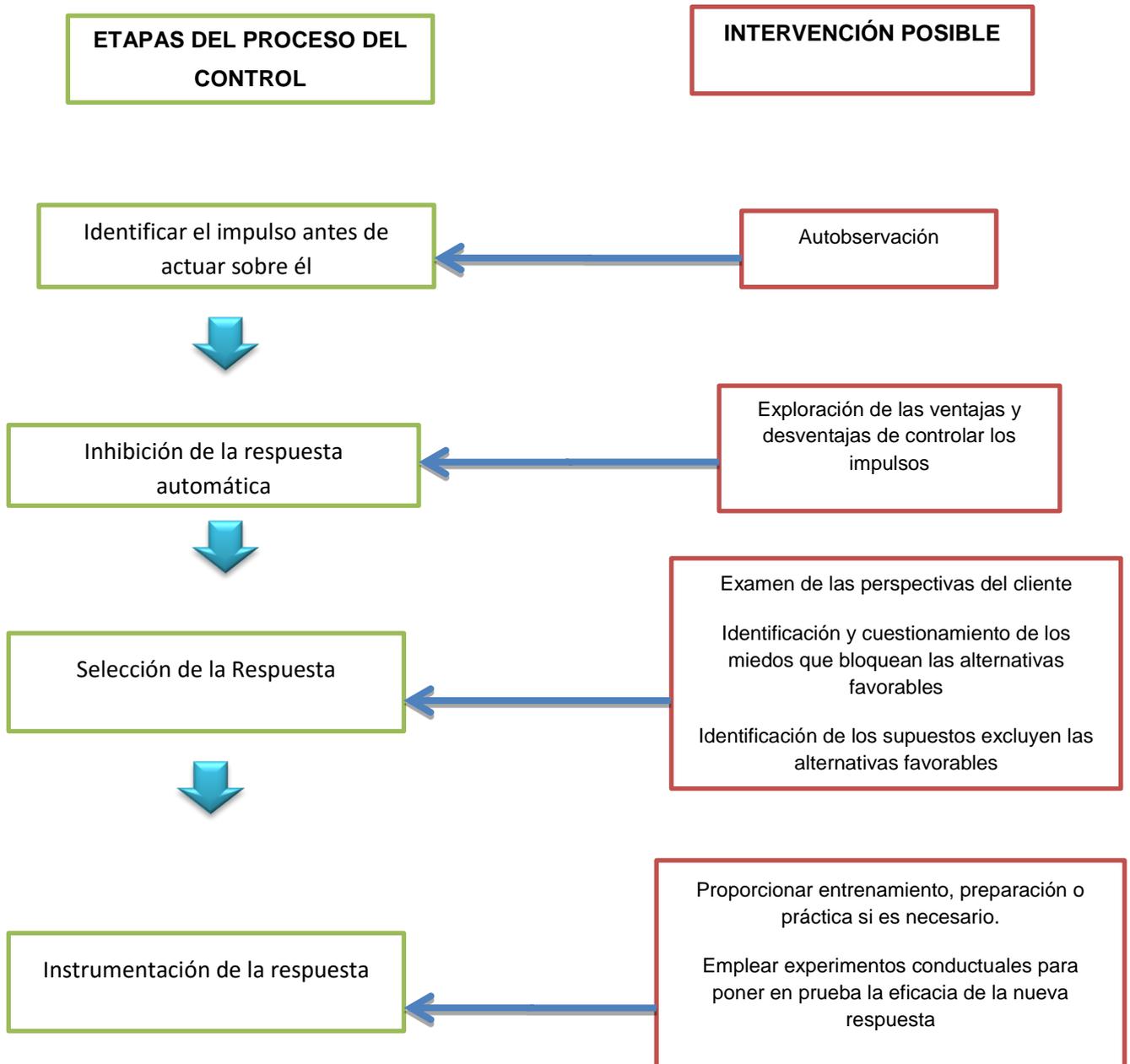
cognitiva con individuos límite se suelen descubrir tres supuestos básicos que parecen desempeñar un papel central en el trastorno: “El mundo es peligroso y malo”, “Soy impotente y vulnerable” y “Soy intrínsecamente inaceptable”. (Beck; Freeman; sin fecha) Así mismo, según Beck y Freeman los individuos límite pueden experimentar y enfrentan un conflicto: convencidos de estar relativamente desamparados en un mundo hostil, pero sin una fuente posible de seguridad, tienen que vacilar entre la autonomía y la dependencia, sin confiar ni en la una, ni en la otra.

Pensamiento Dicotómico: Los individuos límite pueden experimentar toda gama de distorsiones cognitivas, pero en particular, lo que Beck llama “pensamiento dicotómico”, es muy común en ellos y especialmente problemática. El pensamiento dicotómico tiende a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes (por ejemplo, buenas o malas, éxito o fracaso, lealtad o traición) y no a verlas distribuidas en continuos. Puesto que faltan las categorías intermedias, este modo de pensar en “blanco o negro” impone la interpretación extrema de acontecimientos que normalmente caen en la zona central de un continuo. (Beck; Freeman; sin fecha)

Débil Sentido de la Identidad: La falta de un sentido claro del si-mismo les dificulta la toma de decisiones en situaciones ambiguas y provoca una baja tolerancia a la ambigüedad. También le hace difícil cuestionar su creencia de que son intrínsecamente inaceptables, como mantener un sentido claro de la propia identidad cuando entran en relaciones con otros que expresan sus trabas, opiniones y sentimientos. (Beck; Freeman; sin fecha).

Con todo lo expuesto por los autores, concluimos que los pensamientos subyacentes de infravaloración, catastrofismo, culpa y polarización del pensamiento, es acompañado con una débil identidad en el paciente con trastorno límite.

Figura 1: Puntos de Intervención Posible que propone Beck para el tratamiento del TLP



Fuente: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Beck, Freeman (sin fecha).

1.2. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

1.2.1. La Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada que en la actualidad no se asienta sobre un único modelo general de la conducta normal y anormal. La orientación empírica de la TCC, y su carácter auto-evaluador son aspectos que comparten todos los modelos que se agrupan bajo esta denominación. Estas características se hacen presentes en la utilización de métodos científicos de evaluación a la hora de determinar qué valorara y cómo hacerlo, y en una metodología ajustada al método hipotético-deductivo a largo del proceso de intervención. Este enfoque de contrastación empírica en todo lo referente a evaluación y tratamiento se muestra con claridad en el proceso de evaluación conductual (EV), proceso que vertebra y respalda las fases de la intervención en TCC, y que es una de sus mayores fortalezas. (Godoy y Haynes, 2011).

La evaluación conductual que surgió como alternativa a la evaluación tradicional, proporciona a la TCC una metodología de evaluación coherente con sus supuestos básicos (las teorías del aprendizaje, los modelos cognitivos y los contextuales), aportando indicaciones metódicas sobre los focos de interés de la evaluación y los procedimientos pertinentes. Además, asigna un seguimiento al proceso de intervención que permite su monitorización continua y facilita su sistematización. (Godoy y Haynes, 2011).

Por otra parte, la evaluación conductual proporciona un entramado teórico-práctico para la formulación clínica de los casos mediante el proceso de análisis

funcional, de tal forma que permite la integración individualizada de los diversos juicios clínicos sobre los problemas y objetivos de un paciente, las variables causales que parecen ejercer influencia sobre los problemas y las funciones de éstos, así como otras variables adicionales moduladoras que pueden afectar al objetivo, estrategia y resultados del tratamiento (Godoy y Haynes, 2011).

Principios Básicos de la Terapia Cognitivo Conductual:

Riso, (2009) señala que los principios básicos de la TCC son:

- Principio 1: La TC se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas. El terapeuta encara el estudio del paciente abarcando tres niveles: a) el de las interacciones entre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas motoras y sus relaciones con el ambiente, b) los autoesquemas implicados y las estrategias de autoperpetuación asociados a ellos, y c) los esquemas de segundo orden (la visión del mundo del paciente) y sus relaciones con las demás estructuras cognitivas. La información obtenida a través de diversos procedimientos de recolección de datos permitirá la planificación de las intervenciones correspondientes.

- Principio 2: La TC enfatiza la colaboración estrecha con el paciente. La TC está basada en una estrecha relación paciente/terapeuta, donde ambos trabajan mancomunadamente (alianza terapéutica) para superar los problemas manifiestos y no manifiestos que aquejan al paciente. El terapeuta habla abiertamente de los objetivos que se pretenden alcanzar en la terapia e interviene de manera directa para eliminar los síntomas o desarrollar habilidades específicas. En la TC el

paciente no es pasivo ni se limita a obedecer las indicaciones del terapeuta, sino que, por el contrario, asume una participación activa y responsable frente a sus cambios.

- Principio 3: Una parte importante de la TC está relacionada con planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos. El terapeuta ayuda al paciente a identificar objetivos y avanzar gradualmente hacia ellos. Muchos pacientes con alteraciones del Eje II muestran serias dificultades para definir objetivos (vaguedad o planteamientos poco realistas) y mantenerse en ellos de manera coherente. Mientras los pacientes del Eje I poseen algunas estrategias de resolución de problemas intactas o pueden desarrollarlas, los pacientes del Eje II o con trastornos complejos muestran grandes dificultades para aprender a manejar sus problemas personales. Con estos pacientes, el terapeuta necesitará un mayor tiempo para identificar objetivos consistentes y desarrollar estrategias de resolución de problemas.

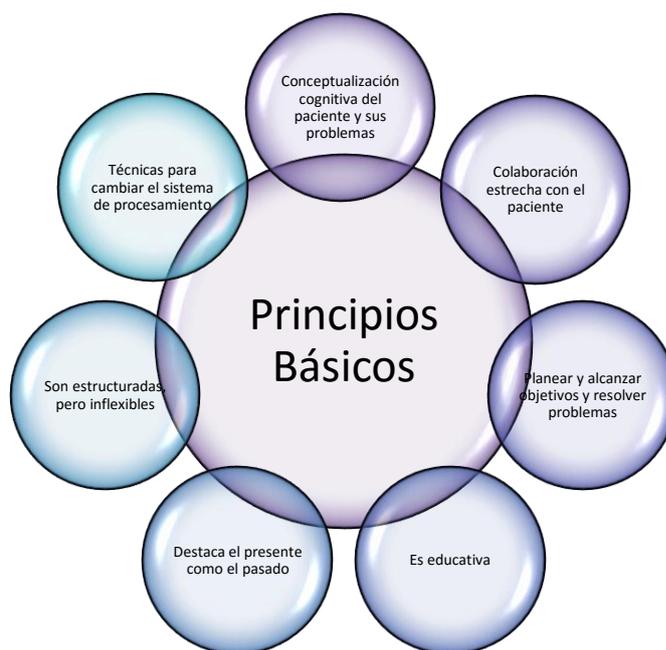
- Principio 4: La TC es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención y las recaídas. Este aspecto es fundamental, ya que obliga a ir más allá de los problemas concretos del paciente e identificar e intervenir sobre aquellas estructuras cognitivas profundas que determinan la vulnerabilidad de base para prevenir la alteración y crear la inmunidad psicológica. El paciente aprende cómo se originaron y desarrollaron sus esquemas negativos, qué los dispara y qué los mantiene, cómo se autoperpetúan y de qué manera deben controlarse y/o modificarse los pensamientos negativos responsables del malestar.

- Principio 5: La TC destaca tanto el presente como el pasado. El estudio y modificación del esquema nuclear o central, la inclusión del pasado es fundamental para lograr la modificación cognoscitiva, en tanto que permite que el paciente se apropie de su caso, lo internalice y pueda comprender cabalmente los factores que intervinieron en la conformación de sus problemas.

- Principio 6: Las sesiones de la TC son estructuradas, pero flexibles. El terapeuta, no importa la complejidad del caso o el diagnóstico establecido, tiende a armar una estructura determinada de sus sesiones. Esto no significa, sobre todo en pacientes del Eje II y en los casos complejos, que tal estructura no pueda modificarse y que el terapeuta no tenga que apelar a su imaginación.

- Principio 7: La TC se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el sistema de procesamiento de los pacientes. Lo que define la esencia de un modelo psicológico no son las técnicas que emplea dicho modelo, sino el objetivo terapéutico que persigue y al que se adecuan las técnicas. Se puede recurrir a técnicas predominantemente cognitivas para modificar comportamientos motores, o a técnicas predominantemente conductuales para modificar estructuras cognitivas o afectivas.

Figura 2: Principios Básicos de la TCC.



1.2.2. Conceptualización Clínica Cognitiva Multinivel

Riso; (2009) manifiesta que la conceptualización clínica cognitiva multinivel (CCCM) se centra en tres niveles de estructuración psicológica que se entremezclan en un todo complejo: **a) Nivel I:** Sintomático/Descriptivo; **b) Nivel II:** Explicativo/Preventivo, y **c) Nivel III:** Explicativo/promocional.

Lo que el sujeto piensa y las distorsiones cognitivas asociadas (Nivel I), el esquema nuclear que ha desarrollado durante su vida (Nivel II) y los esquemas de segundo orden (Nivel III), configuran la manera particular en que el paciente se relaciona consigo mismo, el mundo, las demás personas y el futuro. El terapeuta no debe perder de vista que los distintos niveles actúan como un sistema integrado, aunque los separemos para fines didácticos. (Riso, 2009).

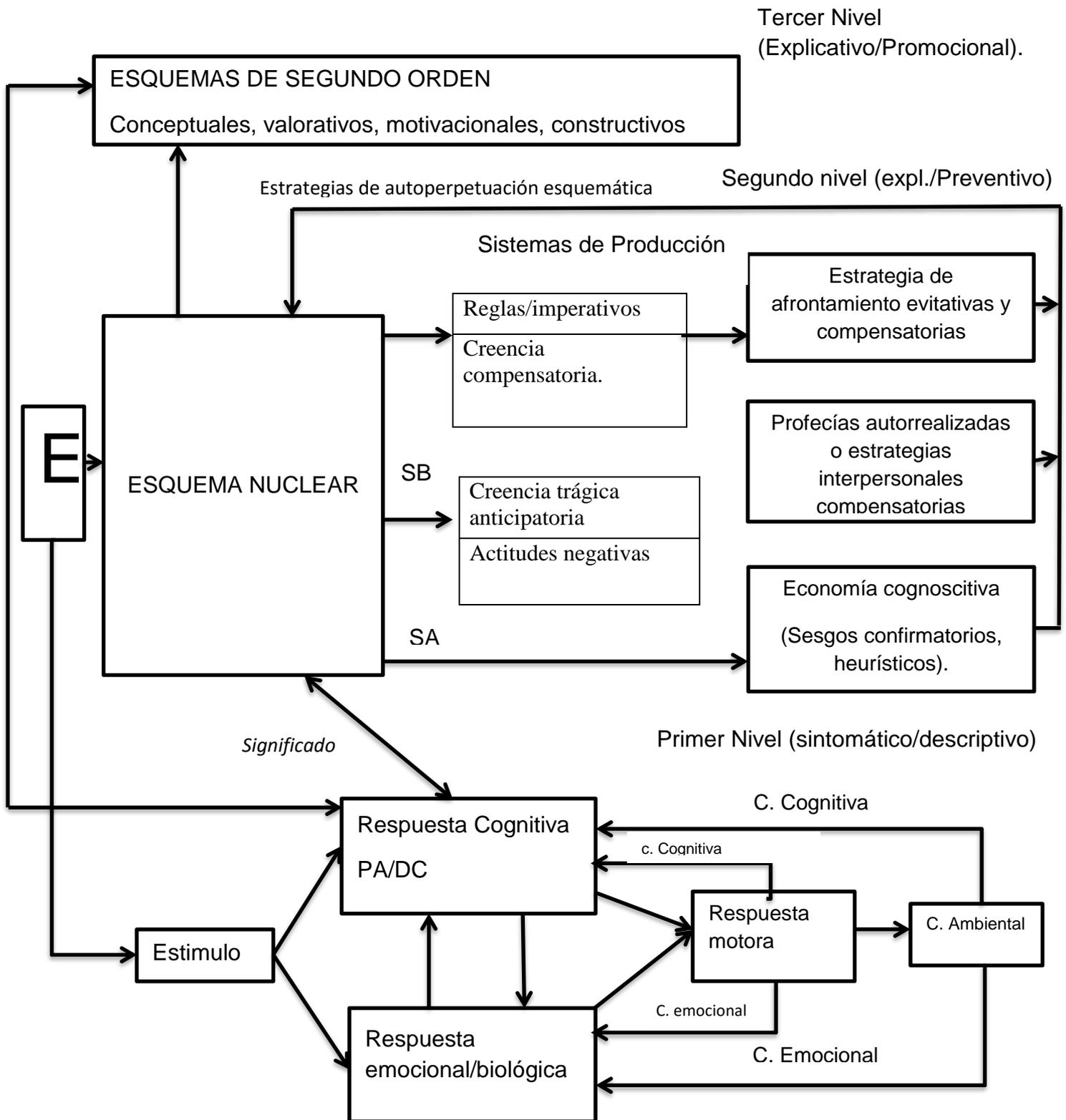
Tratar de explicar la totalidad del ser humano desde cualquier perspectiva es imposible; su solo intento sería irracional o resultado de la más absoluta arrogancia. Frente a la teoría del conocimiento, la TC asume una posición congruente con el realismo crítico, cuyas características son básicamente tres: a) acepta la existencia de una realidad objetiva, b) se considera que el acceso a esta realidad sólo es parcialmente cognoscible a través de aproximaciones y graduadas, c) se considera que la certeza definitiva en el conocimiento es una utopía. (Riso, 2009).

Se puede ofrecer una explicación y aclarar con lo que el autor se refiere a “la más absoluta arrogancia”; se debe señalar que el autor utiliza este término dentro de otro contexto y no separado de el, para explicar que cualquier ciencia o filosofía que quiera estudiar y exponer al ser humano en su totalidad no podría y según Riso (2009) “su solo intento sería irracional o resultado de la más absoluta arrogancia”; este se basa en aclaraciones y respuestas a postulados filosóficos en donde el ser humano y la propia realidad es incognoscible para las ciencias experimentales, tales como se puede extraer en algunos textos de Ortega y Gasset y otros filósofos y psicólogos ya sean nihilistas o no; en oposición a esto el autor señala que el ser humano, es cognoscible desde las ciencias experimentales psicológicas y que esta disciplina no intenta abarcar al ser humano en su totalidad, ya que su estudio se vería parcializado y se caería en lo que muchas veces refiere Víctor Frank en un pandeterminismo y referido a la psicología propiamente dicha en un psicologismo. Es así como el solo intento de abarcar todo el conocimiento del ser humano sería equivocado y la ciencia o la epistemología de conocimiento que intenta eso sería como nos señala Riso “irracional o resultado de la más absoluta arrogancia” ya que poder pretender poder explicar o agotar desde un conocimiento o disciplina científica a todo el ser humano, sería sesgado, hermético y

reduccionista. Otros autores señalan con otros términos lo que nos aclara Riso en su obra, por ejemplo Ortega y Gasset señala un hermetismo intelectual, cuando se intenta explicar toda la realidad o al ser humano desde una perspectiva o disciplina filosófica o científica; Víctor Frank lo señala como pandeterminismo cuando la biología, sociología, psicología u otras ciencias intentan explicar al ser humano en su totalidad, desde su perspectiva y Edgard Morin lo indica como ceguera paradigmática al caer en un reduccionismo y una simplificación, cuando se trabaja desde un solo campo de conocimiento y se cree a ver resuelto todo los conflictos del hombre.

En la figura 3, podemos apreciar lo que Riso (2009) muestra como una conceptualización completa de los distintos niveles y sus enlaces básicos intracognitivos (respuesta cognitiva, esquema nuclear y esquemas de segundo orden). Así mismo el autor trata de señalarnos que el terapeuta cognitivo, durante el proceso de generación de hipótesis, se mueve en los tres niveles simultáneamente, aunque puede centrarse más uno u otro dependiendo del momento de la conceptualización, la demanda del paciente o la urgencia de los síntomas. Lo importante es poder integrar las distintas variables que afectan la psicopatología del paciente.

Figura 3: Esquema Integrado Multinivel.



Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

1.2.3. Niveles de Conceptualización del Caso Clínico

El terapeuta cognitivo, durante el proceso de generación de hipótesis, se mueve en los tres niveles simultáneamente, aunque puede centrarse más en uno u otro dependiendo del momento de la conceptualización, la demanda del paciente o la urgencia de los síntomas. Lo importante es poder integrar las distintas variables que afectan la psicopatología del paciente. Lo que el sujeto piensa y las distorsiones cognitivas asociadas (Nivel I), el esquema nuclear que ha desarrollado durante su vida (Nivel II) y los esquemas de segundo orden (Nivel III), configuran la manera particular en que el paciente se relaciona consigo mismo, el mundo, las demás personas y el futuro. El terapeuta no debe perder de vista que los distintos niveles actúan como un sistema integrado, aunque los separemos por fines didácticos. (Riso, 2009).

Nivel I: Estudio Descriptivo Sintomático

. Riso; (2009) menciona las siguientes características sobre este nivel:

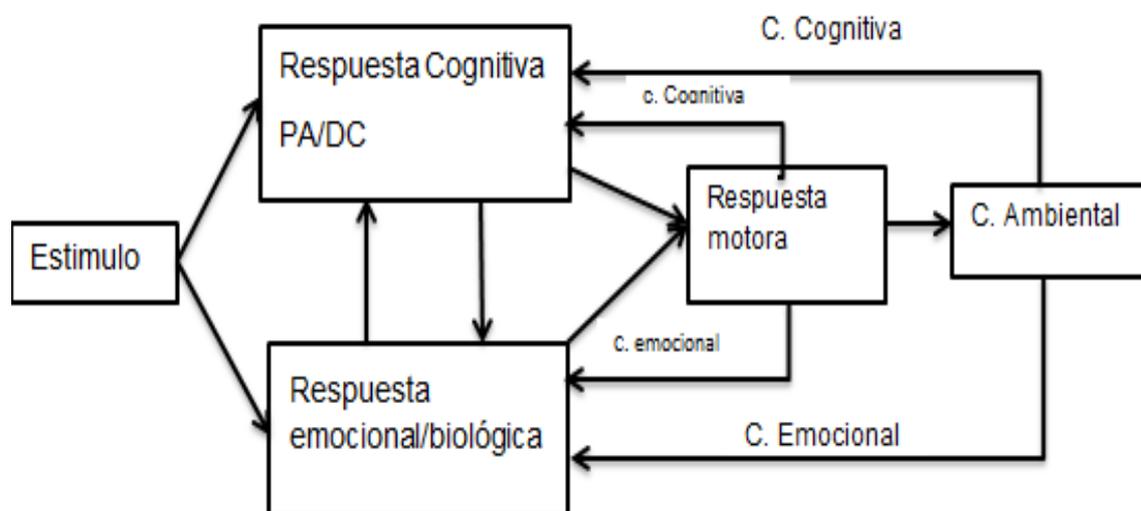
- El análisis Interactivo de respuestas: Los estímulos, al operar sobre el organismo, pueden producir tres tipos de respuestas según sea el sistema activado: respuesta cognitiva (pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas), respuesta emocional /biológica y, a través de los dos sistemas anteriores, respuesta motora. Los tres sistemas de respuesta definen lo que el paciente piensa, siente y hace. De una manera más detallada, el estímulo puede producir una respuesta cognitiva o una respuesta emocional. A su vez ambas respuestas pueden interaccionar entre sí y cada una puede establecer relaciones funcionales con la respuesta motora. Además, la respuesta emocional puede generar consecuencias directas en el ambiente sin la mediación de la respuesta

motora) a través de un conjunto de indicadores fisiológicos observables (ponerse rojo, sudoración, palidez). Por su parte la respuesta motora produce tres tipos de consecuencias: consecuencias cognitivas, consecuencias emocionales y consecuencias ambientales. Finalmente, las consecuencias ambientales pueden generar a su vez nuevas consecuencias cognitivas y consecuencias emocionales. (Riso; 2009).

Las consecuencias cognitivas (C. cognitivas) se refieren a los procesos de autoobservación y autoevaluación que realiza el sujeto de la respuesta motora (o del mismo pensamiento por medio de la metacognición) y de las consecuencias ambientales. Por lo general la mayoría de las personas durante el proceso de autoobservación tienden a integrar la información que procede de la respuesta motora y aquella que llega de las consecuencias ambientales en un solo contenido. El ser humano es un procesador activo de sus propios pensamientos (metacognición), emociones, comportamientos manifiestos y de las relaciones que estos establecen con el ambiente. (Riso; 2009).

Por su parte, la consecuencia emocional, (C. emocional) se enmarca más en una descripción de condicionamiento clásico u operante. Puede ocurrir directamente desde la respuesta motora como retroalimentación y condicionamiento propioceptivo, incrementando o disminuyendo la actividad emocional (condicionamiento correlacionado de respuesta, tensión muscular o relajación) o a través de condicionamientos sociales /castigar las expresiones de alegría). (Riso; 2009)

Figura 4: Primer Nivel (Sintomático/Descriptivo).



Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

¿Qué busca un terapeuta cognitivo con el análisis interactivo funcional?

Primero, ayuda a determinar las fuentes del problema concreto y cómo atacar los síntomas de la manera más eficiente. Si se debe hacer hincapié exclusivamente en lo cognitivo o si también se debe intervenir sobre otros aspectos ambientales o comportamentales. (Riso; 2009).

Segundo, facilitar elementos para que el terapeuta pueda generar hipótesis respecto al nivel II y III, partiendo de las regularidades de los pensamientos y los comportamientos motores. (Riso; 2009).

Tercero, el paciente aprende a observar el propio comportamiento y a integrar gradualmente su manera de pensar (metacognición), sentir y actuar. El hecho de poder interpretar su proceder, desde una perspectiva lógica y fundamentada, crea en el

paciente la disciplina y el hábito saludable de pensar y pensarse como científico. (Riso; 2009)

Respuestas o Productos Cognitivos

1. *Pensamientos Automáticos (PA)*: Los pensamientos automáticos son involuntarios y repetitivos por naturaleza, y difieren de los pensamientos voluntarios en el grado de control asociado con su ocurrencia. Los PA son intrusiones reflejas de las cuales el paciente no es siempre consciente. (Riso; 2009).

Clark, Beck y Alford (2005), (como se citó en Riso, 2009) señalan que los PA son: a) pasajeros, b) altamente específicos y discretos, e) espontáneos, inmediatos e involuntarios, d) plausibles, e) consistentes con el estado afectivo de ese momento o con su personalidad, f) una representación sesgada de la realidad, incluyendo el sí mismo.

2. *Distorsiones Cognitivas (DC)*: Riso; 2009 señala que DC se refieren a la validez de los PA. Las DC serían entonces conclusiones o productos cognitivos ilógicos o equivocados. Listas de distorsiones cognitivas más frecuentes según Riso (2009):

- Lectura de la mente
- Adivinar el futuro
- Catastrofización
- Maximizar/minimizar
- Catalogar o rotular
- Descalificar o dejar lo positivo

- Filtro mental negativo
- Sobregeneralización negativa
- Pensamiento dicotómico
- “Debo” o tengo que
- Personalización
- Echar la culpa
- Comparación Falaz
- Razonamiento emocional, etc.

Respuesta Emocional/Biológica

Lazarus y Folkman (1986), (como se citó en Riso, 2009) nos manifiestan que de acuerdo con la conceptualización cognitiva, la emoción es un estado subjetivo que resulta de la valoración o evaluación de estímulos internos y externos. Para la TC, y acorde con otras teorías cognitivas de la emoción, la evaluación determina el tipo, intensidad y persistencia de la experiencia emocional. Más específicamente, esta experiencia emocional ocurre en el contexto de la interacción y transacción dinámica entre la persona y el medio.

Lazarus (2000), (como se citó en Riso, 2009), nos señala lo siguiente: Las emociones no son las valoraciones, sino un sistema organizado complejo constituido de pensamientos, creencias, motivos, significados, experiencias orgánicas subjetivas y estados fisiológicos, todos los cuales surgen de nuestra lucha por la supervivencia y florecen en los esfuerzos por atender el mundo en el que vivimos.

Características de las emociones: Reeve (2003), (como se citó en Riso, 2009) nos dice que las emociones son fenómenos enmarcados en, al menos, cuatro dimensiones: subjetiva, biológica, funcional (propósito) y social.

1. La Subjetividad (cognitiva) de la emoción se desprende del contenido informacional de las mismas y de nuestra manera de procesarlo. (Riso, 2009).
2. El aspecto biológico (fisiológico) tiene que ver con la motivación de energía que alista el cuerpo para adaptarse a las distintas situaciones que se vea obligado a enfrentar. (Riso, 2009).
3. Son funcionales (meta/propósito o tendencia a la acción) en el sentido que persiguen un propósito, lo que los psicólogos evolucionistas definen como significancia o funcionalidad adaptativa. Por ejemplo: escapar del peligro en el miedo, desactivar el organismo en la tristeza, defenderse y atacar en la ira. (Riso, 2009).
4. Son fenómenos que se enmarcan en una dimensión social (comunicación), en tanto que cada emoción envía señales faciales y corporales, verbales y posturales que son reconocibles y que le otorgan calidad a nuestra comunicación. (Riso, 2009).

Respuesta Motora

La respuesta motora (RM) puede ser: motora verbal (lo que el paciente dice) y no verbal (lo que el paciente hace: movimientos, gestos, posturas). La RM suele ser definida operacionalmente por sus componentes topográficos (frecuencia, intensidad) y/o funcionalidad (conducta de evitación, conducta compensatoria). El pensamiento automático y la mayoría de las respuestas emocionales necesitan de la RM para relacionarse con el mundo exterior. (Riso; 2009).

Antecedentes y Consecuentes

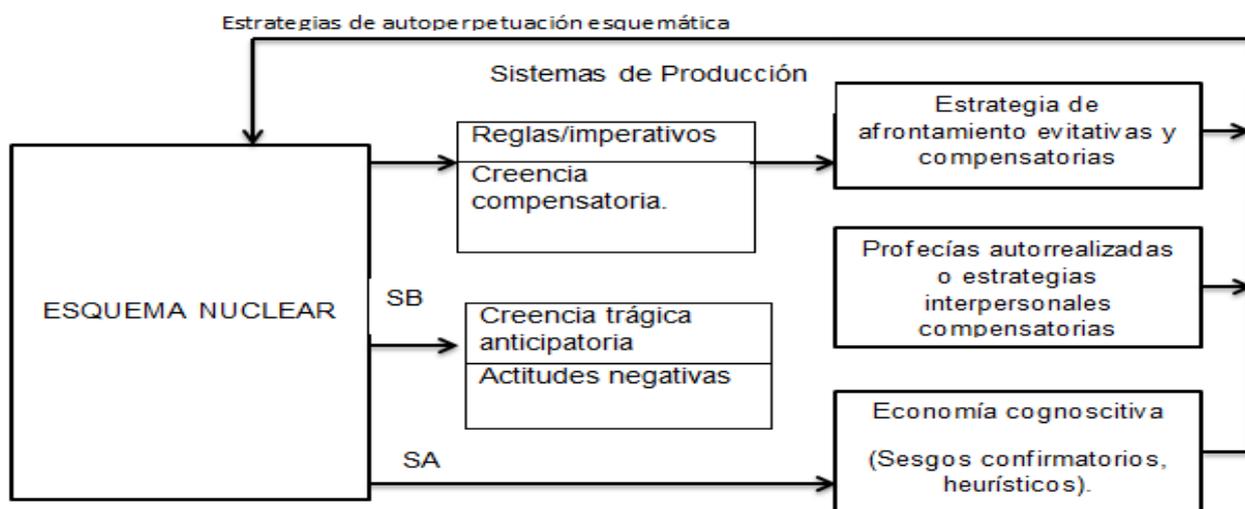
Los antecedentes se refieren a los estímulos que disparan o precipitan las respuestas. Pueden ser ambientales o internos, mediatos o inmediatos, crónicos o transitorios. A su vez, cada respuesta (cognitiva, emocional o motora) puede convertirse en estímulo, dependiendo de cómo sea la dinámica funcional. Un PA puede ser una respuesta a un evento determinado y obrar, a la vez, como un estímulo en cadena de conexiones internas. (Riso; 2009).

Nivel II: Estudio Explicativo/Preventivo

En el nivel II, la complejidad del análisis es mayor porque se centra en el mecanismo y el funcionamiento básico que sustenta la dinámica del trastorno, las variables predisponentes, mantenedoras y contribuyentes. (Riso; 2009).

Entre, las variables cognitivas a estudiar son: el esquema nuclear (EN), el *sistema A* de selectividad informacional y el *sistema B* de autoperpetuación, conformado por las creencias intermedias (actitudes, creencia trágica, creencia compensatoria e imperativos), las estrategias compensatorias/aseguradoras y evitativas, y las profecías autorrealizadas. Tanto el *sistema A* como *el sistema B* actúan en un sentido de autoperpetuación o automantenimiento del esquema nuclear de fondo. (Riso; 2009).

Figura 5: Segundo Nivel (Explicativo/preventivo)



Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

A continuación, se examinarán los componentes del segundo nivel (figura 5):

Esquema Nuclear o creencia central

- *Concepto de Esquema:* El esquema puede ser visto como una entidad organizacional cognitiva y estable, que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y el mundo. En términos más específicos, un esquema se refiere a una estructura cognitiva en la que se representa la información referente a una particular categoría de personas, objetos u eventos. (Riso; 2009). Así mismo, Clark, Beck y Alford (2005), (como se citó en Riso, 2009) ofrecen la siguiente definición: “Los esquemas son estructuras internas relativamente estables que han almacenado de manera genérica o prototípica características de estímulos, ideas o experiencias que son usadas para organizar información de acuerdo a cómo los fenómenos son percibidos y conceptualizados”.

- *Concepto de Autoesquema*: Generalizaciones cognitivas acerca de uno mismo, derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con uno mismo contenida en la experiencia social de un individuo. (Riso; 2009).
- *Esquema Nuclear (EN)*: La naturaleza del esquema nuclear (EN) es usualmente más global, sobregeneralizada y absoluta que otras creencias. Por lo general, el contenido de los EN se refiere a términos de evaluación absoluta y generalizada respecto a uno mismo y a otros. (Riso; 2009).

Beck (1996), (como se citó en Riso, 2009) refiere que el EN patológico es la creencia nuclear consiste en el componente más sensible del concepto del sí mismo o el “yo” (sentirse vulnerable, desvalido, no amable, incompetente, inútil) y la primitiva visión de otros (antipáticos, hostiles, desagradables).

Especificidad de Contenido

El modelo cognitivo parte de la hipótesis de que cada trastorno psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo que se hace evidente en el contenido informacional, el tipo de cogniciones negativas y la manera de procesar la información asociada con el desorden en cuestión. (Riso; 2009).

Así, por ejemplo, la teoría cognitiva sostiene que es posible trazar perfiles cognitivos específicos a cada alteración psiquiátrica o psicológica, que en última instancia serían los temas cognitivos predominantes de cada trastorno. Por ejemplo, en la depresión/tristeza, el tema nuclear es la pérdida personal, la Deprivación y/o la soledad afectiva; en la ansiedad, el tema predominante es la percepción de amenaza y la

baja autoeficacia; en la manía, una visión positiva exagerada del uno mismo, el mundo y el futuro; en el trastorno obsesivo compulsivo, una evaluación no realista del daño potencial de los pensamientos intrusivos y la importancia del control mental; en la paranoia, sesgos atribucionales de que otros me quieren hacer daño y en el trastorno límite incluye varias creencias de otros trastornos como: “tengo defectos”, “soy vulnerable”, “me abandonarán”, esto llevarán al paciente a manifestar comportamientos externos y dramáticos. (Riso; 2009).

Leahy (2001), (como se citó en Riso, 2009) refiere lo siguiente: El modelo cognitivo propone que los individuos difieren en la manera por la cual ellos procesan la información. Por ejemplo, el trastorno de la personalidad puede ser visto como variaciones del procesamiento esquemático: la gente dependiente se focaliza en el abandono, la gente depresiva en evaluaciones negativas, los paranoides en los engaños, los compulsivos en el control y los narcisistas en su estatus especial.

Hasta aquí se podría concluir que un trastorno psicológico, va acompañado con una configuración esquemática, que le proporciona un perfil que concuerda con la base de datos informativos o creencias subyacente para cada esquema; por ejemplo un esquema de infravaloración, utilizara procesos cognitivos atencionales y preceptivos, para detectar en una gran medida humillaciones o burlas de las personas.

En la tabla 2, Clark y Beck (1988), (como se citó en Riso, 2009) establecen algunas diferencias informacionales entre depresión y ansiedad, partiendo de la taxonomía que plantea esquemas, procesos y productos.

Tabla 2: Especificidad de contenido en depresión y ansiedad.

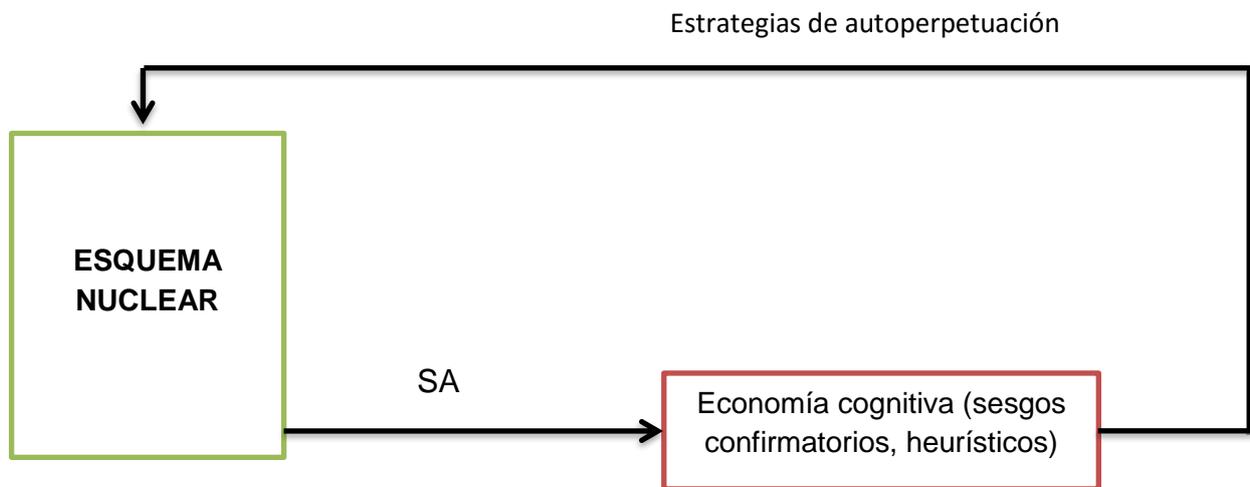
	DEPRESIÓN	ANSIEDAD
Esquemas	Esquemas focalizados principalmente en la pérdida/fracaso interpersonal y dominios de realización/logro	Creencias maladaptativas focalizadas en amenaza física o psicológica y baja autoeficacia (vulnerabilidad al daño)
Operaciones o procesos	Privilegian procesos de información negativa autorreferencial y excluyen la positiva (atención autofocalizada)	Procesos selectivos de aspectos amenazantes sobre estimación de la vulnerabilidad (atención autofocalizada)
Productos o pensamientos	Autoverbalizaciones orientadas al pasado de la forma del “todo o nada”	Autoverbalizaciones orientadas al futuro de estructura probabilística

Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

1. Sistema A: Economía Cognitiva o Selectividad Informacional

La figura 4, muestra el *sistema A* y su relación con el EN. Toda la evidencia disponible hace pensar que este nivel de autoperpetuación corresponde a un sistema de procesamiento más automático que controlado. Su drive o motivación parecería estar anclado en la historia filogenética y en procesos que escapan al aprendizaje social. Esta visión sostiene que la naturaleza de lo cognitivo está íntimamente vinculada con el desarrollo de estrategias adaptativas. (Riso; 2009).

Figura 6: Economía cognitiva y estrategias de autoperpetuación (Sistema A).



Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

Sesgos Confirmatorios

Los sesgos confirmatorios son expresiones de la economía cognitiva. Son desviaciones metódicas y ordenadas para ratificar o revalidar lo que ya se sabe, es decir, la información almacenada. Se altera o manipula la realidad para que concuerde con los esquemas de base. También es un proceso activo de búsqueda confirmatoria, generación de hipótesis y autoverificación. Analizaremos tres tipos de sesgos: atención, percepción y memoria. (Riso; 2009).

- *Atención selectiva o sesgo atencional:* El proceso atencional puede manifestarse en la decodificación o entrada de la información (atención focalizada o hipervigilancia) en los procesos de metacognición atención autofocalizada), o una vez que se ejecuten los productos o salida de la información (atención focalizada en las consecuencias o en las propias estrategias de afrontamiento). (Riso; 2009).

- *Sesgos Perceptuales y Correlaciones Ilusorias*: Se refiere a los juicios, inferencias o interpretaciones que los individuos generan cuando se enfrentan distintas situaciones, especialmente si son complejas o ambiguas. A diferencia de los sesgos atencionales, los sesgos perceptivos son más elaborados. De esta forma, el sujeto perceptor conjuga las claves contextuales de la situación concreta con el modelo internalizado del mundo, producto de su experiencia previa. (Riso; 2009).

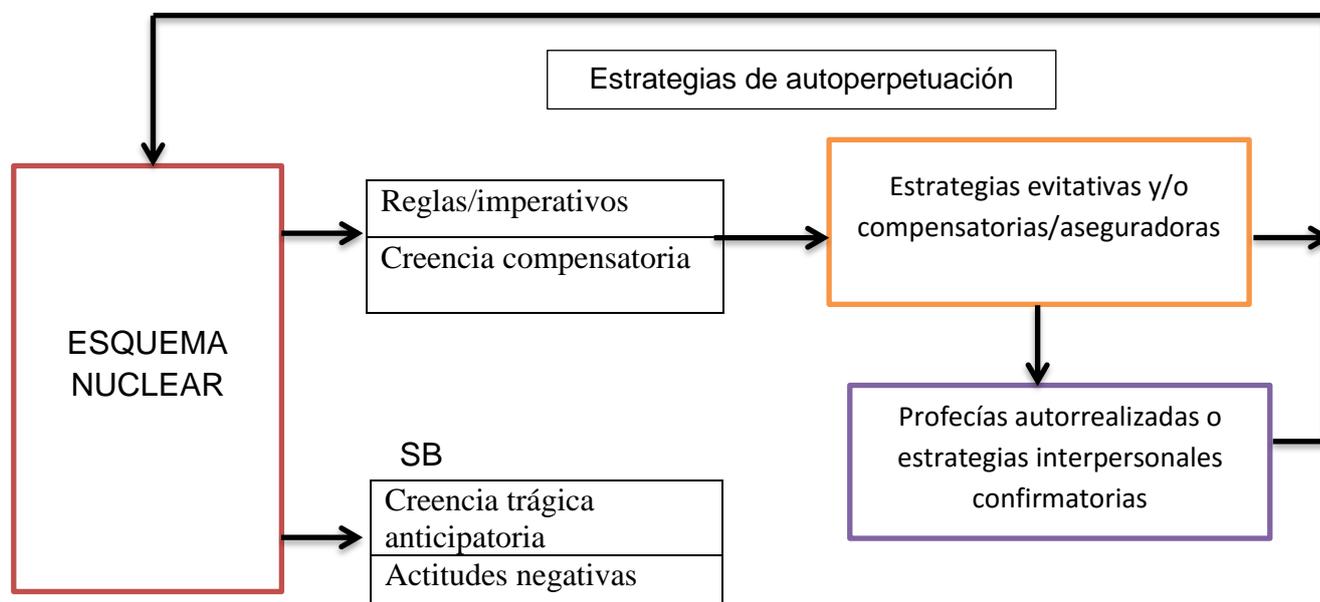
Un tipo especial de sesgo perceptual es el que se conoce como correlación ilusoria: la percepción de una relación que no existe sino en nuestra imaginación. Algunos pacientes pueden incrementar sus pronósticos catastróficos simplemente por la ocurrencia simultánea de los eventos. Por ejemplo, un sujeto con ansiedad generalizada podría suspender su viaje en avión, si éste debe hacerlo un 11 de setiembre. Una mujer había “correlacionado” a los hombres con corbata con el acoso sexual. (Riso; 2009).

- *Sesgos de Memoria*: Los sesgos de memoria son una forma de selectividad esquemática en que la información congruente se recuerda mejor. (Riso; 2009). Así mismo Leahy (2003), (como se cita en Riso, 2009) sostiene: En el procesamiento esquemático, la persona atiende y recuerda selectivamente información consistente con el esquema, lo que termina por reforzarlo.

2. Sistema B: Creencias Intermedias, Sistemas de producción y Estrategias de Afrontamiento Confirmatorias

La dinámica del sistema B corresponde más a un tipo de procesamiento controlado que automático. Podríamos decir entonces que, de alguna manera, el paciente puede tener un conocimiento directo sobre su autoconcepto. Dicho de otra manera, la motivación a escapar, evitar o compensar, requiere saber a qué se teme: la ansiedad anticipatoria implica que el esquema subyacente debe tener algún grado de activación. El sistema B no elimina el EN, sino que lo mantiene bajo control. La mayoría de los pacientes “saben” qué no les gusta de sí mismos y qué deben hacer para protegerse o incrementar la tolerancia al sufrimiento que genera un Autoesquema negativo. (Riso; 2009).

Figura 7: Creencias Intermedias y Sistemas de producción (Sistema B).



Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

Como puede observarse, a partir del EN se despliegan las actitudes negativas y la creencia trágica anticipatoria, que activan una o varias creencias compensatorias y un conjunto de imperativos o “deberías”. Estas, a su vez, ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento (evitativas y/o compensatorias /aseguradoras) que terminan autoperpetuando en, tanto que le impiden exponerse a información contradictoria y “desprender” sus contenidos. De otra parte, tanto las estrategias de evitación como las compensatorias/aseguradoras pueden producir en el ambiente consecuencias directamente confirmatorias (profecías autorrealizadas o estrategias interpersonales confirmatorias). (Riso; 2009).

Creencias Intermedias: Las creencias intermedias se desprenden del EN y se relacionan entre sí, motivando o impulsando al sistema a actuar en un sentido protector y facilitando la autoperpetuación. (Riso; 2009).

A. Actitudes negativas y creencias trágicas anticipatorias

- *Las Actitudes Negativas:* Se refiere a las opiniones que el paciente tiene sobre la problemática en cuestión. Por ejemplo, una mujer con un EN de defectuosidad/vergüenza y un trastorno dismórfico corporal opinaban lo siguiente: “No voy a progresar en la vida porque soy fea”. Las actitudes negativas no son condicionales, sino aserciones que, a manera de conclusión, coadyuvan, magnifican, soportan o acompañan la o las creencias trágicas anticipatorias. Las actitudes negativas incluyen al sujeto en primera persona. (Riso; 2009).

- *Las creencias trágicas anticipatorias*: Responde a la regla “si...entonces”. La conjetura es anticipatoria y catastrófica, es lo que preocupa al paciente en relación con el EN. (Riso, 2009). Por otro lado, Dryden (1990) (como se citó en Riso, 2009), refiere que: se trata de la pesadilla personal o interpersonal del paciente, lo peor que podría ocurrir si su EN negativo se activara o se hiciera realidad con toda su fuerza y la peor de las situaciones.

B. Creencias Compensatorias e Imperativos

- *Los imperativos (“Debo”, “tengo que”)*: Responde a necesidades o deseos que de manera automática inducen al comportamiento (“debo quedar bien pase lo que pase”, “tengo que evitar enfrentarme a mi jefe y que sea lo que Dios quiera”). Los imperativos tienen un comportamiento motivacional/emocional de base muy fuerte. (Riso; 2009).
- *Las Creencias Compensatorias*: Intentan compensar, equilibrar o disminuir la probabilidad futura de ocurrencia que designa la creencia trágica anticipatoria. Indica “qué hacer” ante la situación temida anticipatoria. (Riso; 2009).
- *Sistemas de producción*: Una vez que se activa la creencia compensatoria, está induce a la acción. La secuencia lógica que relaciona la creencia compensatoria y las estrategias de afrontamiento (o comportamientos de solución) se las conoce, en procesamiento de la información, como “sistemas de producción”. Estos sistemas de producción comprenden las estrategias compensatorias aseguradoras y

evitativas que utiliza el paciente para convivir y no activar su EN disfuncional. (Riso; 2009).

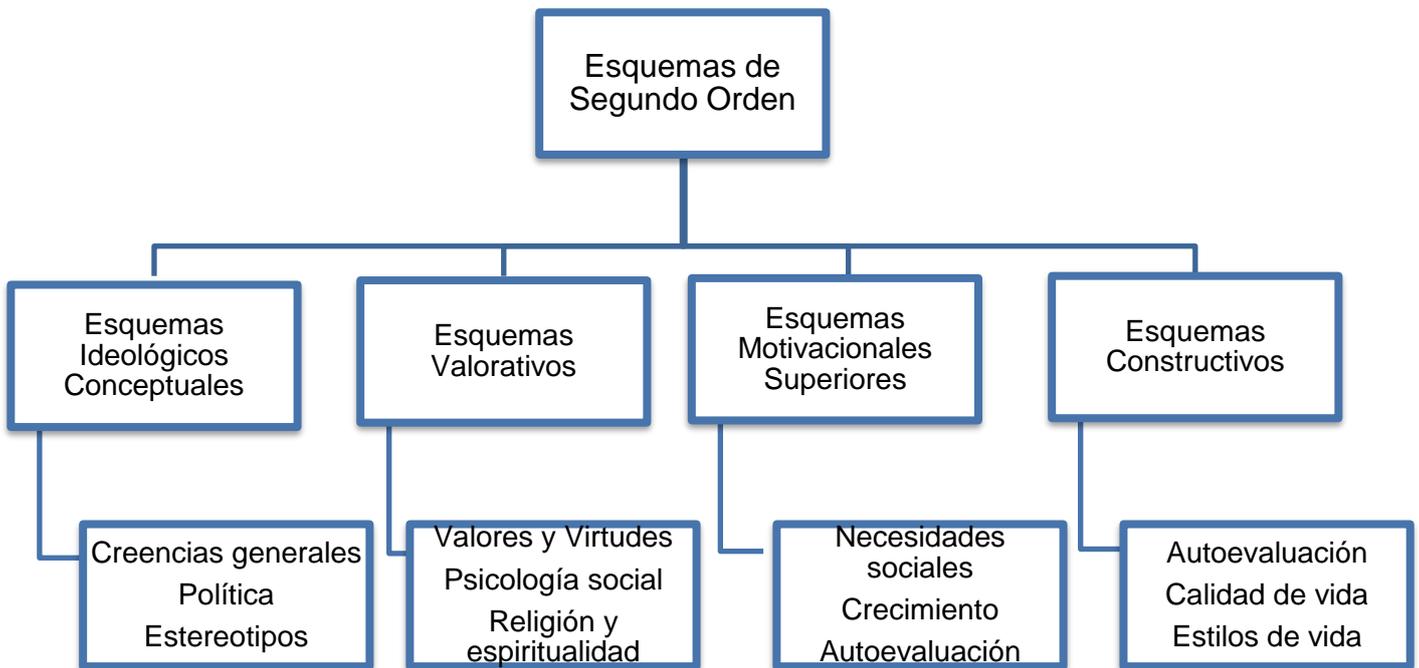
- *Profecías autorrealizadas y estrategias interpersonales confirmatorias:*
Se parte de una profecía o anticipación de algo que va a ocurrir, después se actúa para que dicha profecía se cumpla (casi siempre de manera no consiente), y finalmente, se concluye que la expectativa era cierta: “yo dije o sabía que eso iba a pasar”. (Riso; 2009).

Nivel III: Esquemas de Segundo Orden

Se refiere al estudio de la visión del mundo del paciente y los esquemas ideológicos, valorativos, motivacionales superiores y constructivos que lo componen, no debe ser entendido como mera “curiosidad psicológica”, sino como un factor de suma importancia para la conceptualización y la intervención clínica. El desconocimiento por parte del terapeuta de estos valores, motivaciones y estilos de vida del paciente, así como del medio sociocultural en los que se desempeña, ha sido considerado un factor que afecta el manejo de la salud mental y que puede incrementar los efectos negativos del tratamiento en general. (Riso; 2009).

Este tema que nos señala el autor es de vital importancia a la hora de abordar un proceso terapéutico, ya que no se trata de un esquema disfuncional propiamente dicho o de síntomas del I nivel, si no que su raíz se puede encontrar dentro de una ideología o creencia popular de una etnia o comunidad, que se basa a costumbres, ritos u otros, y de la cual debemos evaluar en qué casos amerita el cambio terapéutico, respetando siempre las creencias o ideologías en esas personas.

Figura 8: Esquemas de Segundo Orden



Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

Los esquemas de segundo orden representan entonces un punto de encuentro entre lo cognitivo y lo cultural, donde se intenta establecer un balance dinámico entre lo individual y lo grupal, entre las creencias sociales, los valores y las necesidades de crecimiento personal del sujeto. (Riso; 2009).

- **Esquemas Ideológicos Conceptuales (EI/C) (Sistemas de creencia de segundo orden)**

Es la tendencia general en relación a un contexto cultural determinado de asumir ciertas creencias o ideologías. El conocimiento cultural es ese subconjunto especial de conocimiento general que se transmite de generación en generación, que se enseña en la

familia o en la escuela. Sin embargo, los sistemas de creencias van más allá de las interacciones culturales obvias. Éstas influyen en cosas como las reglas para la memoria y el pensamiento. (Riso; 2009).

- **Esquemas valorativos (EV)**

Greene y Simons-Morton (1988), (como se citó en Riso, 2009) sostienen que las creencias tienen, por lo menos, tres características básicas: a) pueden clasificarse como falsas o verdaderas, b) un efecto cognoscitivo: las personas que las sostienen saben o creen saber que saben, y c) poseen un componente afectivo que hace referencia al valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un sujeto.

- **Esquemas Motivacionales Superiores (EMS)**

Es el que se refiere a la motivación para el crecimiento. Los contenidos esquemáticos motivacionales, pueden estar orientados a la supervivencia física y/o a la supervivencia psicológica, siendo la esencia de esta última una tendencia al crecimiento y al desarrollo. (Riso; 2009).

- **Esquemas Constructivos (EC)**

Los EC se organizan a partir de la coherencia informacional de los contenidos positivos de los EI/C, EV y EMS. Los puntos adaptativos en común de éstos últimos facilitan la aparición de estructuras donde se desarrollan nuevas estrategias de afrontamiento y estilos de vida saludables (comportamientos de salud/felicidad) y se potencian los recursos cognitivos/comportamentales que posee el paciente, con el fin de mejorar su calidad de vida. Es decir, los EC son esquemas de inmunidad cognitivo/comportamentales y de crecimiento que no sólo disminuyen la probabilidad

futura de adquirir patologías psicológicas (prevención), sino la probabilidad futura de obtener una vida satisfactoria (promoción). (Riso; 2009).

La coherencia entre los esquemas de segundo orden también puede establecerse alrededor de contenidos negativos y desarrollar así esquemas no constructivos, pero de todas maneras congruentes desde el punto de vista informacional. (Riso; 2009).

1.2.3. Terapia Centrada en los Esquemas

Este modelo terapéutico nace como respuesta a las limitaciones que la terapia cognitiva de Beck presentaba ante pacientes con trastorno de personalidad y/o trastornos crónicos o, simplemente, pacientes difíciles. Tales limitaciones se corresponde con los problemas y dificultades que algunos pacientes suelen plantear en el transcurso del proceso terapéutico, tales como dificultades para activar e identificar aquellos sentimientos y emociones que generalmente están ocultos o permanecen bloqueados, problemas para identificar o informar sobre sus pensamientos y procesos cognitivos, dificultades para identificar poder identificar cuáles son sus problemas así como definirlos, falta de motivación al realizar las tareas asignadas para casa, dificultades para establecer una buena relacion terapéutica y resistencia a modificar creencias y patrones de conducta, a pesar de la argumentación lógica y racional asumida por el propio paciente. La base teórica de este modelo se fundamenta en la existencia de lo que Young denomina Esquemas Tempranos Desadaptativos y en los procesos bajo los que pueden operar dichos esquemas: rendición al esquema, evitación del esquema y compensación del esquema. (Caballo; 2009).

Concepto de Esquemas Tempranos Desadaptativos

Los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD) suponen una mayor profundización en el análisis de los fenómenos cognitivos que modulan la conducta. Tras lo que son las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, se encuentran los ETD, temas estables y sólidos acerca de uno mismo en relación con la experiencia y que se han desarrollado desde la infancia y lo largo de toda la vida. Constituyen la base del procesamiento de la realidad y a partir de ellos se generan todas las distorsiones cognitivas, disfunciones emocionales y/o comportamientos inadaptados. (Caballo; 2009).

Para Caballo, (2009) los ETD tienen varias características:

- Son verdaderos e incondicionales.
- Son disfuncionales y producen un malestar significativo.
- Distorsionan el procesamiento de la información.
- Se desencadenan por determinados acontecimientos ambientales.
- Sus orígenes se encuentran en necesidades emocionales básicas.

Dimensiones y Tipos de Esquema:

Young; (citado en Caballo, 2009) establece la existencia de dieciocho esquemas agrupados en 5 categorías o dimensiones. Dichas categorías hacen referencia a las relaciones tempranas disfuncionales del sujeto con los padres, hermanos y grupos de iguales, y al estilo de comportamientos que, a partir de dichas experiencias, el sujeto ha ido desarrollando.

A) Dimensión de desconexión y rechazo

Consiste en la expectativa de que uno no encontrara nadie que satisfaga sus necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatías, afecto, aceptación y respeto. Los antecedentes familiares contienen experiencias de separación o desarraigo familiar, padres ausentes, rechazo, castigos, indiferencia, actitudes críticas, etc. (Caballo; 2009).

- *Abandono e Inestabilidad*: Es la sensación de inestabilidad y poca fiabilidad sobre aquellos que nos pueden proporcionar apoyo y amistad. (Caballo; 2009).
- *Desconfianza / Abuso*: Idea de que los demás nos dañarán, abusarán de nosotros, nos humillarán, enfadarán, mentirán, manipularán o se aprovecharán. (Caballo; 2009).
- *Privación Emocional*: Expectativa de que los demás no nos van a proporcionar un apoyo emocional normal. Existen tres formas de privación: privación de cuidados, privación de empatía y privación de protección. (Caballo; 2009).
- *Imperfección / Vergüenza*: Sensación de que uno es defectuoso, malo, no deseado o poco válido para las cosas importantes; o que uno va a resultar antipático si se relaciona con los demás. Esto puede implicar una hipersensibilidad a la crítica, rechazo y culpa, baja autoestima, tendencia a la comparación e inseguridad hacia los otros así como vergüenza respecto a los propios defectos mostrados. (Caballo; 2009).
- *Distanciamiento / Aislamiento social*: Sentimiento de que uno está aislado de los demás, es diferente de los otros y/o no forma parte de ningún grupo o comunidad. (Caballo; 2009).

B) Deterioro de la Autonomía y la actuación

Expectativa sobre uno mismo y sobre el ambiente que interfiere con la propia capacidad para la supervivencia, para funcionar de forma independiente o para actuar con éxito. En el origen familiar se puede observar escasa confianza en el niño, sobreprotección o fracaso en reforzar las actuaciones competentes del niño fuera de su entorno familiar. (Caballo; 2009).

- *Dependencia / Incompetencia*: Es la creencia de que uno es incapaz de manejar sus responsabilidades diarias, de una manera competente, sin una considerable ayuda de los demás (cuidar de uno mismo, resolver problemas diarios, tener buen juicio, emprender nuevas tareas, tomar buenas decisiones). A menudo presentan indefensión. (Caballo; 2009).
- *Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad*: Temor exagerado a que pueda ocurrir una catástrofe y que una será incapaz de prevenirla. El temor puede referirse a catástrofes médicas (sida, infarto, tumores), emocionales (volverse loco) o externas (ascensores, aviones, terremotos, atracos). (Caballo; 2009).
- *Estar atrapado / Inmadurez del sí mismo*: Excesiva implicación emocional y compenetración con una o más personas significativas (a menudo los padres) a expensas de una plena individualidad o de un normal desarrollo social. Implica la creencia de que no se puede vivir o ser feliz sin el constante apoyo de los demás. (Caballo; 2009).
- *Fracaso*: Creencia de que uno ha fracasado o es inferior a sus semejantes en cuanto a logros (estudios, profesión, deportes). La persona se considera estúpida, inepta, tonta, ignorante, de bajo estatus y con menos éxito que los demás. (Caballo; 2009).

C) Límites Deteriorados

Deficiencia en los límites internos, en la responsabilidad hacia los demás o en la orientación hacia metas de largo plazo. Conduce a dificultades para respetar los derechos de los demás, cooperar con ellos, comprometerse o establecer objetivos personales realistas. Los orígenes familiares típicos se caracterizan más por permisividad, exceso de indulgencia, carencia de directrices o una sensación de superioridad en vez de un afrontamiento apropiado, disciplina y establecimiento de límites con respecto a asumir responsabilidades, cooperar de forma recíproca y establecer objetivos. (Caballo; 2009).

- *Grandiosidad / Estar en su Derecho*: Creencia de que uno es superior a los demás, que se tiene el derecho a privilegios especiales. (Caballo; 2009).
- *Insuficiente Autocontrol / Autodisciplina*: Persistente dificultad o rechazo a tener suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr objetivos personales o contener la expresión excesiva de los propios impulsos y emociones. (Caballo; 2009).

D) Inclinación hacia los Otros

Se trata de una excesiva atención a los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades, con el fin de obtener amor y aprobación, mantener la sensación de vinculación con el otro o bien para evitar represalias. Frecuentemente implica supresión y falta de conciencia respecto a la propia ira y a las inclinaciones naturales. (Caballo; 2009).

- *Subyugación*: Excesiva rendición al control de los demás debido a que el individuo se siente coaccionado-sometido, con el fin de evitar la ira, las

represalias o el abandono. Existen dos formas de subyugación: Subyugación de las necesidades (supresión de las propias decisiones, preferencias, deseos) y Subyugación emocional (supresión de las propias emociones como la ira). (Caballo; 2009).

- *Autosacrificio*: Excesiva dedicación a satisfacer de forma voluntaria las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a costa de las propias gratificaciones. (Caballo; 2009).
- *Búsqueda de Aprobación / Reconocimiento*: Excesivo énfasis en obtener aprobación reconocimiento o atención por parte de los otros a expensas del desarrollo de una identidad propia segura y real. (Caballo; 2009).

E) Sobrevigilancia e Inhibición

Se da un excesivo énfasis en controlar los sentimientos, impulsos y preferencias espontáneos o en satisfacer normas y expectativas rígidas e interiorizadas sobre la actuación y el comportamiento ético, a expensas, a menudo, de la felicidad, la expresión de uno mismo, el estar relajado, las relaciones íntimas o la salud. (Caballo; 2009).

- *Negatividad / Pesimismo*: Atención duradera y general sobre los aspectos negativos mientras minimiza o se olvida de los aspectos positivos. (Caballo; 2009).
- *Inhibición emocional*: Este esquema es definido por Young, Klosko y Weishaar (2003) como la excesiva inhibición de la acción, sentimiento o comunicación espontánea, normalmente para evitar la desaprobación ajena, los sentimientos de vergüenza o la pérdida de control de los propios impulsos. Asimismo, Caballo (2009) refiere que los aspectos más comunes de este esquema se refieren a: inhibición de ira y agresividad, inhibición de impulsos positivos (diversión,

afecto, sexualidad), excesivo énfasis en la racionalidad a expensas de la emocionalidad y dificultad en la expresión de la vulnerabilidad o en la comunicación libre de los propios sentimientos, necesidades, etc. (Caballo; 2009).

Podemos entender que el concepto inhibición es tratada por los autores para señalar la no expresión o restricción de los sentimientos, deseos y tendencias en las personas; esto obedece a una falta de comunicación adecuada socialmente, que no cree un malestar emocional posterior en las personas.

- *Normas Inflexibles / Hipercrítica:* Se refiere a la creencia subyacente de que uno necesita esforzarse en satisfacer las más altas normas interiorizadas de conducta y rendimiento para evitar la crítica. (Caballo; 2009).
- *Castigo:* La creencia de que se debería castigar a la gente por cometer errores. Implica la tendencia a enfadarse, a ser intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluido uno mismo) que no satisfacen las expectativas y las normas. (Caballo; 2009).

Procesos de los Esquemas

Para Caballo; (2009) existen tres formas distintas bajo las cuales puede operar un esquema en un determinado individuo:

1. Rendición al Esquema: El proceso de rendición hace referencia a aquellas maniobras cognitivas y conductuales que sirven para reforzar y conservar la vigencia del esquema. El individuo piensa y actúa conforme al dictado de su ETD.
2. Evitación del Esquema: Cuando un esquema se activa, el individuo experimenta afectos y emociones altamente desagradables, tales como ansiedad, tristeza, ira,

abatimiento, etc. Por ello, algunas personas tienen que desarrollar estrategias encaminadas a prevenir la activación del esquema.

3. **Compensación del Esquema:** En otros casos, el esquema opera desarrollando un mecanismo de compensación según el cual el individuo adopta estilos cognitivos y/o conductuales que parecen ser opuestos a lo que cabría esperar del esquema. Por ejemplo, una persona con predominio del esquema “Imperfección / vergüenza” actuaría en modo de compensación al demandar la atención y admiración de los demás y al negar rotundamente la validez de las críticas recibidas, en lugar de asumirlas y autocorregirse.

Modos de Esquemas

Los modos de esquema son puntuales estados emocionales y conductas asociadas que se manifiestan mediante algún tipo de estímulo estresante emocional al que el sujeto se muestra especialmente sensible. Se trata de una constelación de determinados esquemas que habitualmente se encuentran en estado latente pero que se pueden activar de forma más o menos esporádica ante acontecimientos concretos; algo así como una parte del sí mismo que no ha llegado a estar integrada en el patrón de conducta y personalidad que habitualmente exhibe el sujeto. Los modos pueden ser adaptativos o disfuncionales. Estos modos consisten en pensamientos, emociones y conductas por un factor común. (Caballo; 2009).

a) **Modos de la Infancia:** Son innatos y universales y el individuo puede manifestarlos ante determinados acontecimientos. (Caballo; 2009). Este mismo autor nos señala que los modos de infancia son: niño vulnerable, niño enfadado, niño impulsivo/ indisciplinado y niño feliz.

b) Modos Desadaptativos de afrontamiento: Se refiere a estilos de afrontamiento basados en la rendición, evitación y compensación del esquema. (Caballo; 2009). Así mismo el citado autor, manifiesta que los modos desadaptativos de afrontamiento son: capitulador complaciente, protector desvinculado y sobrecompensador.

c) Modos de padre / madre disfuncional: El paciente llega a ser como el padre que lleva interiorizado. (Caballo; 2009). Estos modos según el referido autor son: Padre / madre punitiva, Padre / madre exigente y Modo de adulto saludable (este se trata del modo que se pretende fortalecer en la terapia).

1.2.4. Terapia Dialéctica Conductual

Linehan propone una aproximación bisosocial para explicar el trastorno límite de la personalidad (TLP). Su modelo enfatiza la interacción entre influencias biológicas e influencias del aprendizaje social. Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para entender el trastorno. (Caballo; 2009).

Áreas problemáticas en el trastorno límite de la personalidad. Reorganización de los criterios diagnósticos.

En primer lugar, Linehan realiza una reorganización de los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), con lo que determina las áreas problemáticas que más tarde se convertirán en las metas principales de su programa de tratamiento. (Caballo; 2009).

Estas áreas son:

1. Disfunción Emocional: Los pacientes con un TLP presentan muchas dificultades en la regulación de sus emociones. Tienen una alta reactividad emocional y sufren episodios depresivos, irritabilidad, ira o ansiedad frecuentemente. (Caballo; 2009).

2. **Disfunción Interpersonal:** Estos individuos mantienen relaciones interpersonales caóticas con bastante frecuencia. Las relaciones suelen ser intensas y cambiantes, pasando de la idealización al odio con relativa facilidad. (Caballo; 2009).
3. **Disfunción Comportamental:** En esta área es importante destacar la impulsividad y las conductas suicidas, que están muy relacionadas. Los comportamientos suicidas en estos pacientes comprenden un amplio abanico de manifestaciones que van desde autolesiones, en las que no se pone en peligro la vida del sujeto (quemaduras de cigarro, pequeños cortes, etc.), hasta intentos graves de suicidio, en los que la vida está en grave peligro (sobredosis, apuñalamiento, etc.). (Caballo; 2009).
4. **Disfunción Cognitiva:** El pensamiento parece alterado en estos pacientes. Una característica muy importante es un patrón de pensamiento dicotómico. Cognitivamente, es muy frecuente encontrar creencias e ideas rígidas y dicotómicas, del tipo blanco y negro. (Caballo; 2009).
5. **Alteraciones de la Identidad:** Una última área problemática son los problemas respecto a la autoimagen. Aquí se incluirán los sentimientos crónicos de vacío y la incertidumbre en relación a su autoconcepto, su identidad sexual, su imagen corporal u otros aspectos del sentido del sí mismo. (Caballo; 2009).

La Perspectiva Dialéctica

El modelo y programa de tratamiento está basado en una perspectiva dialéctica. Linehan se refiere al enfoque filosófico que subyace a la teoría socioeconómica de Marx y Engels, a la teoría de la evolución científica de Kuhn o las teorías evolucionistas, entre otras. (Caballo; 2009). Según Linehan, (como se cita en Caballo, 2009) una perspectiva dialéctica tiene tres características principales:

En primer lugar, el principio de *interrelación y globalidad*. La dialéctica asume una perspectiva sistémica de la realidad. El análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. En segundo lugar, se encuentra *el principio de polaridad*. La realidad se compone de fuerzas opuestas, tesis y antítesis, de cuya integración o síntesis se origina un nuevo conjunto de fuerzas opuestas. El último principio es el de *cambio continuo*. La realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzca cambios que llevan a la síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse y, así tiene lugar un proceso de cambio continuo. (Caballo; 2009).

El TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico. Las personas que sufren este trastorno suelen moverse entre tesis y antítesis, es decir, entre opuestos. Una de sus características es que mantienen posiciones rígidas y contradictorias y son incapaces de integrar distintas disposiciones. Tienden a ver la realidad en categorías polarizadas y rígidas, sin admitir que es posible la integración. Esta dicotomía en sus cogniciones, en su esfera afectiva, en sus relaciones interpersonales, es inamovible, lo que podría ayudar a entender su malestar emocional intenso: “Las cosas son así de malas y, además, no se pueden cambiar”. Vemos aquí un fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo de la teoría dialéctica. (Caballo; 2009).

Otra característica de los pacientes límites son sus problemas de identidad. Experimentan sensaciones crónicas de vacío, se sienten separados del entorno y de los demás, a veces, de forma tan intensa, que sufren episodios disociativos. Desde una perspectiva dialéctica, estamos frente a un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límites no se sienten parte del todo, ni son

capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano, como la familia, los amigos, la pareja, etc. (Caballo; 2009).

Los pacientes límite presentan patrones de funcionamiento dicotómico, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. La terapia dialéctica conductual tiene, entre sus objetivos, la solución o integración de dichos patrones opuestos. Uno de los más característicos los constituye, en un polo, los comportamientos de victimización en los que el paciente se siente indefenso, culpa de lo que pasa a los demás y demanda que sean los demás quienes solucionen sus problemas y tomen las riendas de su vida. Es lo que Linehan denomina “pasividad activa”. En el otro polo, denominado “competencia aparente”, el paciente aparece como alguien capaz de afrontar sus problemas, de poder “comerse el mundo” sin necesidad de los demás, por lo que se aparta de las personas. Otros de estos patrones característicos refieren a la afectividad. En un polo encontramos las crisis extremas, que consisten en la expresión de emociones intensas y en la dificultad para modularlas. En el otro extremo está la inhibición de la aflicción, es decir, la evitación o inhibición de la experiencia y la expresión de emociones dolorosas e intensas, con los que aparecen como indiferentes o afectivamente fríos ante acontecimientos dolorosos como la pérdida de un ser querido. El problema de los pacientes límite es que pueden encontrarse en ambos polos opuestos. Su drama es que no son capaces de encontrar un término medio, con lo que su funcionamiento cotidiano resulta caótico para ellos mismos y para los demás. (Caballo; 2009).

El Modelo Biosocial

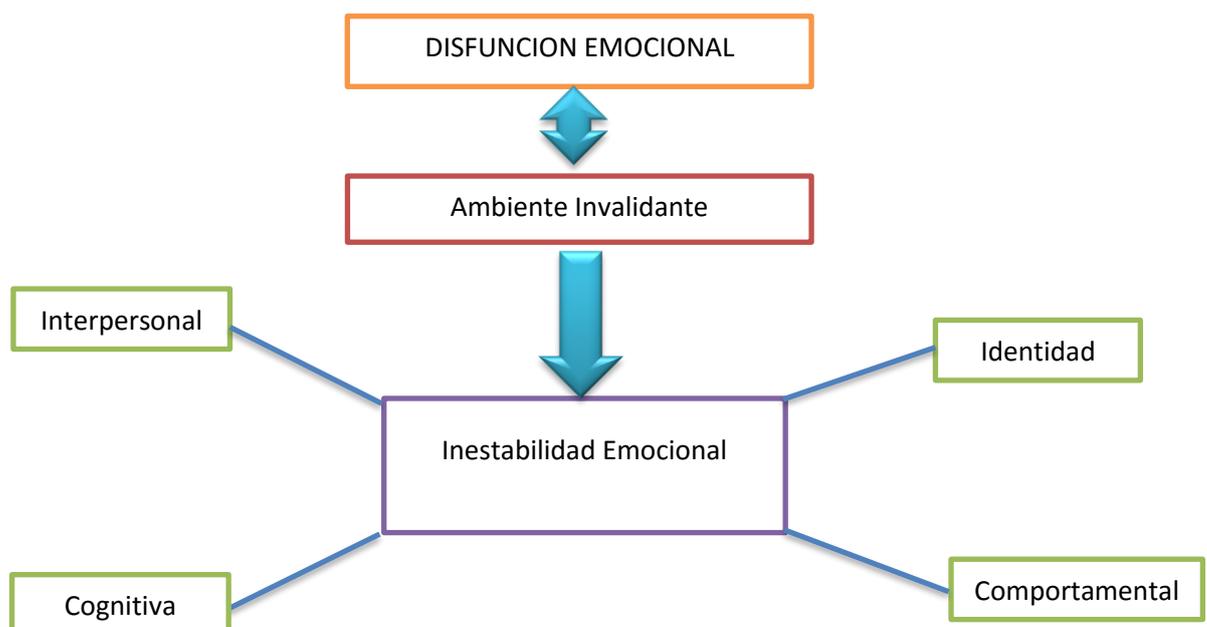
El modelo asume que el TLP constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. La disfunción en la regulación emocional se traduce en una alta vulnerabilidad emocional unida a dificultades importantes en la modulación de los afectos. La vulnerabilidad emocional se refiere a que el individuo presenta una elevada sensibilidad ante los estímulos emocionales, es decir, tiene un umbral muy bajo para reaccionar emocionalmente. Un ejemplo podría ser la sensación que experimentan los familiares de estos pacientes de que tienen que “caminar sobre huevos”, es decir, tener mucho cuidado con lo que hacen o dicen porque puede provocar una reacción emocional intensa en el individuo.(Caballo; 2009).

El otro aspecto importante de la teoría de Linehan es el *ambiente invalidante*, referido, fundamentalmente, a patrones de crianza que no validan las expresiones emocionales del niño vulnerable. La característica fundamental de este tipo de ambiente es que emite respuestas erráticas, inapropiadas o no contingentes a la comunicación de las emociones y experiencias íntimas. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción y análisis de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de la personalidad socialmente inaceptables. (Caballo; 2009).

Linehan, (como se citó en Caballo, 2009) señala algunos perfiles de familias invalidantes:

- *La familia Caótica*: Caracterizada por dificultades graves como problemas económicos, abuso de sustancias psicoactivas o relaciones inestables entre sus miembros. Es una familia que dedica poca atención a los niños. Se invalidan o no se dan importancia a las necesidades de los niños. (Caballo; 2009).
- *Familia Perfecta*: Aquella que no puede tolerar la expresión de afecto negativo, con padres muy centrados en sí mismos y en hacer que todo vaya bien, por lo que se recriminan o castigan las expresiones afectivas de un niño con vulnerabilidad emocional. (Caballo; 2009).
- *Familia Típica*: Producto de la sociedad occidental en la que se marca muy claramente los límites entre el individuo y el ambiente y se enfatiza el control emocional. (Caballo; 2009).

Figura 9: Teoría Biosocial del trastorno límite de la Personalidad



Fuente: Fuente: Manual de Trastornos de la Personalidad. Caballo (2009).

1.2.5. Los Sistemas e Heurísticos del Pensamiento

Los estudios realizados por Kahneman (2012) hacen referencia a dos sistemas de la mente, el sistema 1 y el sistema 2:

- El Sistema 1 opera de manera rápida y automática, con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario. (Kahneman; 2012).
- El Sistema 2 centra la atención en las actividades mentales esforzadas que lo demandan, incluidos los cálculos complejos. Las operaciones del sistema 2 están a menudo asociadas a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse. (Kahneman; 2012).

Las operaciones automáticas del sistema 1 generan patrones de ideas sorprendentemente complejos, pero solo el lento sistema 2 puede construir pensamientos en una serie ordenada de paso. Se describe que cuando las circunstancias del sistema 2, toma las riendas, anula los irresponsables impulsos y asociaciones del sistema 1. (Kahneman; 2012).

En conclusión, podemos entender que el sistema 1 funciona en la mente humana como un procesador perezoso que acepta rápidamente información ya sea verdadera o falsa, y que puede cometer muchas equivocaciones irracionales, ya que no está preparada para reflexionar acerca de cálculos, comparara acontecimientos, buscar evidencias, ser lógico, etc. Por el contrario el sistema 2, es el que hace referencia a un pensamiento esforzado por conocer la realidad y ser racional ante los sucesos que podemos vivir, este sistema se adquiere con trabajo y esfuerzo ya sea a través del autodesarrollo o un proceso terapéutico.

Tabla 3. Diferencias entre procesamiento controlado (Sistema 2) y automático (Sistema 1).

Procesamiento automático (Sistema 1)	Procesamiento controlado (Sistema 2)
No consciente	Consciente
Más rápido	Más lento
Sin esfuerzo	Con esfuerzo
Holista	Analítico
Memoria a largo plazo	Memoria a corto plazo
Filogenéticamente viejo	Filogenéticamente nuevo
Menos atención y concentración	Más atención y concentración
Menos acomodación	Más acomodación
Más susceptible a errores	Menos susceptible a errores
Más orientado a la ejecución	Más orientado a la planificación
Procesamiento en paralelo	Procesamiento secuencial

Fuente: Fuente: Terapia Cognitiva. Riso (2009).

Heurísticos

Tversky y Kahneman (1974), (como se citó en Riso, 2009) definen los heurísticos como estrategias de “atajos” o “camino reducidos” que pueden facilitar la eficiencia del procesamiento de información. Los heurísticos reducen los juicios complejos a un conjunto de operaciones más simples para facilitar su comprensión y manejo. Sin embargo, estos “camino abreviados, si bien aumentan la eficiencia y pueden llevar a resultados positivos o exactos, debido a que obran por “saltos”, desechando e ignorando determinadas piezas de información, pueden cometer errores inferenciales de carácter “ilusorios”. Los heurísticos pueden verse como una manera de compensar las deficiencias de nuestro aparato cognitivo para procesar una realidad sumamente variable y compleja.

Riso (2009) manifiesta que, si relacionamos los heurísticos con el tipo de procesamiento de la información, podemos establecer dos criterios básicos:

a) El procesamiento automático facilita la utilización de heurísticos (la asimilación) y, por ende, incrementa la probabilidad de obtener resultados negativos (errores).

b) El procesamiento controlado disminuye la probabilidad de utilizar heurísticos (la acomodación) e incrementa la probabilidad de obtener resultados positivos.

- **Heurístico de Disponibilidad:** Se refiere a la predisposición a generar inferencias basándose en aquel material que podemos recordar con facilidad y no en el análisis lógico de las características que presenta la situación. Lo “primero que llega a la mente”, por lo general, son aquellas experiencias más vívidas, interesantes o dramáticas. La familiaridad de algunas situaciones de estímulo, la importancia y los estados afectivos determinan en gran parte cómo se recupera la información. Por ejemplo, una persona que haya sido rechazada recientemente, puede ignorar las manifestaciones de afecto y aceptación de personas no conocidas y anticipar nuevamente otro rechazo, el juicio sobre la probabilidad de rechazo no se realiza basándose en datos reales, sino en eventos ya ocurridos, altamente activados en la memoria. En ocasiones, el heurístico se mezcla con un alto nivel de egocentrismo y genera el “efecto de falso consenso”, que define como la tendencia a suponer que los otros se comportan o piensan como uno, en mayor medida de lo que realmente ocurre. (Riso, 2009)
- **Heurístico de Representatividad:** Tendencia a realizar juicios basándonos más en la similitud percibida que en las características que conforman las propiedades lógicas del evento. Se predicen resultados atendiendo a los rasgos salientes,

como si realmente fueran significativos o representativos de un dominio mayor. Estos rasgos sobresalientes, que pueden coincidir con alguna característica esencial de cierto esquema o conjunto preexistente de expectativas, se toman equívocamente como “representativos” del conjunto. (Riso, 2009)

- **Heurístico de Anclaje / Ajuste:** Turk y Salovey (1986) (como se cita en Riso, 2009) nos señalan que cuando establecemos un juicio acerca de algo o alguien, permanecemos “anclados” o “apegados” a él de manera obstinada, sin realizar “ajustes” de ningún tipo o haciendo algunos superficiales, aun cuando la experiencia muestre evidencia contraria. Una vez definida una creencia cualquiera, las posteriores decisiones o evaluaciones se ven influenciadas o sujetadas (“atadas”) por la evaluación inicial; y si intentamos ajustar nuestras ideas a hechos contrarios, lo haremos sin alejarnos demasiado de ellas.
- **Heurístico de Falacia Tasa-Base o de Falacia de Atención a la Frecuencia Base:** Hace referencia a que, con frecuencia, ignoramos la información general disponible y prestamos atención a casos concretos. (Riso, 2009).

1.3. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

1.3.1. Terapia del Comportamiento Emotivo Racional

La Terapia del Comportamiento Emotivo Racional se basa en la idea de que la cognición, emoción y comportamiento no son funciones humanas aisladas, sino que, por el contrario, están integradas intrínsecamente y son holísticas. Cuando sentimos, pensamos y actuamos; cuando actuamos, sentimos y pensamos; y cuando pensamos,

sentimos y actuamos. ¿Por qué? Porque los humanos raramente sólo sentimos, sólo pensamos o sólo actuamos. (Ellis y MacLaren, 2004).

Aspectos integrales y eclécticos de la TCER: El intento terapéutico de la TCRC de ayudar a la gente a cambiar sus Creencias Irracionales por Creencias Racionales y, de este modo, mejorar sus funciones emocionales y conductuales siempre en racional. La TCER utiliza muchos métodos multimodales: cognitivos, emotivos y de conducta. Pero este los integra y ayuda a los pacientes a ver cómo se afectan unos a otros. (Ellis y MacLaren, 2004).

La Alteración Psicológica y el Cambio: La TCER plantea como hipótesis que las personas están perturbadas de una manera cognitiva, emocional y conductista y que sería mejor que las designáramos como “autodestructivas” de una manera cognitiva-emocional-conductista porque se alteran a sí mismas de forma interrelacionada. Principalmente (pero no únicamente) pueden tener problemas de pensamiento, emocionales o de conducta, pero también tienen aspectos de las otras formas de perturbación. Se supone que casi todos los humanos sufren, en cierto modo, algún desarreglo (por razones innatas y sociales), pero con niveles y clases de disfunciones muy distintos. (Ellis y MacLaren, 2004).

Según Ellis y MacLaren (2004) la TCER hace un especial hincapié en los elementos cognitivos de la ansiedad, la depresión y la rabia por varias razones:

- Las cogniciones perturbadas (Creencias Irracionales) con frecuencia tienen fácil acceso, incluso cuando se encuentran por debajo de la superficie de la conciencia.
- Las Creencias Irracionales frecuentemente son Creencias profundas o esenciales que afectan varias disfunciones emocionales y de comportamiento importantes.
- Cambiar una Creencia Irracional esencial puede provocar un cambio notable en varios sentimientos y comportamientos disfuncionales cuando el cambio se generaliza a otras áreas. Cambiar únicamente una emoción o comportamiento puede llevar a una mejora más limitada.
- Hacer un cambio psicológico profundo puede reducir algunas alteraciones específicas y también hacer que la persona sea menos susceptible a alteraciones posteriores.

Las principales Creencias Irracionales autodestructivas que Ellis y MacLaren (2004) presentaron fueron estas:

1. *Yo debo absolutamente*; Esta creencia a menudo da como resultado preocupación, depresión y sentimientos de desprecio o de condena hacia uno mismo, cuando los pacientes no funcionan tan bien como supuestamente deben hacerlo. Esto incluye las generalizaciones exageradas ilógicas de pensar y etiquetar “o todo o nada”.

2. *Otras personas deben determinantemente*, Esta Creencia Irracional a menudo da como consecuencia enojo, rabia, enemistades, guerras, genocidio y la denigración de las damas en conjunto, en vez de un juicio de “sus malas acciones”. De nuevo, esto incluye una ilógica generalización y una catalogación exagerada y es poco realista a la vista de la falibilidad humana.

3. *Las condiciones bajo las que vivo siempre deben ser terminantemente como yo quiero que sean*, Esta Creencia Irracional (CI) da como resultado poca tolerancia a la frustración o malestar, perturbación, depresión, indecisión e inercia. Condena la vida o el mundo por ser peor de lo que supuestamente debería ser.

Ellis y MacLaren (2004) manifiestan que el uso de la percepción en la TCER recalca tres tipos principales de percepción que podrían ayudar a los pacientes en el presente:

Percepción 1 (El ABC de la alteración humana): A (Adversidad) a menudo contribuye de manera importante a C (Consecuencia) de sentimientos y comportamientos alterados, pero lo mismo hace B (creencia sobre A). $A \times B = C$

Percepción 2: Aunque las consecuencias de los trastornos frecuentemente se originaron siguiendo las Adversidades durante la infancia y la adolescencia, en aquel entonces éstas se crearon en parte por unas Creencias Irracionales extraordinarias (pero naturales); y principalmente la Creencia continuada en estas Creencias Irracionales es la que en la actualidad mantiene a los pacientes alterados. Por eso, sería preferible que

ellos observasen estas Creencias Irracionales presentes y pasadas, y las cambiasen para conseguir mejores consecuencias en la actualidad.

Percepción 3: Mejorar las consecuencias disfuncionales de los pacientes requieren, por lo general, mucha intuición, trabajo y ejercicio (trabajo y ejercicio cognitivo, emotivo y de comportamiento) porque tienen tendencias biológicas, aprendidas y de dependencia que las mantienen.

La influencia recíproca de Adversidades, Creencias y Consecuencias (emociones y comportamientos) entre sí: Las Adversidades (A) y las Creencias (B) que las personas tienen respecto a éstas influyen y provocan C, sus Consecuencias emocionales y de comportamiento. $A \times B = C$. Pero, como también se ha dicho, los pensamientos, los sentimientos y las conductas no son puros, sino que están interrelacionados unos con otros. De un modo similar, aunque la TCER hace hincapié en la influencia de las Adversidades y de las Creencias sobre C, también ve a A afectando a B y a C, a B afectando a A y C, y a C afectando a A y a B. (Ellis y MacLaren, 2004).

Hasta aquí podemos entender que la terapia racional, se basa en que las personas se llegan a perturbar así mismas, a través de exigencias o “deberías”, que son imposiciones rígidas en el pensamiento que se imponen con respecto hacia sí mismos, los demás y hacia la vida. Las consecuencias de estas demandas rígidas y dogmáticas son llamadas creencias irracionales y tendrían un origen innato y sociocultural; su tratamiento y posterior cambio se da a través de la terapia del comportamiento emotivo racional.

Figura 10: ABC de la Teoría de la alteración emocional de la Terapia del Comportamiento Racional.

A. Activar la experiencia

Tu novia te da la noticia de que está saliendo con otro hombre y, por tanto, desea romper la relación contigo.

C. Consecuencias emocionales que perturban

Depresión

y/o

Ansiedad

B. Creencias Irracionales sobre la experiencia

“Realmente debo ser una persona despreciable”

“Nunca encontraré otra mujer tan excepcional como ella”.

“Ella no me quiere; por tanto, posiblemente nadie podría quererme”.

y/o

“Esto es terrible; todo me sucede a mi “

“Esa Zorra; no debería ser así”

“No puedo soportar que el mundo sea tan justo y malvado”.

D. Discutir las ideas Irracionales

¿Dónde está la prueba de que yo sea una persona despreciable porque esta mujer desea terminar nuestra relación; o de que jamás sea capaz de tener una buena relación con otra persona; o incluso de que pueda ser feliz yo solo?

¿Por qué están terrible no conseguir lo que quiero?

¿Por qué no habría de estar el mundo lleno de líos?

¿Cómo es que el hecho de que ella me rechace me hace una mala persona (o hace que ella lo sea)?

E. Nuevas Consecuencias o efecto emocional

Tristeza: “Bueno, tuvimos una relación maravillosa, y me siento triste porque se ha acabado, pero tuvo sus malos momentos y ahora puedo salir en busca de una nueva pareja”.

Enfado: “Me fastidia que ella esté saliendo con alguien, pero no horrible, ni intolerable”.

1.3.2. Técnicas Cognitivas

Debates

La TCER probablemente es más conocida por su método de debate. Este es un enfoque activo para ayudar a los pacientes a evaluar la utilidad y eficacia de los elementos de sus sistemas de creencias. Una vez que el paciente este familiarizado con el ABC de la TCER, el debate les permitirá identificar, discutir y reemplazar sus creencias rígidas e inflexibles, que tantos problemas les están causando. Se podrá demostrar cómo generalizar el uso de estos desafíos funcionales, empíricos y lógicos hacia otras áreas. Se puede abordar el tema utilizando un estilo didáctico o socrático. Un enfoque didáctico hace referencia a la parte informativa de una sesión en la que, como terapeuta, aclaras los diferentes términos y explicas la diferencia entre creencias racionales e irracionales. (Ellis y MacLaren, 2004).

- **Debate Educativo:** Con frecuencia se podrá comprobar que un estilo didáctico a modo de conferencia es útil especialmente en la fase de inicio de tratamiento, cuando se empieza a educar al paciente acerca de la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional. (Ellis y MacLaren, 2004).
- **Debate Socrático:** Identificar o debatir el pensamiento irracional. Un enfoque socrático implica una participación mayor del paciente. A través de una serie de preguntas clave, se podrá concretar más específicamente cómo y dónde se vuelve problemático el pensamiento, el sentimiento y el comportamiento del paciente. (Ellis y MacLaren, 2004).

- **Debates Funcionales:** El propósito de esta intervención es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias del paciente y de las emociones y comportamientos que las acompañan. Concretamente, esto implica evaluar para descubrir si la creencia, conducta o emoción está ayudando al paciente a alcanzar sus objetivos en la vida. Las preguntas típicas son: “¿Te está sirviendo de ayuda?” o “¿Cómo afecta a tu vida pensar de este modo (o comportarse o sentir de este modo)?”. El destino del debate funcional es indicar al paciente que la creencia está alcanzando sus objetivos. Con mucha frecuencia, los pacientes podrán identificar que su creencia en particular (comportamiento o emoción) le está causando serios problemas. (Ellis y MacLaren, 2004).
- **Debates Empíricos:** En este enfoque, las preguntas están orientadas a evaluar los hechos y objetivos de las creencias del paciente. En otras palabras, comprobar si la creencia específica es compatible con la realidad social. Las preguntas utilizadas con frecuencia son: “¿Dónde está la evidencia?”, “¿Dónde está la prueba de que es exacto?” y “¿Dónde está escrito?”. (Ellis y MacLaren, 2004).
- **Debates Lógicos:** El debate lógico se centra en cuestionar el salto ilógico que el paciente está haciendo en su pensamiento irracional de los deseos o preferencias a las exigencias. Solo porque él quiera que algo ocurra o sea de una manera determinada, no significa que necesariamente lo sea. Las preguntas apropiadas son: “¿Cómo se entiende que sólo porque a ti te gustaría que esta cosa fuera cierta y fuera muy conveniente, deba serlo?” y “¿Dónde está la lógica de qué Y

deba seguir a X?”. Además. Los pacientes pueden dar muchas razones de por qué les gustaría que eso fuera cierto, pero a la larga si la creencia es irracional, lógicamente será insoportable. También se puede preguntar: “¿Cómo es posible que fracasar en una tarea importante te convierta en un fracasado, cuando eres una persona que puede fracasar en unas tareas y tener éxito en otras?” o “¿Por qué el fracaso te hace despreciable?”. (Ellis y MacLaren, 2004).

- **Debates Filosóficos:** El enfoque filosófico trata el tema de la satisfacción por la vida. Con frecuencia, el paciente se habrá centrado tanto en el problema identificado que habrá centrado tanto en el problema identificado que habrá perdido la perspectiva de otras áreas de su vida. Posteriormente, el problema se ha convertido en el elemento que define la existencia del paciente. Una posible manera de tratar este asunto es preguntando: “Aunque las cosas no sean siempre como tú deseas, ¿todavía puedes aportar un poco de satisfacción a tu vida? “. A menudo la perspectiva de la vida de tu paciente se presenta de manera sesgada debido a su problema. Puede ser útil hacer algunas pruebas de realidad sobre otros aspectos de su vida que no sean problemáticos. (Ellis y MacLaren, 2004).

Afirmaciones de Aceptación Racional

Este tipo de afirmaciones son autoafirmaciones que normalmente se ponen en práctica cuando se ha conseguido hacer un debate convincente, pero también se pueden utilizar mientras tú paciente está en el proceso de exploración de sus creencias. Estas fases objetivas y alentadoras son compatibles con la realidad social y se anima a los pacientes a repetirlas convincentemente para reafirmar las ideas por sí mismos. Pueden

ser afirmaciones alentadoras, como, por ejemplo: “Puedo llevar a cabo esta tarea” o “No tengo que disgustarme en estas situaciones”. No obstante, es preferible sugerir afirmaciones que traten un asunto filosófico profundo; por ejemplo: “trabajaré para cumplir esta tarea, pero si no, lo consigo eso no me convertirá en una persona fracasada” o “no tiene que gustarme que él siga comportándose de este modo, pero sería preferible que me ocupase de ello sin exigir que él no sea como es”. (Ellis y MacLaren, 2004).

Tareas de Biblioterapia y Psicoeducativas

La terapia se puede complementar con tareas psicoeducativas y de biblioterapia para reforzar el trabajo que se está llevando a cabo en las sesiones. Casetes, videos, folletos, libros, conferencias, talleres de trabajo y temas específicos pueden ayudar que el paciente comprenda sus problemas y vaya desterrando las reacciones inútiles. Revisar todo el material que se asigne al paciente para estar seguro de su utilidad y para que se pueda responder cualquier pregunta que éste haga sobre el tema. (Ellis y MacLaren, 2004).

Registro y Autoobservación de la Conducta

Riso (2004) nos señala que el registro y autoobservación de la conducta es adecuada para un comportamiento inadecuado o malestar emocional del paciente. Se intenta identificar el pensamiento responsable. Así mismo, el autor menciona cinco preguntas que servirán de guía para el registro y autoobservación de la conducta:

1. ¿Qué ocurrió inmediatamente antes de que el pensamiento tuviera lugar o qué lo disparó?

Por ejemplo: “Me rechazaron”, “Me ignoraron”, “Me hicieron esperar”, “Me atacaron”, “Me equivoqué”.

2. ¿Qué pasó por mi mente?

Por ejemplo: “Nadie me quiere”, “Soy un tonto”, “Soy un fracasado”, “Soy débil”.

3. ¿Qué sentía después del pensamiento?

Por ejemplo: “Estoy triste”, “Tengo miedo”, “Me siento frustrado”, “Siento una rabia incontenible”.

4. ¿Qué hice o cuál fue mi comportamiento posterior al pensamiento?

Por ejemplo: “Me humillé”, “Grité, insulté”, “Me alejé”, “Pedí disculpas”.

5. ¿Qué pasó después de mi comportamiento?

Por ejemplo: “La persona que me rechazó se alejó ofendida”, “Me ignoró”, “Me agredió físicamente”.

Diario de Esquemas

Mediante esta técnica el paciente puede ir construyendo sus propias respuestas apropiadas mientras sus esquemas se activan en el transcurso de la vida cotidiana. El diario pide al paciente que identifique los acontecimientos desencadenantes, las emociones, los pensamientos, las conductas actuales, los esquemas, la perspectiva apropiada, las preocupaciones realistas, las conclusiones y las conductas saludables. (Caballo, 2009).

Tarjetas de Aviso (Flash Card)

Esta es una estrategia útil para aquellos momentos en que el esquema es activado y el paciente se ve impotente para contrarrestarlo. Se trata de hacer una o varias tarjetas por cada esquema en donde se especifican las contraargumentaciones y conductas más eficaces que pueden anular el esquema. El paciente debe llevarlas siempre consigo y acudir a ellas antes o durante los instantes en que el esquema se activa. (Caballo, 2009).

Detección del Pensamiento

Los pensamientos se relacionan unos con otros, formando complejas cadenas altamente resistentes al cambio. La tarea consiste en bloquear los primeros eslabones de la cadena de pensamientos para evitar la propagación de ideas irracionales. (Riso, 2004).

Inventario de Síntomas

Parafraseando a McKaY, Davis y Fanning. (1985) este inventario puntúa los síntomas relacionados con los eventos estresantes, según el grado de malestar que le produce al paciente se usa para ello la siguiente escala de diez puntos:

Figura 11: Síntomas de estrés, según el grado malestar

Malestar Ligero			Malestar Moderado				Malestar Extremo		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fuente: Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. McKaY, Davis y Fanning. (1985).

Esta escala fue utilizada en la investigación del estudio de caso, para poder medir los resultados de los síntomas del paciente, en cada sesión.

1.3.3. Técnicas Emotivo / Experienciales

Estas técnicas se utilizan para complementar y reforzar las intervenciones cognitivas empleadas en la TCER. Las técnicas emotivas trasladan el foco de atención de identificar las Creencias Irracionales a facilitar e incrementar los cambios positivos del pensamiento que han conseguido mediante técnicas cognitivas. (Ellis y MacLaren, 2004).

Imágenes Emotivas Racionales

Las Imágenes Emotivas Racionales (IER) son una de las técnicas emotivas/experienciales básicas utilizadas en el enfoque TCER. El primer objetivo de estas imágenes es ayudar al paciente a identificar la emoción más apropiada y racional que le gustaría sentir en las situaciones problemáticas. El segundo objetivo es permitir al paciente explorar experiencialmente las autoafirmaciones y los mecanismos de aceptación que resultan más convincentes y naturales para él, y practicarlos con imágenes emotivas racionales hasta que éstas se den de inmediato en las situaciones de gran tensión. (Ellis y MacLaren, 2004).

Esta es la manera: pide al paciente que cierre los ojos y recuerde una situación difícil reciente en la que haya experimentado la emoción disfuncional extrema que querías trabajar. Dile que te indique cuando ha reconstruido en su imaginación la situación y disgusto emocional. Pídele que clasifique sus sentimientos de disgusto (por

ejemplo, ansiedad, enfado, etc.) y que después se centre en cambiar la emoción de disgusto por otra emoción negativa sana, más razonable. Dile que te indique cuando lo ha conseguido. Luego invítale a regresar gradualmente al presente y abrir los ojos. La primera pregunta es: “¿Qué has acabado pensando?”. Toma nota a su respuesta. Después se pregunta qué hizo para ser capaz de cambiar su disgusto. Es importante que tomes nota de sus palabras. También se puede examinar de qué modo los pensamientos ayudaron al paciente a sentirse más sano, en vez de disgustarse de mala manera. (Ellis y MacLaren, 2004).

Afirmaciones Convincentes

Ésta es una oportunidad para incrementar la efectividad de las afirmaciones de aceptación racional, añadiéndole un elemento emotivo. Además de formular las afirmaciones racionales, haz que tu paciente las practique poderosa y convincentemente durante las sesiones y entre estas. Muy probablemente el paciente ha estado practicando de un modo convincente y enérgico las afirmaciones irracionales enfermizas durante mucho tiempo; por eso la tarea es conseguir que haga lo mismo con las afirmaciones racionales sanas. (Ellis y MacLaren, 2004).

Debates Convincentes Grabados

Grabar debates convincentes puede combatir el efecto de los anteriores y reforzar aún más la “voz” práctica, racional. La manera de explicar estos a los pacientes es mostrarles que han estado practicando enérgicamente, y algunas veces apasionadamente, sus formas irracionales de pensar durante bastante tiempo. Por

consiguiente, practicar sus discusiones de un modo tranquilo y objetivo tal vez no contrarreste las otras creencias, más enfermizas, persuasivas y convincentes. (Ellis y MacLaren, 2004).

El Psicodrama

El primer paso en el psicodrama consiste en que el terapeuta y el paciente identifiquen una interacción previa, terrible o potencialmente terrible, con otra persona que el paciente quisiera tratar de un modo más eficaz. En este juego de roles, el paciente se representará a sí mismo y el terapeuta el papel retratado de otra persona. El psicodrama es especialmente práctico en combinación con el trabajo de las afirmaciones y de control de enfado. (Ellis y MacLaren, 2004).

Invertir los Papeles

Se diferencia del psicodrama en ciertos aspectos. En primer lugar, el paciente se convierte o bien en el terapeuta, o bien en la otra persona con quien él o ella querrían comunicarse de un modo más efectivo. Es más frecuente pedirle al paciente que asuma el papel de terapeuta. En tercer lugar, aunque en el ejercicio puede ser utilizado para que interpretes el papel del paciente en el escenario que ha escogido, invertir los papeles suele ser más útil para ayudar al paciente a debatir sus propias creencias irracionales. (Ellis y MacLaren, 2004).

Humor

Los humanos tendemos a tomarnos demasiado en serio a nosotros mismos ya nuestra falibilidad. Aunque hay momentos en que es preferible tomarse las cosas en serio, puedes animar a tu paciente a que se relaje y compruebe que algunas de sus creencias son realmente divertidas cuando se exageran. Por supuesto, el objetivo del terapeuta es aclarar algunas de las creencias y comportamientos del paciente. Mediante las exageraciones y las comparaciones, puedes introducir las bromas más apropiadas para cada sesión, mientras tratas problemas serios. (Ellis y MacLaren, 2004).

La Aceptación Incondicional por parte del Terapeuta

Parte del trabajo terapéutico consiste en modelar en el paciente actitudes y creencias prácticas, útiles, en la medida de lo posible. Una manera de conseguirlo es practicar la aceptación incondicional del paciente sin importar lo mal o autodestructivamente que ellos se comporten. Desde luego, esto no quiere decir que si el paciente empieza a soltar groserías o a comportarse mal, el terapeuta tenga que aceptar esta conducta. Sin embargo, se puede establecer con firmeza unos límites con los pacientes y rechazar su comportamiento sin condenarles como personas. (Ellis y MacLaren, 2004).

Enseñar la Autoaceptación Incondicional de Uno Mismo (AIU) y la Autoaceptación Incondicional de los Demás (AID)

Además de aceptar al paciente incondicionalmente, también es vital que se le enseñe la teoría y la práctica de la AIU y la AID. Para ello es básico reafirmar la idea de

que los humanos no podemos ser valorados en función de nuestros comportamientos. Es cierto que pueden tenerse en cuenta ciertas conductas, pero cuando *tú te comportas mal*, ¿Cómo es posible que esto te haga una persona mala o despreciable? Ser totalmente malo significaría que cada aspecto de tu ser ha sido malo al cien por cien desde su existencia. Lo mismo sucede con su percepción de los pacientes con referencia a los demás. Es cierto que pueden decidir racionalmente con quién se relaciona, pero si valoran a las personas en conjunto a partir de ciertas características, estarán perpetuando la misma irracionalidad que utilizan consigo mismos. (Ellis y MacLaren, 2004).

1.3.4. Técnicas Conductuales

De modo parecido a las técnicas emotivas, las intervenciones y tareas conductistas se utilizan para reforzar los logros cognitivos conseguidos mediante el debate y el reemplazo de las Creencias Irracionales que los pacientes tienen de sus vidas y del mundo. Muchas de estas técnicas son la puesta en práctica y la prueba necesarias para reafirmar y “demostrar” la comprensión que los pacientes han empezado a experimentar de sus patrones de pensamiento. (Ellis y MacLaren, 2004).

Refuerzos

Los refuerzos conductistas son comportamientos o tareas agradables que trabajas con el paciente junto con “ejercicios” entre las sesiones. Son una parte fundamental del trabajo en equipo, el dar a tu paciente unas tareas para después de cada sesión. El refuerzo puede ser cualquier cosa que el paciente encuentre amena y que no sea perjudicial ni para él, ni para otra persona. (Ellis y MacLaren, 2004).

Castigos

Los castigos por el comportamiento se asignan de un modo muy parecido a los refuerzos. La diferencia es que éstos se valoran como resultado de que el paciente no finalice la tarea asignada. Un castigo suele consistir en una tarea que el paciente haya identificado como desagradable. Tal vez le desagrade limpiar el cuarto de baño o clasificar la basura que se recicla. Cada vez que el paciente no acabe sus deberes, deberá realizar la tarea desagradable que le hayas impuesto como castigo. (Ellis y MacLaren, 2004).

Ejercicios para tratar la Vergüenza

Esta intervención es otra de las “maneras características” de la TCER y está muy bien descrita por Albert Ellis. Si no pudiéramos sentir vergüenza, bochorno, humillación o emociones similares de forma natural por alguna de nuestras acciones, no seguiríamos muchas reglas útiles y autoprotectoras, y nos meteríamos en problemas constantemente. Debido en parte a la tendencia humana a la tendencia humana a generalizar, casi todo tendemos no sólo a valorar nuestros actos y comportamientos sino también a valorarnos a nosotros mismos. En la TCER se intenta que las personas dejen de menospreciarse a sí mismas, a toda su persona, independientemente de lo mal que se hayan comportado, y no importa cuántas personas les miren con desprecio comportarse así. (Ellis y MacLaren, 2004).

Entrenar la Habilidad

Hay momentos en que los problemas de los pacientes pueden deberse a una falta de destreza. Este déficit de habilidades puede ir desde las habilidades profesionales (como no saber utilizar un programa informático), hasta las habilidades interpersonales o sociales. Puedes animar al paciente a que haga cursos y talleres de trabajo para mejorar estas habilidades. (Ellis y MacLaren, 2004).

Insensibilización “In Vivo”

El objetivo de la insensibilización in vivo es demostrar a los pacientes que sus creencias irracionales son las causantes de su grave alteración emocional, no el asunto de él que tiene miedo. Al exponer repetidamente al paciente, ya sea con experiencias o imágenes, ese asunto que tanto teme de forma irracional, puedes trabajar con él/ella para que empiece a sobreponerse a las irracionalidades que, tiene asociadas. El paciente puede empezar a entender que aunque siga siendo incomodo, puede soportarlo y que no es la amenaza que había forjado en su mente. (Ellis y MacLaren, 2004).

Actuar Según Creencias Racionales

Dedicamos mucho tiempo a enseñar a los pacientes a que no reaccionen contra sus creencias irracionales y, a ser posible, que las reemplacen por autoafirmaciones racionales alternativas. Otra propuesta es que pidas al paciente que se esfuerce a actuar como si sólo tuviese creencias racionales. A esto también lo llamamos “comportarse del modo como te gustaría sentirte”. (Ellis y MacLaren, 2004).

Relajación Progresiva de Jacobson

En esta relajación se enseña al paciente a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes del cuerpo. Consiste en aprender a tensar y luego relajar varios tipos de músculos a lo largo de todo el cuerpo. Se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Una vez que el sujeto haya aprendido a relajarse podrá utilizarlo como procedimiento de autocontrol ante cualquier situación de ansiedad. A partir de este programa se introducen las instrucciones “inspire profundamente y contenga la respiración” durante la tensión, “suelte el aire y respire despacio rítmicamente” durante la relajación. Cada tensión durará aproximadamente 20 segundos, excepto la de los músculos de los pies que no se deberán tensar más de 5 segundos para evitar la aparición de calambres musculares. (Arce, García, Gómez, Redondo y vera; sin fecha).

Así mismo Arce y et al, nos refiere que los ejercicios de tensión serían para las siguientes partes del cuerpo (en el orden en que aparecen):

1. Extremidades superiores

- Mano y antebrazo dominante
- Brazo dominante
- Mano y antebrazo no dominante
- Brazo no dominante

2. Cabeza y cuello

- Frente
- Ojos y nariz
- Boca
- Cuello

3. Tronco

- Hombros, pecho y espalda
- Estómago

4. Extremidades inferiores

- Muslo dominante
- Pierna dominante
- Pie dominante
- Muslo no dominante
- Pierna no dominante
- Pie no dominante

Las técnicas cognitivas conductuales, anteriormente señaladas fueron utilizadas dentro del estudio de caso, por motivos de un fundamento científico psicológico, que enfatiza en las cogniciones, emociones y conductas del paciente, para lograr un cambio terapéutico favorable.

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	: J.H.F.C
Edad	: 33 años
Lugar de Nacimiento	: Chiclayo
Grado de Instrucción	: Secundaria Completa
Ocupación	: Comerciante ambulante
Domicilio Actual	: Calle cosmos. PJ. San Antonio.
Fecha de Evaluación	: 21- 04- 2015

2.2. MOTIVO DE CONSULTA

Referido por el servicio de psiquiatría.

El paciente refiere: “me siento muerto en vida por no poder dormir”; el paciente manifiesta que su problema se agudizo producto de medicamentos que tomaba para dormir.

Problema Actual:

El paciente manifiesta que su problema actual se inició a la edad de 15 años; al observarse con ojeras en el rostro que le disgustaban; es entonces como decide mencionar a su madre que no podía dormir por las noches; aunque refiere “si lo hacía normalmente”; siendo su apariencia facial (ojeras en el rostro) la que le disgustaba y le motivaba a decir lo contrario. El problema del insomnio se inició a la edad de 18 por las reiteradas quejas que manifestaba a su madre de su supuesto

problema; siendo esta la que decide llevarlo a un psiquiatra, el cual le receta pastillas para dormir (clonazepam); es así como toma los medicamentos y llega a crear una dependencia; siéndole imposible después dormir sin ayuda de estos.

Por otro lado; el paciente manifiesta tener otros problemas como su tartamudez y el de intentar suicidarse por sentirse desvalido y abandonado por su familia.

En lo que respecta a su tartamudez, manifiesta que no es frecuente, aparece durante circunstancias en que se encuentra ansioso o de miedo ante personas desconocidas a las que tiene que acercarse por vender sus productos o en otras situaciones donde tiene que interactuar socialmente como pedir información, llamar un taxi, etc., esto refiriere que le ha generado muchos problemas en su autoestima, porque la mayoría lo califica como “mongolo”, “estúpido”, “drogadicto”, generándole sentimientos de tristeza e ira consigo mismo.

En cuanto a sus intentos de suicidio manifiesta se dan producto de episodios de depresión que afronta como consecuencia de creerse abandonado por su familia o sentirse desvalido ante la vida. Así mismo, refiere que ha intentado suicidarse en 5 ocasiones; en la primera de ellas fue a la edad de 19 años, donde ingirió pastillas (clonazepam) por sentirse rechazado por su familia y por las perturbaciones que le causaba su insomnio; en la segunda y tercera vez fue a la edad de 24 años, ingiriendo en una ocasión raticida de marca campeón y en otra pastillas (clonazepam); las causas que le motivaron a quitarse la vida, fueron el sentirse abandono por su familia (especialmente su madre) que no le permitía estar junto a ellos, ni acercarse a su vivienda y también por el insomnio que venía sufriendo desde varios años, sin poder resolverlo. En la cuarta ocasión, fue a los 25 años edad, por sentirse rechazado por su familia y las personas (vecinos, conocidos, etc.). Finalmente, en la quinta ocasión, que intentó suicidarse fue a la edad de 32 años; por

las causas anteriormente señaladas. En esta ocasión refiere que fue internado en un Centro de Salud Mental: Hospital Hermilio Valdizán, donde permaneció durante 5 días y posteriormente le dieron de alta. A partir de allí manifiesta que ha recibido tratamiento psicológico que le ayudado en algunos aspectos personales (autoestima, insomnio), pero que lamentablemente para él, se dio por finalizado y sus problemas como insomnio y espasmofemia, se han vuelto a intensificar.

2.3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

2.3.1. Entrevista y Observación

Entrevista:

- Esta técnica se realizó en todas las sesiones.
- A través de esta técnica se pudieron obtener distorsiones cognitivas como pensamiento dicotómico, razonamiento emocional, autocondena, sobregeneralización, falacia de control y catastrofismo. Además, se pudo evidenciar espasmofemia, debido a la ansiedad que le provoca situaciones nuevas y conflictivas. Por último, a través de la entrevista se pudo detectar hiperprosexia y taquipsiquia en el curso del pensamiento.

Observación:

- Esta técnica se realizó en todas las sesiones.
- A través de esta técnica se pudo detectar signos físicos como moretones en una parte del brazo, poco aseo físico, vestimenta extravagante, mirada esquiva, estados emocionales de ansiedad, tristeza e ira, movimientos

estereotipados en los brazos y una actitud de colaboración frente a la evaluación.

2.3.2. Historia Personal y Familiar

Historia Familiar:

El paciente proviene de una familia disfuncional, con padre ausente y con una madre que le castigaba verbal y físicamente de niño. Su familia está conformada por su abuela materna, madre, hermana y hermano menor.

La madre refiere que actualmente el paciente no vive con su familia por los problemas que muestra en su hogar como la rebeldía, las agresiones verbales, actos contra el pudor (lenguaje obsceno y observar películas pornográficas en su hogar); y agresiones físicas como empujones a su hermana y golpes que propino en ocasión a su madre en los brazos. Así mismo; robaba objetos personales de otras personas y llevaba a su domicilio; con el fin de desprestigiar a su madre.

Desarrollo Prenatal, Perinatal, postnatal, Niñez y adolescencia:

Desarrollo Prenatal: La madre manifiesta que su hijo no fue planificado ni deseado; tuvo mucha tristeza y rechazo ante su embarazo; sin embargo no presentó ningún trastorno o problema en el transcurso de su gestación ya que asistió a sus controles y tuvo los cuidados suficientes.

Desarrollo Perinatal: La madre refiere que su hijo tuvo un parto normal, con un peso aproximado al nacer de 3 kilos 80 gr. Posteriormente no tuvo ninguna complicación o enfermedad que afectara su normal desarrollo.

Desarrollo Postnatal: La madre menciona que su hijo no sufrió de enfermedad alguna en su temprano desarrollo; el amamantamiento fue hasta los 2 meses ya que ella tenía que trabajar y dejar a su hijo a los cuidados de una vecina; sin embargo, en este relato existe contradicción por parte del paciente ya que él manifiesta haberlo hecho hasta los 5 o 6 años de edad después del cual se produjo el destete.

Niñez: El paciente manifiesta que sufrió muchos castigos físicos y verbales por parte de su madre, los cuales eran frecuentemente por que obtenga buenas calificaciones en su colegio; a su padre menciona lo observaba pocas veces ya que él vivía en la ciudad de Lima; recuerda que a la edad de 8 años manifestó una escena donde su progenitor golpeaba físicamente a su madre; el cual le produjo mucho miedo. A esta misma edad, empezó a tener problemas para hablar según refiere frenillo y problemas de pie plano que ya lo evidenciaba desde los 8 o 7 meses. Con respecto; al primer problema fue operado; con lo cual no mostró ninguna mejoría. A la edad aproximada de 8 a 9 años orinaba en la cama y tenía pesadillas como encontrarse con fuerzas malignas, estar en el infierno o estar abandonado y completamente solo; pesadillas que se prolongaron hasta la edad de 12 años. Dormía por las noches con su perro y juguetes para su compañía; cuando su madre regalo a su perro manifiesta se sintió muy mal y disgustado. A la edad de 10 años se interesó sobre temas sexuales.

Adolescencia: El paciente manifiesta que hasta la edad de 14 o 15 años su madre lo vestía y cuidaba de su aseo personal; hecho que desmiente su progenitora y señala que fue hasta la edad de los 8 o 9 años. Así mismo refiere que se chupaba y mordía las uñas hasta la edad de los 15 años. Por otro lado; manifiesta que a la edad de 11 años empezó a masturbarse excesivamente por promedio de 6 a 8 veces al día, sin tener conocimiento que esa actividad era de índole sexual; así mismo se interesó por investigar sobre temas sexuales a la edad de 13 años, recibiendo educación sexual en un centro de salud. A la edad de 16 años menciona que asiste a un prostíbulo y se da cuenta que sufre de eyaculación precoz; por lo cual decide ir al urólogo quien lo trató y mejoró su problema. Por último; durante gran parte de su niñez y su adolescencia menciona que las personas se burlaron y mangonearon por su tartamudez y defectos físicos.

Educación: A la edad de 4 años empezó su educación, obteniendo buenas calificaciones en el transcurso de su niñez por exigencia sobre todo de su madre, así mismo manifiesta que recitaba frecuentemente en el colegio; pero posteriormente se vio interrumpida esta actividad por su tartamudez que empezaba a manifestarse; sobre todo cuando estaba ante personas desconocidas. Ante los exámenes menciona que normalmente experimentaba temor. En su educación escolar le agradaba el curso de educación familiar y le desagradaba física elemental. Por otro lado; refiere no haber tenido muchos amigos y que sentía ansiedad y miedo por su tartamudez.

Respecto a su educación superior; manifiesta que fue a la universidad a estudiar ingeniería de sistemas obteniendo buenas calificaciones; sirviéndole esto para que en el primer ciclo obtenga el primer puesto y poder ser becado para el siguiente; hecho que no ocurrió, porque refiere se sentía avergonzado y humillado por su problema de tartamudez que mostraba en la universidad; por el cual decidió dejar de estudiar definitivamente.

Trabajo: Cuando dejo de estudiar menciona que comenzó a trabajar vendiendo pescado; actividad que refiere le daba ganancias para poder satisfacer sus necesidades personales; así mismo menciona que ha trabajado vendiendo como comerciante ambulante todo tipo de productos naturales y artificiales tales como limones, ajís, papel higiénico, fósforos entre otros; actividades que actualmente aún realiza.

Enfermedades y accidentes: El paciente manifiesta haber sufrido caídas físicas desde los 6 años de edad producto del pie plano que sufre; además refiere que a la edad de 15 años por saltar de un balcón de un colegio cayó y se fracturo el calcáneo; el cual actualmente le impide caminar con normalidad y produce mucho dolor.

Cambios de Residencia: La madre menciona que interno al paciente en un centro de rehabilitación para adicciones por conductas agresivas que manifestaba en su hogar; por un periodo aproximado de 6 meses; del cual manifiesta sentirse arrepentida por las condiciones del ambiente sucio y las personas que no brindaban seguridad. Este hecho no agrado al paciente;

incrementando sus resentimientos hacia su madre; por las carencias afectivas y los maltratos físicos (latigazos, golpes) que paso en ese lugar. Actualmente el paciente refiere vive cerca a su casa; ya que su madre no quiere que lo realice en su hogar por problemas que causa como discusiones y agresiones físicas y verbales a los miembros de su familia.

Hábitos e Intereses: El paciente manifiesta que sus principales hábitos son el salir a bailar a discotecas, escuchar en la radio las noticias y su música favorita (reguetón), visitar el prostíbulo y trabajar como vendedor ambulante. Su principal interés es el aliviarse de su insomnio y ya no depender de las pastillas que toma para dormir, hablar con fluidez ante las personas; y poder posteriormente comprarse un terreno para poder construir su vivienda propia.

Actitudes hacia la familia: Manifiesta que su familia lo rechaza por su conducta impulsiva (gritos, golpear cosas, agresiones físicas) y se siente abandonado y triste por ello. Por otro lado, muestra gran cariño a su hermano menor y desea comprarle próximamente un balón de futbol para que pueda jugar. Su hermana y madre refieren que el paciente los avergüenza ante sus vecinos y ante las demás personas, trayendo cosas robadas (tapas de olla, papel higiénico, ropa) a su hogar; causándoles esto mucha molestia y humillación por estos actos de hurto que según manifiestan, lo hace para el desprestigio de la familia, por rencores y resentimientos pasados, como el no permitirle vivir en su casa y denunciarlo en una ocasión por sus agresiones físicas.

Actitud frente al problema: Los problemas en su vida refiere que le han hecho perder gran parte de su tiempo; por eso pide ayuda y se da cuenta que si sigue con esas conductas como las agresiones hacia su familia, manía por robar objetos (tapas de ollas, tinas, papel higiénico, ropa), no poder dormir en las noches y su tartamudez al hablar con personas; no va a conseguir nada en la vida.

Sexualidad: El paciente menciona haber empezado a explorar su sexualidad a la edad de 11 años masturbándose frecuentemente en un promedio de 6 a 8 veces por día; sin saber que era una actividad sexual; así mismo sus primeras indagación sobre estos temas le fueron dados en un centro de salud a los 13 años de edad. Su primera relación sexual los realizó a la edad de 16 años en un prostíbulo en el cual evidenció que sufría de eyaculación precoz, visitando posteriormente a un urólogo el cual soluciono su problema con pastillas. Menciona además haber tenido experiencias sexuales con un travesti, el cual conoció en el desaparecido cine Sur de Chiclayo, esta experiencia hace que el paciente llore y lo recuerde muy desagradable ya que manifiesta que él pensaba que el acto sexual lo estaba realizando con una mujer y después de darse cuenta que era un varón le dio asco y mucha tristeza por el acto sexual realizado. Actualmente refiere que sufre eyaculación retardada; generándole esto una pobre satisfacción sexual, cuando mantiene relaciones coitales.

2.3.3. Exámen Mental

Apariencia General:

El paciente mostró una vestimenta excéntrica con poco aseo personal y la posición corporal que adoptó en las sesiones fue erguida. Su mirada fue esquiva y denotaba facies expresivas, según sus emociones.

Actitud del paciente:

El grado de colaboración del paciente ante la evaluación fue bueno; ya que precisaba datos y acontecimientos de su vida. Por otro lado; evidenciaba preocupación excesiva respecto a su salud física y mental no justificada en la realidad.

Psicomotricidad:

Evidencia movimientos estereotipados en sus brazos.

Conciencia:

El paciente se encuentra orientado en espacio, tiempo y lugar.

Orientación:

Esta área no presentó ninguna alteración significativa en la evaluación.

Lenguaje:

Su lenguaje fue coherente y poco fluido con manifestación espasmofeniforme, empeorando a la persuasión.

Atención:

Presento hiperprosexia; saltando de un tema a otro durante la entrevista.

Memoria:

En esta área no presentó ninguna alteración significativa en la evaluación.

Afectividad:

El paciente presentó durante la entrevista labilidad emocional.

Juicio:

En esta área no hay alteración; el paciente responde de acuerdo a la realidad y lo socialmente aceptable.

Pensamiento:

Esta área la paciente presento taquipsiquia; que se evidenció en un acelerado discurso.

Planes de suicidio:

Esta área está muy afecta y el paciente es vulnerable a repetir los intentos de suicidio que ya los realizó con anterioridad por cinco ocasiones.

Introspección:

En esta área la paciente tiene la capacidad para reconocer sus ideas y su propio autoconcepto.

2.3.4. Pruebas Psicológicas

Área Cognitiva

Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

El evaluado presenta: necesidad absoluta para tener el amor y la aprobación de sus padres, familiares y amistades; ser infalible o constantemente competente y casi perfectos en todo lo que hacemos; horror y catastrofismo cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueren; creencia que las circunstancias externas causan la mayoría de las miserias humanas, las personas simplemente reaccionan y creencia que debemos sentirnos temerosos o ansiosos acerca de cualquier cosa que sea desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

Estos pensamientos irracionales se pudieron constatar durante la entrevista realizada al paciente y a la misma vez detectar los esquemas de fondo que los disparan, tales esquemas detectados fueron inamabilidad; abandono o pérdida, autocontrol insuficiente, infravaloración, dependencia, vulnerabilidad al dolor, culpa y castigo.

Inventario de Conducta Racional de Shorkey y Whiteman

El evaluado presenta déficits de una conducta racional en la capacidad de responder ante situaciones difíciles y frustraciones; atribuciones de culpa, por desviaciones de los valores tradicionales, necesidad de ayuda y cuidados de otras personas; tendencia a evitar situaciones difíciles o de cierta tensión; tendencia a perturbarse por posibles desgracias y a la probabilidad de que ocurran, e

incapacidad para poder ejercer dominio sobre las emociones.

Por otro lado; las conductas racionales presentes en el evaluado son la búsqueda de la perfección en todas las áreas de su vida y el conjunto de juicios acerca de atributos, ideas y conductas propias. Además, en la entrevista se pueden constatar otras conductas racionales del paciente como el trabajo constante para la superación personal y de tener metas personales como ayudar su familia y a los animales. Esas conductas racionales se ven atrofiadas por otras conductas no racionales o esquemas disfuncionales que dificultan o hacen sufrir al paciente.

Área de Personalidad

Inventario clínico Multiaxial de Millon II:

Se obtiene un puntaje elevado en los patrones clínicos de la personalidad evitativa, antisocial, agresivo sádico y pasivo agresivo. Así mismo; se obtiene un puntaje elevado en las patologías severas de la personalidad esquizotípica y bordejine.

En la entrevista psicológica se pueden constatar de patrones clínicos de la personalidad tales como una conducta evitativa, la cual hace referencia a experimentar pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros, permaneciendo en guardia y distante siempre ante la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. En cuanto a las escalas de patologías severas se constató en la entrevista que el paciente presenta una personalidad bordejine caracterizado por experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, intensa tristeza, e inquietud.

Test de la Figura Humana Karen Machover

En el área emocional las características proyectadas en la figura humana fueron ansiedad, timidez, sentimientos de inferioridad, dependencia, infantilismo, agresión reprimida e impulsividad.

En cuanto al área sexual el paciente muestra una identificación y mayor valoración hacia el sexo opuesto; dibujando como proyección de esto a la figura femenina; por otro lado, evidenciaría conflictos sexuales o un intento de compensación a falta de una sexualidad inadecuada.

Otras características relevantes proyectadas en la figura humana es el aislamiento hacia su propio narcisismo, establecido por una barrera entre su yo y el ambiente, presentado como consecuencias características esquizoides y omisión de órdenes y sugerencias del ambiente.

Test de la Persona bajo la Lluvia

Las proyecciones del dibujo evidencian baja tolerancia a la frustración, presentado por un ambiente con mucha presión o una situación muy agobiante, donde hay ausencia de defensas posibles para poder contrarrestarlos; así mismo las características adoptadas en situaciones estresantes es de una personalidad ambivalente donde puede presentarse pasivo complaciente y utilizar la agresión. Evidencia sentimientos de culpa que activan sus mecanismos de defensa de anulación o reparo por las trasgresiones hechas; autocastigándose como un medio frecuentemente para aliviar esta culpa.

2.4. INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre : J.H.F.C
Edad : 33 años
Lugar de Nacimiento : Chiclayo
Grado de Instrucción : Secundaria Completa
Ocupación : Comerciante ambulante
Domicilio Actual : Calle Cosmos. San Antonio.
Fechas de Evaluación : 20/03/2015; 26/03/2015; 03/04/2015; 10/04/2015;
17/04/2015.

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Referido por el servicio de psiquiatría.

El paciente menciona: “me siento muerto en vida por no poder dormir”; el paciente manifiesta que su problema se agudizo producto de medicamentos que tomaba para dormir desde los 18 años.

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

El paciente de contextura normosomica, luce desaliñado con excentricidad en su vestir, denota poco aseo y cuidado personal. Presenta equimosis en el codo derecho; refiriendo ser producto de una caída. Así mismo; se le encuentra orientado en tiempo, espacio y persona; con atención y concentración fluctuante. Su lenguaje fue coherente y poco fluido con manifestación espasmofeniforme, empeorando a la persuasión. El contenido de su expresión verbal fue desinhibido y vulgar con referencia a temas

sexuales. El contacto ocular que estableció fue escaso. Por otro lado; el paciente desarrolló los estímulos presentados, trabajándolos con diligencia; excepto uno de ellos que le demandó entrar en contacto con su dinámica familiar. Es preciso, indicar que el paciente no acudió a la última sesión programada; por motivos aparentemente asociados a una conducta de inconstancia y poca tolerancia a la frustración, búsqueda incesante de atención especializada.

IV. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Se brindó:

- Evaluación Psicológica
- Orientación y Consejería Psicológica

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista Psicológica
- Observación Psicológica
- Anamnesis
- Exámen Mental
- Test proyectivo de la Figura Humana Karen Machover
- Test proyectivo de la persona bajo la lluvia
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II
- Prueba de Creencias Irracionales de Ellis
- Prueba de Conducta Racional de Shorkey y Whiteman

VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Área Cognitiva

El evaluado presenta déficits de conducta racional sobre la capacidad de responder ante situaciones difíciles y de frustración; atribuciones de culpa, por desviaciones de los valores tradicionales; necesidad de ayuda y cuidados de otras personas; tendencia a evitar situaciones difíciles o de cierta tensión; predisposición a trastornarse en base al pensamiento de posibles desgracia e incapacidad para poder ejercer dominio sobre las emociones. Los esquemas que mantienen este déficit de conducta racional o pensamientos irracionales son esquemas disfuncionales como inamabilidad; abandono o pérdida, autocontrol insuficiente, infravaloración, dependencia, vulnerabilidad al dolor, culpa y castigo.

Área de Personalidad

Evidencia patrones de personalidad evitativa; antisocial; agresivo y pasivo agresivo. Así mismo; se obtiene un puntaje elevado en las patologías severas de la personalidad Esquizotípica y bordelinde.

En el área emocional las características presentadas por el evaluado fueron ansiedad, timidez, sentimientos de inferioridad, dependencia, infantilismo, agresión e impulsividad.

VII. DIAGNÓSTICO

Según el CIE-10:

F33. Episodio Depresivo recurrente

F60.3 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad

Según el DSM-IV:

Eje I:

- Trastorno por Dependencia a hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno Depresivo Mayor.

Eje II:

- Trastorno Límite de la Personalidad.

Diagnóstico diferencial: Trastorno Histriónico de la Personalidad; trastorno de dependencia de la personalidad; trastorno bipolar.

VIII. CONCLUSIONES

Paciente con trastorno límite de la personalidad que presenta entre sus principales problemas cinco intentos de suicidio entre las edades de 19, 24, 25 y 32 años; espasmofemia; agresiones de tipo físico y psicológico hacia su familia y vecinos e insomnio que padece desde los 18 años de edad por dependencia a fármacos.

El paciente presenta un esquema nuclear de infravaloración con síntomas de ansiedad, tristeza, inhibición y espasmofemia.

El paciente presenta un esquema nuclear de autocontrol insuficiente con síntomas de impulsividad (golpes, gritos desmesurados, insultos) e ira intensa.

El paciente presenta esquema nuclear de autocontrol insuficiente, que le produce síntomas de insomnio.

Los síntomas y esquemas maladaptativos tempranos y nucleares desarrollados por el paciente son consecuencia de una historia familiar disfuncional o base de una familia caótica.

IX. PRONOSTICO

- Reservado.

X. RECOMENDACIONES

- Internamiento en un centro de Salud Mental.
- Terapia Dialéctica Conductual.
- Terapia Centrada en los Esquemas.
- Terapia Racional Emotiva Comportamental.

2.5. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

2.5.1. Nivel Descriptivo Sintomático.

Principales Problemas:

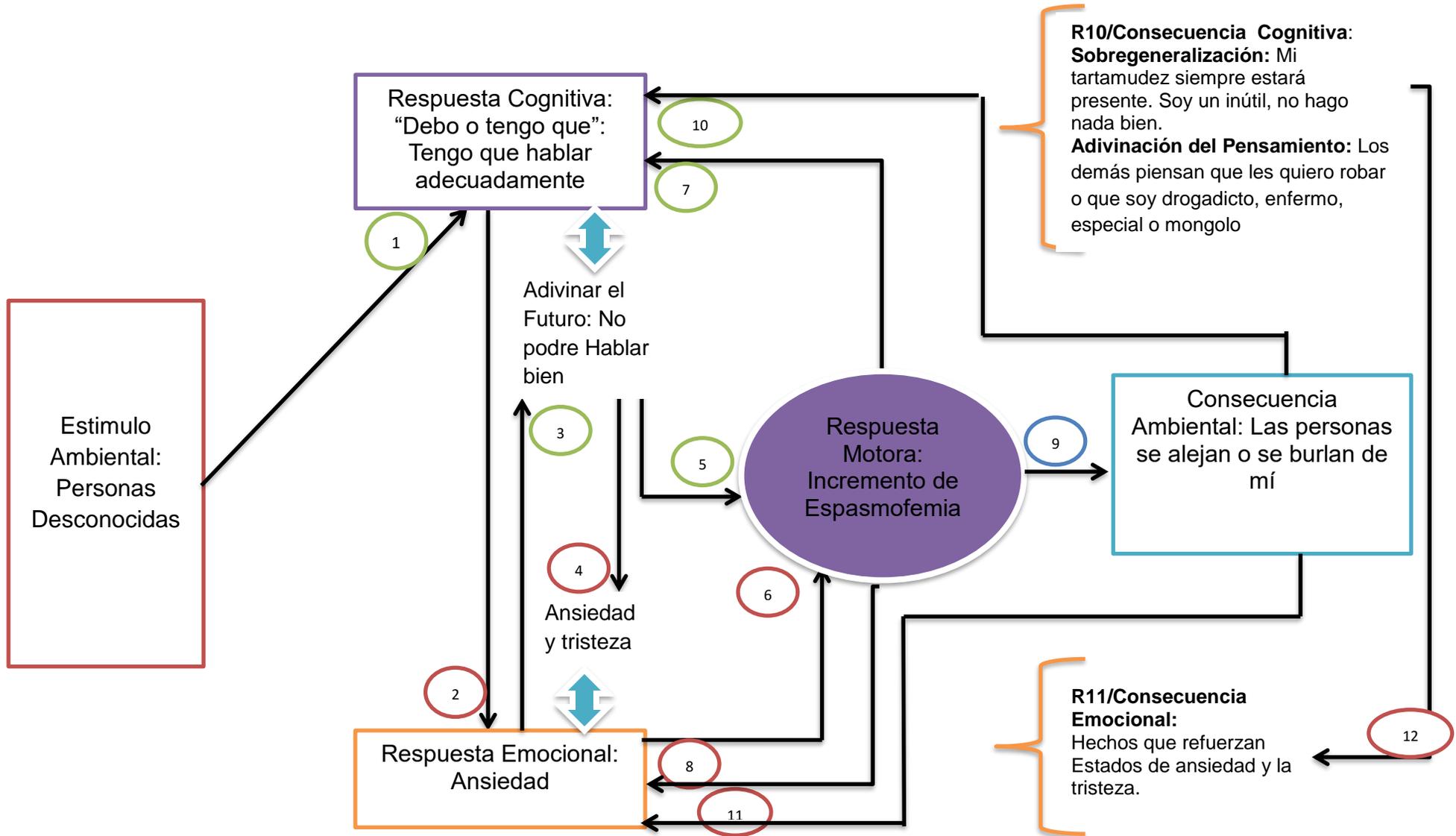
- ✓ Insomnio: 18 años
- ✓ Dificultad para poder Hablar: Edad de 8 años
- ✓ Agresiones hacia su familia y vecinos: Desde hace aproximadamente 5 años
- ✓ Intentos de suicidio: Edades; 19 años, 24 años (2 veces), 25 años y 32 años.

Descripción de la Figura 14: *Dificultad para poder Hablar (Espasmofemia).*

El paciente evidencia dificultad para poder hablar (espasmofemia) ante un estímulo ambiental que son las personas desconocidas o poco confiables para él. Esto hace que se desencadene una respuesta cognitiva **1**: distorsión cognitiva “Debo o tengo que”: hablar correctamente; así mismo esto desencadena una respuesta emocional **2**: de ansiedad ante estas situaciones. Esta respuesta de ansiedad que se genera en el paciente hace que verbalice y sirva de estímulo para otra respuesta cognitiva **3**: Distorsión cognitiva: “Adivinar el futuro”; no poder hablar bien; hecho que repercute nuevamente como un estímulo para que haya un incremento de su ansiedad y tristeza **4** por la metacognición de sus pensamientos; al confirmar un hecho horroroso para él. Estas respuestas metacognitivas “Adivinación del futuro” no podré hablar bien y la respuesta de ansiedad acrecentada; sirven a su vez de estímulos desencadenantes (estímulo cognitivo **5** y estímulo emocional **6**) para que el paciente manifieste una respuesta motora de espasmofemia, donde es evidente los problemas para poder expresarse verbalmente ante la presencia en este caso de personas que desconoce o no le inspiran

confianza. Esta respuesta motora refuerza las creencias de las respuestas cognitivas: “debo o tengo que” hablar correctamente que se convierte en una nueva respuesta cognitiva **7** ya condicionada anteriormente por el propio paciente. Así mismo esto hace que se genere una nueva respuesta de ansiedad **8** que se incrementa producto de la metacognición de sus pensamientos. La respuesta motora de espasmofemia en el paciente trae consigo una consecuencia ambiental: las personas se alejan o se burlan cada vez que se expresa verbalmente (consecuencia ambiental **9**); esto a su vez desencadena nuevas consecuencias producto del procesamiento activo de sus cogniciones sobre los hechos ocurridos en su entorno; estas consecuencias cognitivas **10**: son de sobregeneralización: Mi tartamudez siempre estará presente. Soy un inútil; no hago nada bien y adivinación del pensamiento: Los demás piensan que les quiero robar o que soy drogadicto, enfermo, especial o mongolo. Otras respuestas a la que conllevan las consecuencias ambientales **9** son las consecuencias emocionales **11**: de ansiedad y tristeza que se prolongan cada vez más y se ven reforzados por su propia metacognición **12**: en estados o hechos emocionales como conclusión de sus pensamientos

Figura 14: Dificultad para poder Hablar (Espasmofemia).



2.5.2. Nivel Explicativo Preventivo.

Descripción de la Tabla 4: Esquemas Maladaptativos tempranos utilizados por el paciente.

En la tabla 4; se detalla las características psicológicas del paciente, referentes a sus problemas actuales; desarrollados a lo largo de su historia personal, su vida familiar y contexto social, así se podrán identificar las dimensiones como desconexión y rechazo, deterioro de la autonomía y la actuación e inclinación hacia otros, que fueron resultados de experiencias tempranas desadaptativas, que tuvieron predominancia en la infancia y adolescencia y fueron reforzados a lo largo de su vida. Entre las dimensiones que se pudieron hallar en el paciente se encuentran los esquemas maladaptativos tempranos como abandono, desconfianza y abuso, privación emocional, imperfección y vergüenza, distanciamiento y aislamiento social, dependencia e incompetencia, fracaso, vulnerabilidad al daño y búsqueda de aprobación y reconocimiento; siendo estos las trampas vitales que interrumpen en el paciente su crecimiento personal, familiar y social y deterioran su calidad de vida, formando como consecuencia un estilo de vida de TLP.

Tabla 4: Esquemas Maladaptativos tempranos utilizados por el paciente.

ESQUEMAS TEMPRANOS DESADAPTATIVOS UTILIZADOS POR EL PACIENTE					
DIMENSIÓN: DESCONEXIÓN Y RECHAZO	PROBLEMAS ACTUALES	DIMENSIÓN: DETERIORO DE LA AUTONOMÍA Y LA ACTUACIÓN	PROBLEMAS ACTUALES	DIMENSION: INCLINACION HACIA OTROS	PROBLEMAS ACTUALES
Abandono e Inestabilidad	Mi familia me rechaza y me abandona., esto sucede siempre.	Dependencia e Incompetencia	Necesito apoyo de especialistas para poder sanarme.	Búsqueda de aprobación y reconocimiento	Quiero ser un orador, DJ, actor.
Desconfianza y abuso	Soy mangoneado y humillado por las personas, siempre lo he sido, desde mi niñez.	Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad	Las personas se burlan constantemente de mí.		
Privación Emocional	Nadie hasta el momento ha podido ayudarme, con mis problemas.	Fracaso	No quiero estudiar, siento que ya he perdido mi tiempo.		
Imperfección y vergüenza	Me siento feo por mis ojeras. Mi aspecto físico.				
Distanciamiento y Aislamiento Social	No he tenido amigos desde colegio; abandone mis estudios porque me sentía diferente.				

Figura 15: Procesos de esquemas utilizados por el Paciente.

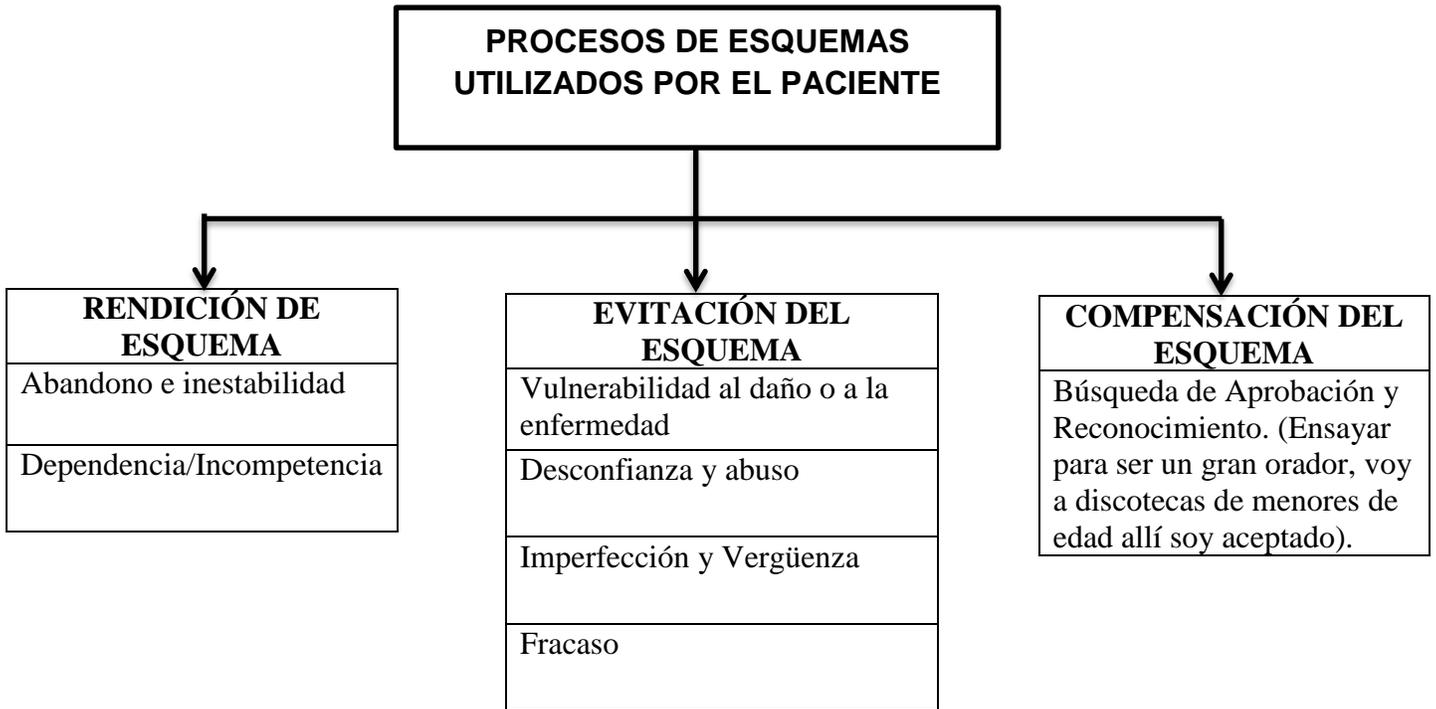
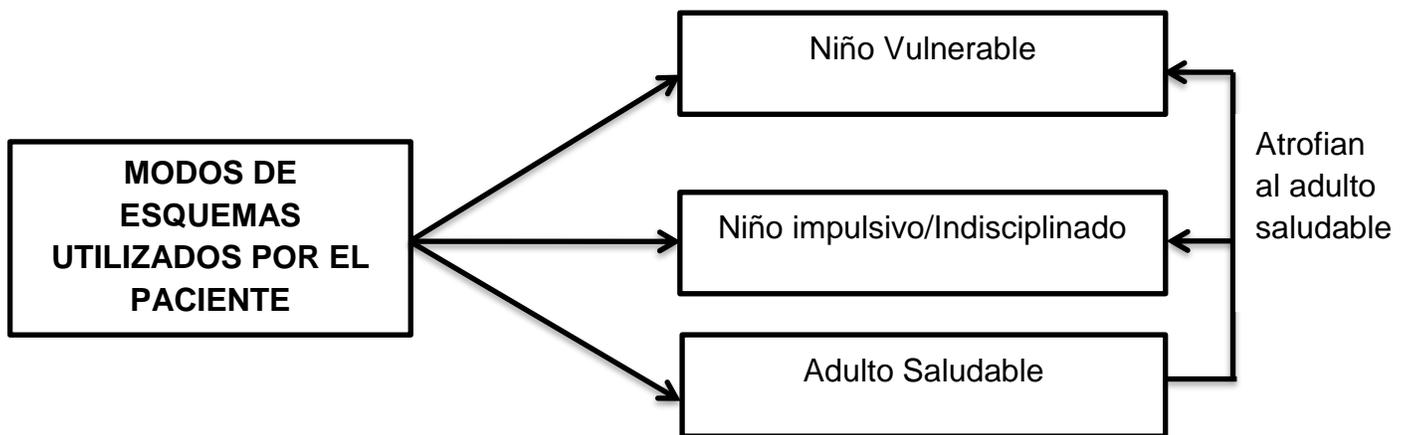


Figura 16: Modos de esquemas utilizados por el paciente



2.5.3. Nivel Explicativo Promocional

Tabla 5: Esquemas Constructivos Negativos

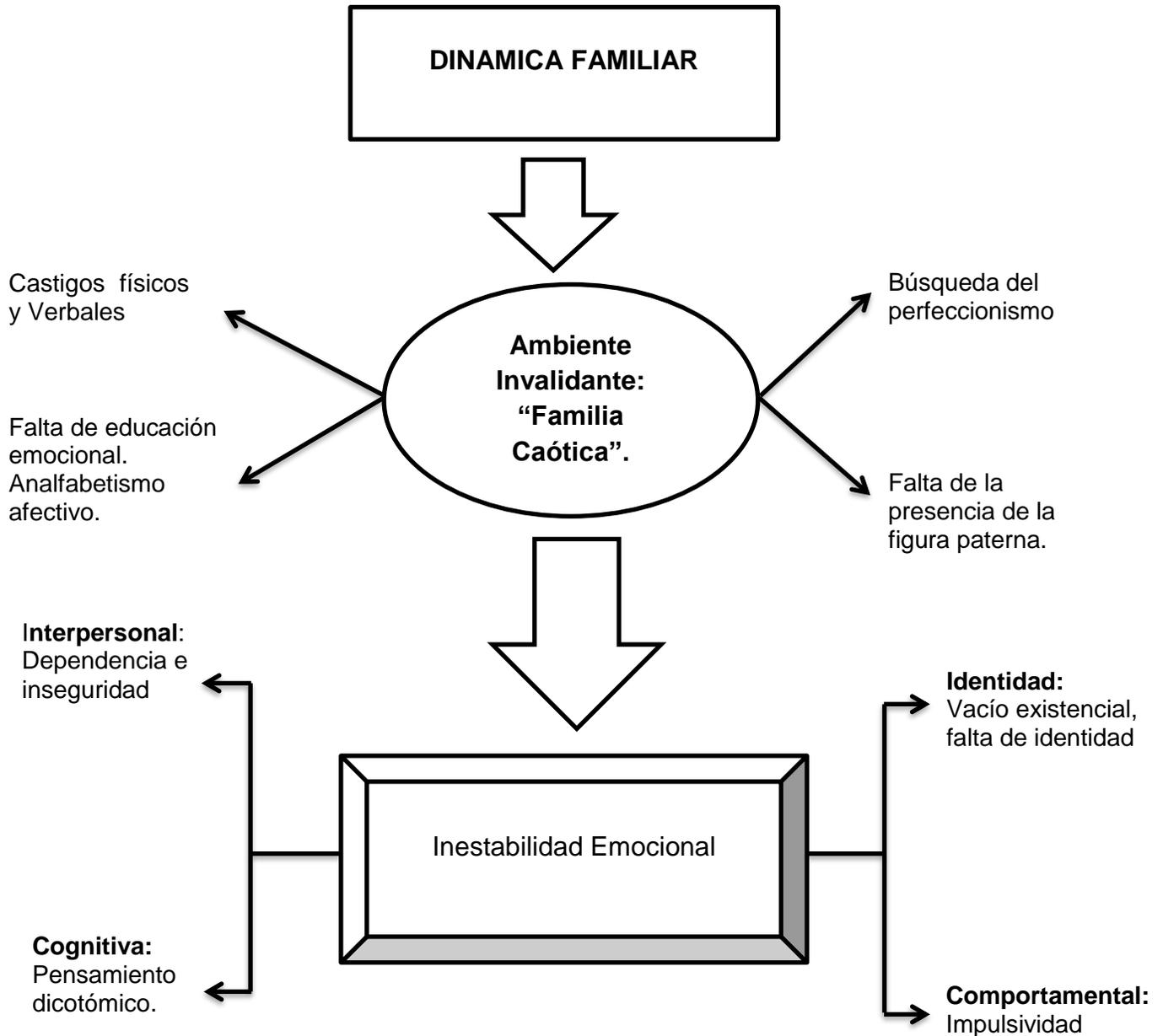
ESQUEMAS CONSTRUCTIVOS NEGATIVOS			
Esquemas Ideológicos	Esquemas Valorativos	Esquemas Motivacionales Superiores	Esquemas Constructivos
En este mundo lo que vale es la belleza física y las cualidades personales	Tengo que verme bien físicamente y ser un gran orador	Necesito ayuda de los demás para poder cumplir mis objetivos	Soy Inferior al resto
En este mundo las personas valen por las cosas que poseen.	Debo acumular muchas cosas en mi casa que puedan servirme posteriormente.	Robar cualquier tipo de objeto (sin valor) que me pueda servir.	Me siento culpable por las cosas que robo.

Tabla 6: Esquemas Constructivos Positivos

ESQUEMAS CONSTRUCTIVOS POSITIVOS			
Esquemas Ideológicos	Esquemas Valorativos	Esquemas Motivacionales Superiores	Esquemas Constructivos
El amor a los perros.	Cuido y protejo a los perros; son importantes en mi vida	Cada perro que veo abandonado le muestro mi cariño y protección	A los animales hay que cuidarlos y protegerlos de los abusos.
El trabajo es la única vía de obtener dinero responsablemente.	Debo trabajar constantemente para satisfacer mis necesidades.	Trabajando algún día comprare mi casa.	Con trabajo y esfuerzo ayudare a mi familia

2.5.4. Estructura Familiar según la Teoría Dialéctica.

Figura 17: Dinámica Familiar según teoría dialéctica



2.5.5. Esquemas Nucleares, Sistemas e Heurísticos de pensamiento.

Figura 18: Esquema Nuclear y Sistemas e Heurísticos de pensamiento.

Pensamientos Automáticos	Distorsiones Cognitivas	Esquemas Nuclear	Sistema A: Economía Cognitiva	Sistema B: Estrategias Intermedias
No puede hablar correctamente. Soy un inútil, un mongolo; no sirvo para nada; no debí nacer.	Sobregeneralización	Infravaloración.	Heurístico de falacia- tasa o base.	Estrategia compensatoria: Estudiar oratoria Estrategia de Evitación: No tengo amigos.
Intento suicidarme porque no puedo soportar la humillación y el abandono.	Razonamiento emocional	Autocontrol Insuficiente. Baja tolerancia a la frustración.	Heurístico de Disponibilidad. Heurístico de falacia tasa-base.	Estrategia de Evitación: Huyo de mi dolor a través del suicidio.
Pensé que los especialistas eran buenos; después supe que fracasaron. Me siento feliz y también infeliz.	Pensamiento Dicotómico	Inestabilidad Emocional	Heurístico de falacia- tasa o base.	Estrategia Compensatoria/Aseguradora: Buscar constantemente especialistas.
No soy capaz de Dormir	Falacia de Control	Autocontrol Insuficiente	Heurístico de Disponibilidad	Estrategias Evitativa: Tomar medicamentos

Pensamientos Automáticos	Distorsiones Cognitivas	Esquemas Nuclear	Sistema A: Economía Cognitiva	Sistema B: Estrategias Intermedias
No soy capaz de controlarme, cuando mi familia o personas conocidas se burlan de mí, reacciono mal.	Falacia de Control	Autocontrol Insuficiente	Heurístico de disponibilidad. Heurístico de falacia- tasa o base.	Estrategias Compensatorias/aseguradoras: Realizo agresiones verbales y físicas o huyo a mi dolor.
Me siento culpable por mis actos malos	Condena	Culpabilidad	Heurístico de disponibilidad	Estrategias Compensatorias/Aseguradoras: Buscar repetir los actos para su propio castigo.
Tengo miedo y ansiedad ante situaciones desconocidas y empieza mi tartamudez	Catastrofismo	Vulnerabilidad al dolor	Heurístico de disponibilidad.	Estrategia Compensatoria: Sumisión o agresión

2.5.6. CRITERIOS PSICOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TLP

Figura 19: **Esquema Temprano Maladaptativo de Abandono e Inestabilidad**

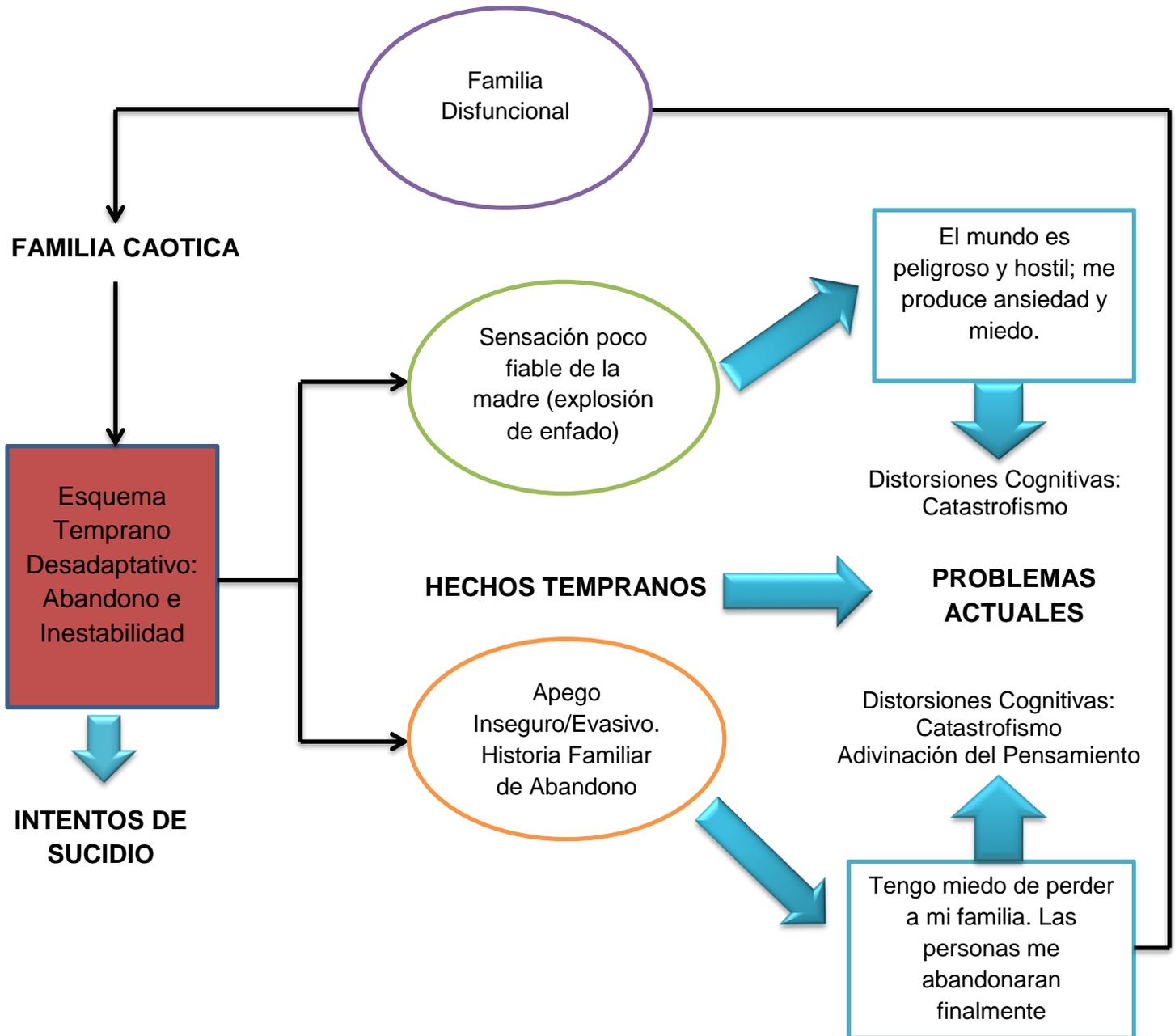


Figura 20: Esquema Nuclear de Infravaloración.

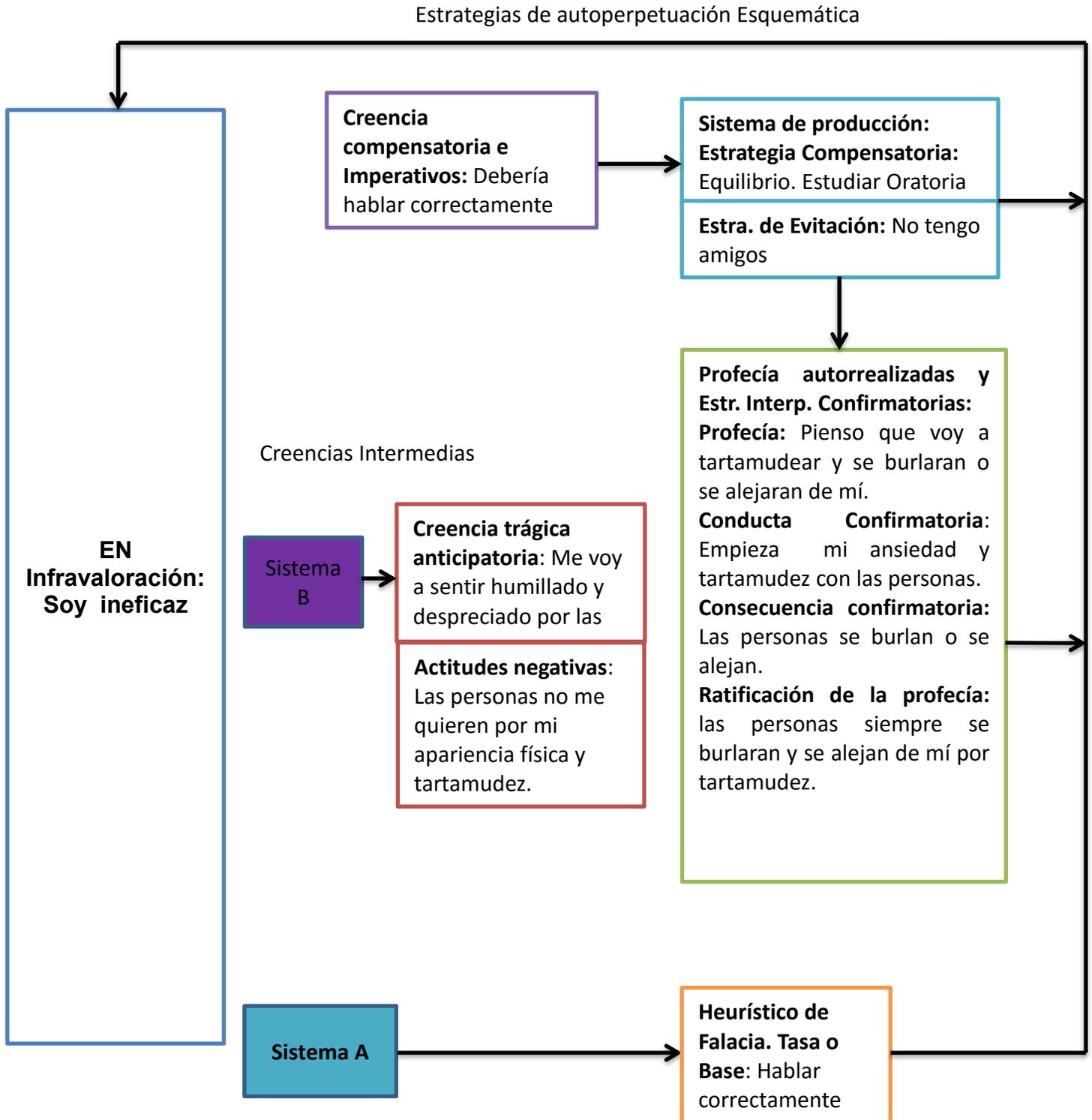


Figura 21: Esquema Nuclear de Inestabilidad Emocional y Autocontrol Insuficiente.

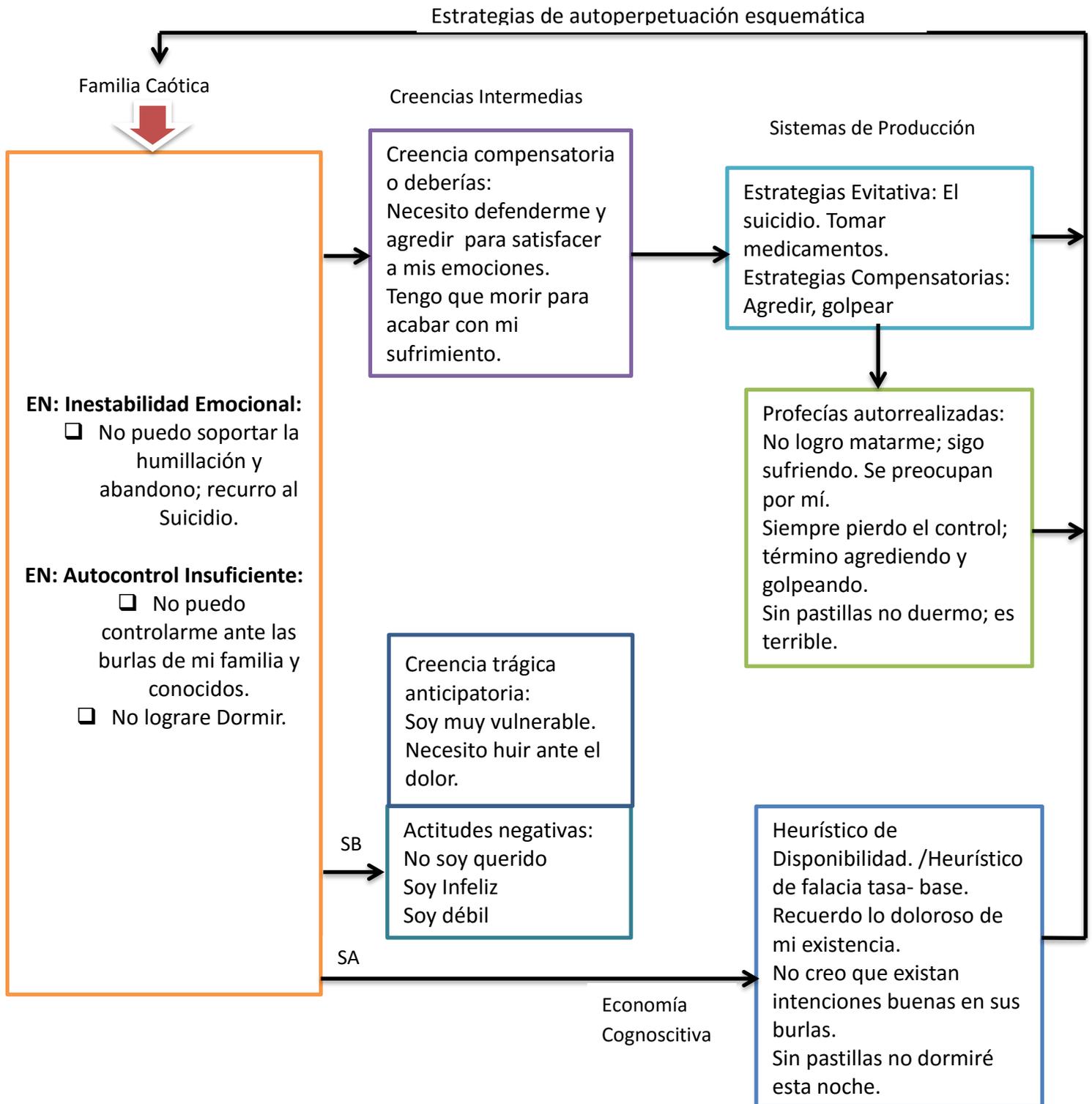
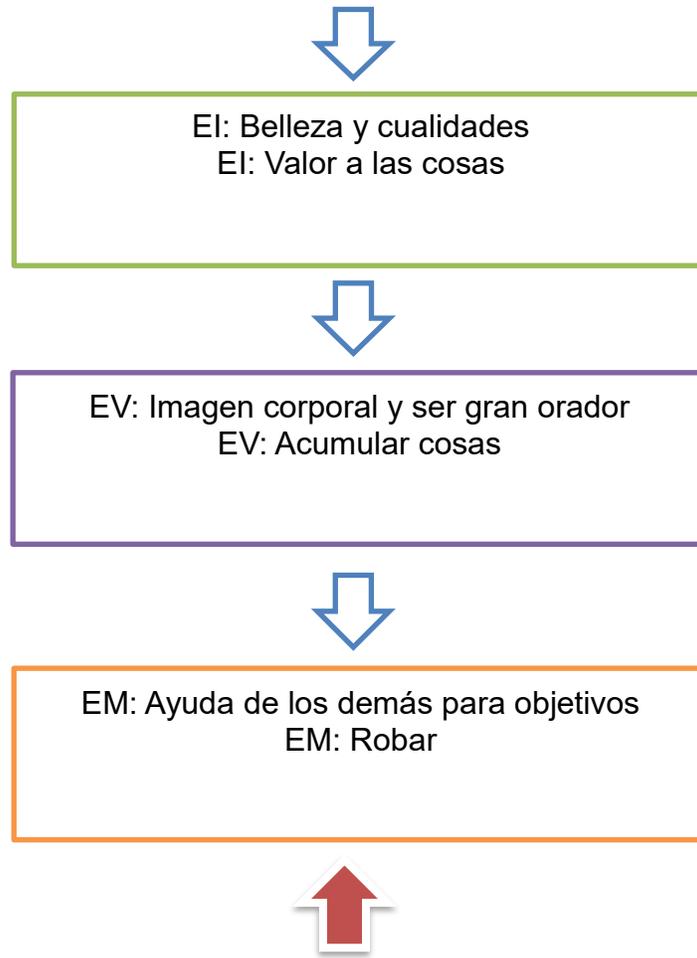
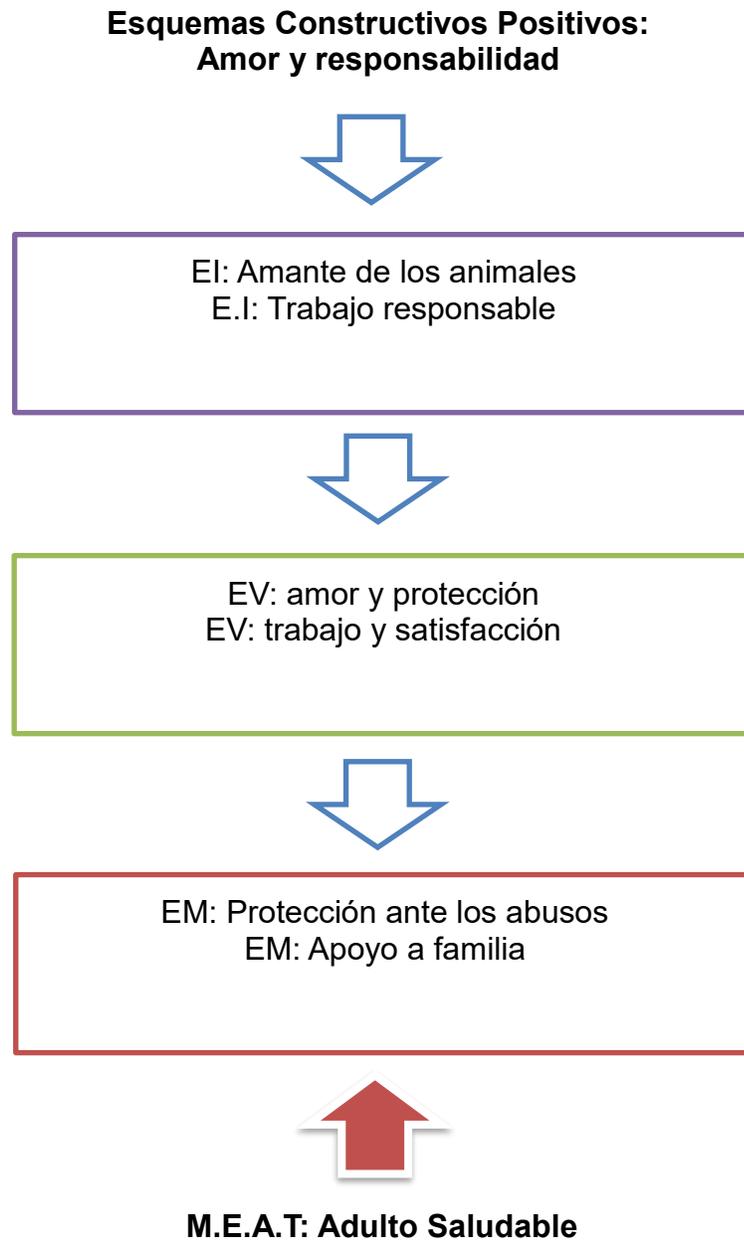


Figura 22: Esquemas de Segundo Orden Constructivos Negativos.

Esquemas Constructivos Negativos: Inferioridad y culpabilidad



M.E.D.T: Niño Vulnerable/Niño impulsivo indisciplinado

Figura 23: Esquemas de Segundo Orden Constructivos Positivos.

CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO

3.1. ESPECIFICACION DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

3.1.1. Fundamentación del Programa

El presente programa tuvo como propósito la reducción de los síntomas y los esquemas de infravaloración y autocontrol insuficiente; que contribuyen al problema principal del paciente que son los continuos intentos de suicidio. Este programa de intervención individual constó de un total de 19 sesiones, con un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos por cada sesión; y en el cual se emplearon técnicas cognitivo conductuales ajustadas a la realidad de los esquemas disfuncionales y síntomas propios del paciente.

3.1.2. Objetivo General:

- Disminución de los síntomas y los esquemas de infravaloración y autocontrol insuficiente.

3.1.3. Objetivos Específicos:

- Disminución gradual de los síntomas de ansiedad, tristeza, inhibición y espasmofemia del esquema de infravaloración.
- Reducción de los síntomas de impulsividad (golpes, gritos desmesurados, insultos) e ira intensa del esquema de autocontrol insuficiente.

3.1.4. Metodología:

El programa de enfoque cognitivo-conductual se llevó a cabo en 19 sesiones, con un tiempo aproximado de 45 minutos por cada sesión. Entre las técnicas empleadas se utilizarón:

- Técnicas cognitivas: Debates, registro y autoobservación de conducta, afirmaciones racionales, tarjetas flash Cards, detección del pensamiento, diario de esquemas saludables e inventario de síntomas.
- Técnicas Conductuales: Atacar la Vergüenza y relajación progresiva de Jacobson.
- Técnicas Emotivo Experienciales: Imágenes emotivo experienciales y autoceptación incondicional.

3.2. Diseño de Estrategias de Tratamiento o Intervencion.

El programa constó de 19 sesiones; dentro de las cuales 4 sesiones fueron referidas a la evaluación. El tratamiento o Intervencion se inició desde la sesión 4 hasta la 19, contando esta con 15 sesiones de intervención; con un tiempo aproximado entre cada una de ellas de 45 minutos y flexibilizando su duración en algunas ocasiones, según los requerimientos de la terapia y el paciente.

3.2.1. Planeamiento de la evaluación

La evaluación estuvo concentrada en 3 sesiones; requiriendo la 4ta sesión para aplicar la última prueba psicométrica e iniciar la etapa de tratamiento.

Técnicas:

- Entrevista.
- Observación.
- Manejo de pruebas psicométricas.

SESIONES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	OBJETIVO
Sesión 1	Anamnesis. Tiempo: 60 minutos.	Motivo de Consulta. Identificación de síntomas del paciente.
Sesión 2	Prueba de conducta Racional de S.H. Anamnesis. Examen Mental. Tiempo: 60 minutos.	Identificar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Identificación de Síntomas.
Sesión 3	Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Test Proyectivos. Tiempo: 60 minutos.	Identificar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Identificar rasgos de personalidad y carácter.
Sesión 4	Inventario de Creencias Irracionales de Ellis. Tiempo: 30 minutos.	Recoger las exigencias dogmáticas del paciente.

3.2.2. Estrategias para el Esquema de Infravaloración.

Se dio inicio desde la sesión 4 hasta la 13 para el tratamiento o intervención de este esquema nuclear disfuncional, entre las técnicas que se utilizaran están las cognitivas, conductuales y emotivo experienciales.

Técnicas Cognitivas:

- Debate Educativo.
- Debate Funcional.
- Debate Empírico.
- Debate Lógico.

Técnicas Conductuales:

- Relajación Progresiva de Jacobson.
- Atacar la Vergüenza.

Técnicas Emotivo Experienciales:

- Autoceptación incondicional de la persona.
- Imágenes emotivas racionales.

SESIONES	TÉCNICA	OBJETIVO
Sesión 4 y 5	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación. • Establecer una alianza terapéutica con el paciente. • Relajación Progresiva de Jacobson. (Tiempo: 60 minutos). 	<p>Recoger las exigencias dogmáticas del paciente. Establecer una alianza terapéutica con el paciente. Disminuir la ansiedad anticipatoria del paciente.</p>
Sesión 6: Técnicas Cognitivas. Técnicas Emotivo Experienciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Debate educativo • Autoceptación Incondicional de la Persona. (Tiempo: 60 minutos) 	<p>Informar y discernir las propias creencias irracionales. Explicar al paciente la autoceptación incondicional que debe tener de sí mismo.</p>
Sesión 7: Técnicas Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Funcional. (Tiempo: 45 minutos). 	<p>Reducir las creencias y conductas irracionales del esquema de infravaloración.</p>
Sesión 8: Técnicas Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Empírico. (Tiempo: 45 minutos). 	<p>Buscar evidencias en hechos reales que sustenten sus creencias de infravaloración.</p>
Sesión 9: Técnicas Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Lógico. (Tiempo: 45 minutos). 	<p>Cuestionar las creencias irracionales y exigencias dogmáticas del esquema de infravaloración. (Debo hablar correctamente).</p>

SESIONES	TÉCNICA	OBJETIVO
Sesión 10: Técnicas Emotivo/experienciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes Emotivas Racionales. (Tiempo: 45 minutos). 	Descentralizar el pensamiento irracional de infravaloración a otras áreas fuera del problema.
Sesión 11: Técnicas Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Detención del Pensamiento (Tiempo: 45 minutos). 	Bloquear los primeros eslabones de la cadena de pensamientos para evitar la propagación de ideas irracionales, del esquema de infravaloración.
Sesión 12: Técnicas Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Filosófico. (Tiempo: 45 minutos) 	Descentralizar el pensamiento a otras áreas fuera del problema.
Sesión 13: Técnicas cognitivas y conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Atacar la Vergüenza • Autoformaciones de aceptación racional. (Tiempo 45 minutos) 	Autoaceptación incondicional de la totalidad de su persona.

3.2.3. Estrategias para el Esquema de Autocontrol Insuficiente.

Se contó con la sesión 14 hasta la 19 para el tratamiento o intervención de este esquema nuclear disfuncional; entre las técnicas que se utilizaran están las cognitivas, y emotivo experienciales.

Técnicas Cognitivas:

- Registro y Autoobservación de la conducta.
- Debate Funcional.
- Debate Lógico.
- Diario de Esquemas Saludables.
- Tarjetas de Aviso (Flash Cards).

Técnicas Emotivo Experienciales:

- Autoaceptación incondicional hacia los demás.
- Imágenes emotivas racionales.

SESIONES	TÉCNICA	OBJETIVO
Sesión 14 Técnicas Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Registro y autoobservación. • Autoceptación incondicional hacia los demás. (Tiempo: 45 minutos)	Identificar el proceso de pensamiento y sus aplicaciones prácticas con referencia a la ira y conducta impulsiva.
Sesión 15 Técnicas Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Funcional. • Debate Lógico. (Tiempo: 45 minutos)	Conocer las consecuencias disfuncionales de la conducta impulsiva. Detectar y cambiar ideas irracionales absolutistas referentes a la ira.
Sesión 16: Técnica Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Lógico. (Tiempo: 45 minutos)	Detectar y cambiar ideas irracionales absolutistas con referencia a la ira.
Sesión 17: Técnicas Emotivo/ Experienciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes Emotivo Racionales (Tiempo: 45 minutos)	Identificar la emoción más apropiada y racional.
Sesión 18 Técnicas Cognitivas- Conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de Aviso (Flash Cards). (Tiempo: 45 minutos)	Poder seleccionar la respuesta más adecuada ante un hecho que provoca ira y conductas impulsivas.
Sesión 19 Técnicas Cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Diario de Esquemas Saludables. (Tiempo: 45 minutos)	Construir las mejores creencias racionales y respuestas apropiadas, en el transcurso de su vida cotidiana.

3.3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

3.3.1. Etapa de Evaluación

Sesiones	Técnicas e Instrumentos	Procedimiento	Tarea
Sesión 1	Entrevista. Observación. Anamnesis. (Tiempo: 45 minutos).	Responder al Motivo de Consulta. Identificación de los principales síntomas del paciente.	Escribir parte de la anamnesis.
Sesión 2	Anamnesis. Examen Mental. Aplicación de la Prueba de conducta Racional de S.H. (Tiempo: 60 minutos).	Identificar rasgos de personalidad y carácter. Identificar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.	Identificar pensamientos distorsionados.
Sesión 3 y 4	Aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II Aplicación de Tests proyectivos (figura humana de Karen Machover y la persona bajo la lluvia). Aplicación del Inventario de Creencias Irracionales de Ellis.	Identificar rasgos de personalidad y carácter. Identificar creencias Irracionales.	Recordar y apuntar algunos antecedentes históricos de su infancia.

3.3.2. Tratamiento terapéutico del esquema de Infravaloración

Sesiones 4 y 5

Fecha: 24/04/2015

Objetivos de la Sesión:

- Establecer una alianza terapéutica con el paciente.
- Disminuir la ansiedad anticipatoria del paciente.

Técnicas: Cognitiva conductual.

- Relajación Progresiva de Jacobson.
- Alianza Terapéutica.

Tiempo: 60 minutos.

Procedimiento:

- **Alianza Terapéutica**

Se inició la sesión dando la bienvenida al paciente y evaluando con la última prueba psicométrica, descrito anteriormente en el proceso de evaluación. Posteriormente en la misma sesión 4, se procedió a plantear una alianza terapéutica, junto con el paciente, acordando los siguientes términos:

Terapeuta: ¿A terminado la parte de evaluación, ahora quisieras proseguir las sesiones posteriores con un tratamiento, para abordar algunos de tus síntomas que me manifestantes?

Paciente: Si me gustaría mucho que me ayude en mis problemas que tengo, porque me siento muy agobiado por todo lo que le he dicho anteriormente.

Terapeuta: ¿De todos tus problemas que me referiste anteriormente, ¿cuál crees tú que necesitas que se aborde con más urgencia?

Paciente: Mi miedo al hablar, tartamudeo mucho, sobre todo con personas desconocidas, ese es mi problema mayor, ya que me siento muy agobiado por no poder hablar bien, eso me causa mucha tristeza y no me permite desarrollarme.

Terapeuta: Ese es uno de tus problemas que mayor malestar te causan, ¿que otro de tus síntomas quisieras abordar en las siguientes sesiones?

Paciente: Bueno, son muchos en realidad, está mi problema de insomnio que lo estoy llevando con el psiquiatra, los conflictos con mi madre, mis intentos continuos de suicidio, (...) en realidad son muchos más.

Terapeuta: Uno de los problemas que me refieres son los conflictos con tu madre, ella me ha manifestado que también lo tienes con tu hermana menor y otros miembros de tu familia, ¿es cierto?

Paciente: Si es verdad, y con mis vecinos también a veces no puedo contenerme, como ya lo explicado antes (...) es que no puedo soportar su rechazo y que intenten mangonearme.

Terapeuta: ¿Te parecería bien trabajar en sesiones posteriores, estos problemas que me refieres con respecto a los conflictos con tu familia y vecinos?

Paciente: Si me parece muy bien trabajar esto, ya que quisiera poder contenerme cuando ellos me rechazan y se burlan de mí.

Terapeuta: Entonces en las siguientes sesiones se abordarán, todo lo acordado entre los dos, para esto voy a requerir que te comprometas en venir las otras sesiones, que **serán** en total 15 más, durante cada semana como haz estado asistiendo, hasta aquí.

Paciente: Si está bien me comprometo en venir, con tal de que me ayude a solucionar mis problemas, haría cualquier cosa.

Terapeuta: Yo no voy hacer el cambio, lo harás tú mismo, tú participación y trabajo dentro de las sesiones será más importante que yo, para que soluciones tus propios problemas. Te asignare tareas que tendrás que cumplir como parte de nuestro compromiso y trabajarás activamente para tú propio cambio favorable. ¿Estás de acuerdo, con todo lo que manifestado?

Paciente: Si de acuerdo, lo entendí, y me comprometo igual para trabajar en el resto de sesiones.

Terapeuta: Entonces con tu compromiso y tú participación activa dentro de las posteriores sesiones; se comenzará a trabajar.

Posteriormente en la misma sesión 4 se trabajó con la siguiente técnica, para disminuir la ansiedad y enseñar una forma de relajación al paciente. (Se señala que esta técnica se prolongó hasta la sesión 5).

- ***Relajación Progresiva de Jacobson:***

1er Paso: Se enseñó al paciente a tensar y relajar los músculos en diferentes partes del cuerpo.

2do Paso: Se guío al paciente con las instrucciones “inspire profundamente y contenga la respiración” durante la tensión, “suelte el aire y respire despacio rítmicamente” durante la relajación. Cada tensión durará aproximadamente 20 segundos, excepto la de los músculos de los pies que no se deberán tensar más de 5 segundos para evitar la aparición de calambres musculares.

3er Paso: Se empezó con las instrucciones guiadas para la relajación progresiva muscular; iniciando por las extremidades superiores; cabeza y cuello; tronco y extremidades inferiores.

Tarea: Práctica de la relajación progresiva de Jacobson antes de dormir.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 4 y 5.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 6

Fecha: 01/05/2015

Objetivos de la Sesión

- Informar y discernir las propias creencias irracionales.
- Explicar al paciente la autoaceptación incondicional que debe tener de sí mismo.

Técnicas: Cognitivas y Emotivo Experienciales.

- Debate educativo.
- Autoceptación Incondicional de Uno Mismo. (AIU).
- Autoceptación Incondicional por parte del Terapeuta. (AIT).

Tiempo: 60 minutos.

Procedimiento:

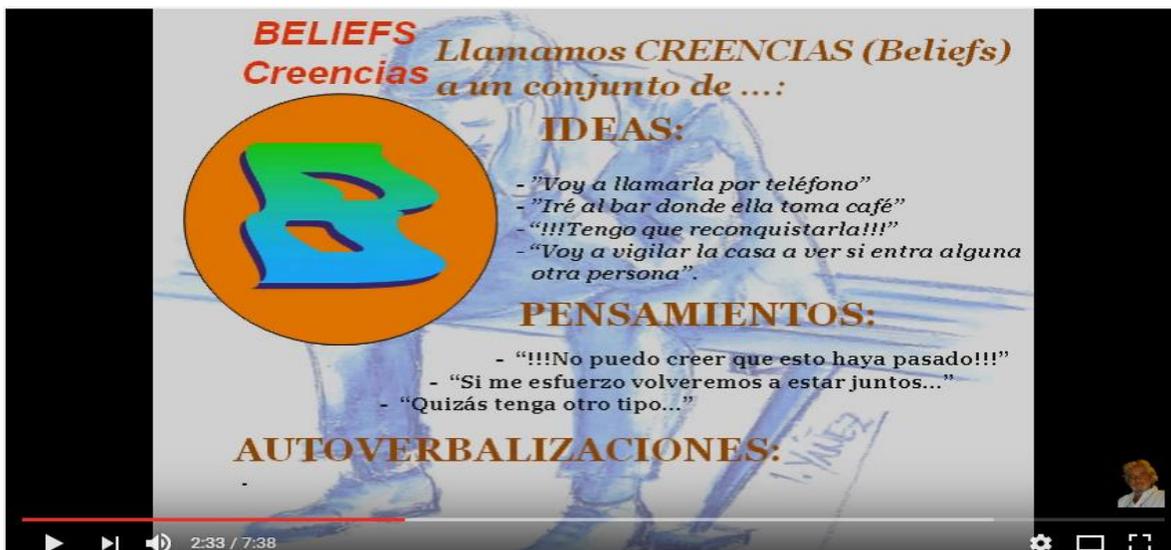
Se inicia la sesión dando la bienvenida al paciente, y se presenta lo que se trabajara en este día:

- *Debate educativo:*

1er Paso: Con un estilo didáctico se informa al paciente sobre los diferentes términos del ABC y las diferencias entre creencias racionales e irracionales.

Se presenta para esto el siguiente video psicoeducativo, que explica el ABC:

<https://www.youtube.com/watch?v=A2su7olu6nA>



Luego del video se hace reflexionar al paciente sobre lo que ha visto y detalle, lo que ha entendido de él.

Terapeuta: ¿Luego de haber visto este vídeo me puedes decir que has podido rescatar de él?

Paciente: me impresiono, nunca pensé que las cosas fueran así; que las personas tuvieran ideas irracionales que te pueden destruir de diferentes maneras.

Terapeuta: ¿Nada más tendremos ante las diferentes situaciones ideas irracionales?

Paciente: No también podemos cambiar nuestros pensamientos y hacerlo más favorables y racionales, como se observó en el video podemos discutirlos y hacerlos más agradables.

Además, se le presento en papelógrafos lo siguiente:

¿Qué paso? Situación. (A)	¿Qué pensé? Pensamiento negativo. (B)	¿Cómo me sentí? (C)
Mi amiga me dejó plantado en la cita del día sábado	Creencia 1: No es justo que ella me haga esto, sobre todo a mi; no me considera para nada.	Con mucha furia, inquieto y no pude dormir esa noche.
	CAMBIANDO MI PENSAMIENTO Pensamientos positivos	CAMBIO DE SENTIMIENTO
	Creencia 2: Me desagrada de que no haya asistido a la cita; puede haberle sucedido algo inesperado, es mejor que le pregunte a ella.	Un poco preocupado por lo que podría haberle pasado, con deseos de dialogar.

Se expone este cuadro y posteriormente se ínsita al paciente a que reconozca cual es la creencia más favorable que se puede sentir en esta situación.

Paciente: Sin duda la creencia que es más racional es la creencia 2, que lleva a un sentimiento más agradable y acorde con lo que pudo haber pasado. Ya veo cómo funciona todo esto, nunca lo había pensado.

2doPaso: Se utiliza ejemplos prácticos donde el paciente puede identificar el ABC y detectar entre las creencias racionales e irracionales.

3er Paso: Se ínsita al paciente a detectar sus propias creencias, para esto se le muestra varias fichas que deben ser llenadas, según las creencias a sus problemas manifestados de ansiedad y tristeza por no poder hablar correctamente. Este es el modelo de ficha que se le presento al paciente:

Situación	¿Qué pensaste?	¿Cómo te sentiste?

El paciente procedió a registrar sus experiencias respecto a sus creencias. Además con esta técnica se logró un entendimiento y una primera aproximación al ABC de Albert Ellis, y su aplicación práctica.

Posteriormente se empezó a realizar la segunda técnica programada para esta sesión:

- ***Autoceptación Incondicional de Uno Mismo. (AIU). y por parte del Terapeuta. (AIT).***

1er Paso: Se enseñó la teoría y práctica de la aceptación incondicional de uno mismo, como seres humanos falibles. Se reafirmó la idea de que los seres humanos no podemos ser valorados en función de nuestros comportamientos. Aquí un extracto de la exposición que se le hizo al paciente acerca de esta técnica:

Terapeuta: Cuando hay un acto malo el remordimiento se considera como apropiado porque evalúa a la conducta o el acto como algo malo. En cambio, la culpabilidad hace que a base de nuestro comportamiento, nos evaluemos o cataloguemos como personas despreciables o malas en su totalidad. Si la persona se ve como totalmente mala o despreciable, existe una buena posibilidad de que continúe comportándose como lo haría una persona mala o despreciable. (Esta exposición se hizo a base del libro: La Relaciones con los Demás de Ellis y Maclaren, 2004).

2do Paso: Se explica al paciente que es aceptado como persona única y falible de cometer errores en su comportamiento y otros.

3er Paso: Después que el paciente ha comprendido la aceptación incondicional de uno mismo y por parte del terapeuta; se señala al paciente que los actos que puedan trasgredir las sesiones de terapia; no serán permitidos durante el proceso terapéutico. (Hora de las sesiones, groserías e insultos, agresiones, etc).

Tarea: Explorar y anotar en una hoja creencias racionales e irracionales (E.I).

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 6.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 7

Fecha: 8/05/2015

Objetivo:

- Reducir las creencias y conductas irracionales del esquema de infravaloración.

Técnicas: Cognitivas.

- Debate Funcional.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente por llegar puntual a la sesión y se procede a revisar la tarea encomendada anteriormente. Seguido a esto se desarrolla la técnica de trabajo en esta sesión:

1er Paso: Se explica al paciente que algunas creencias, emociones y comportamientos (conductas de evitación, no socializar, ansiedad, tristeza y vergüenza de sí mismo) no le están ayudando a conseguir sus objetivos en la vida. (Estudiar, ser orador, ayudar a su familia, etc.).

2do Paso: Se establece un debate donde se cuestiona las aplicaciones prácticas erróneas de sus creencias con preguntas:

Terapeuta: Te hare algunas preguntas para ver si tú comportamiento, emociones o pensamientos te están llevando a lograr lo que tanto anhelas: Estudiar, ser orador, ayudar a su familia, etc.

Paciente: Si está bien, hágame las preguntas.

Terapeuta: ¿Te está sirviendo evitar o no hablar con algunas personas por miedo a que se den cuenta de tu tartamudez o espasmofemia, has conseguido algo con eso?

Paciente: No he conseguido nada, pero así evito no sufrir cuando, terminan burlándose de mí.

Terapeuta: Y con eso ha conseguido ya no sufrir por el mismo problema.

Paciente: No más bien se incrementa más mi miedo, al hablar, cuando lo tengo que hacer.

Terapeuta: ¿Cómo afecta a tu vida, pensar, comportarte o sentirte de este modo?;

Terapeuta: ¿Has podido lograr lo que realmente necesitas pensando que sufres y que las personas se burlaran de ti por tu forma de hablar y defectos como me señalabas anteriormente?

Paciente: No hasta hora no he logrado nada, pensando de esta manera.

Terapeuta: ¿Tus objetivos de estudiar oratoria, hablar adecuadamente cuando vendes tus productos, etc, se estarán cumpliendo; ¿teniendo esas creencias de miedo, vergüenza y desprecio hacia tí mismo, por tu forma de hablar?

Paciente: No más bien, me obstaculiza para lograr lo que yo quiero, me he dado cuenta de que comportándome y pensando así, no llegare a nada. Comprendí la sesión anterior, sé que son creencias irracionales, porque no me sirven para lograr lo que anhelo.

3er Paso: El paciente hace reflexiones sobre la forma inadecuada de sus creencias y los problemas que le están causando en su vida.

Tarea: Anotar en una hoja las creencias irracionales que conllevan a conductas y emociones inadecuadas; que son fuente de problemas y conflictos en su vida.

Tarea: Explorar y anotar en una hoja creencias racionales e irracionales (E.I).

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 7.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 8

Fecha: 15/05/2015

Objetivos de la Sesión:

- Buscar evidencias en hechos reales que sustenten sus creencias de infravaloración.

Técnicas: Cognitivas.

- Debate Empírico.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente por seguir asistiendo a la terapia y se procede a revisar la tarea de la sesión anterior. Se felicita al paciente por el cumplimiento de sus deberes con respecto a las tareas, hasta hoy, como parte de un reforzamiento positivo.

Se da inicio a las técnicas que se trabajaran en esta sesión:

1er Paso: Se explica al paciente que en esta sesión el debate será para evaluar hechos objetivos y comprobar si la creencia específica es compatible con la realidad social.

2do Paso: Se inicia el debate de las creencias irracionales del paciente sobre la ansiedad y el miedo al hablar que experimenta ante las personas. Se le ayuda al paciente a debatir sus principales creencias irracionales y establecer conclusiones y nuevas filosofías eficaces en su manera de pensar.

Terapeuta: ¿Dónde está la evidencia, que señalabas en las sesiones anteriores para que te sientas tan triste, avergonzado y con miedo al hablar? Detallemos un caso reciente.

Paciente: Esta bien. Le voy a contar una situación reciente:

(A) *acontecimiento:* Cuando fue el cumpleaños de mi mamá, tuve que ir a hablar a mi vecina para hacerle una invitación del cumpleaños que mi mamá le hacía”.

(B) *pensamiento:* Miedo al hablar. “Mi vecina dirá que soy un mongolo o soy especial; o que soy un enfermo”.

(C) *consecuencia:* Empieza mi tartamudez. “Como siempre tartamudeo”, “idiota, así te vas a quedar”.

Emociones: “Cólera, tristeza, reproches”.

Posteriormente se procedió a debatir estas creencias irracionales, registrados por el paciente:

Terapeuta: Preguntas para el Debate. (D).

Terapeuta: ¿Realmente la señora habrá pensado que eres mongolo, enfermo o especial, como tú dices por haber tartamudeado, en su delante, tienes pruebas de esto?

Paciente: No, no lo tengo. La señora no ha pensado así; ella estará interesada en otras cosas en ese momento. En otras ocasiones he hablado bien ante la misma persona. Simplemente habrá pensado que tengo un problema de expresión o del habla.

Terapeuta: Entonces cual sería tu conclusión a todo esto.

Paciente: He pensado equivocadamente. Realmente la señora no ha pensado eso. No me podría evaluar como persona por mi tartamudez.

Tarea: Registro de creencias irracionales y debates empíricos donde se evidencia la veracidad o los errores del pensamiento.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 8.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados

Sesión 9

Fecha: 22/05/2015

Objetivos:

Cuestionar las creencias irracionales y exigencias dogmáticas del esquema de infravaloración. (Debo hablar correctamente).

Técnica: Cognitiva.

- Debate Lógico.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente por seguir asistiendo a las sesiones. Posteriormente se procede a revisión de su tarea encomendada en la sesión anterior.

Se inicia las técnicas que se trabajaran en esta sesión:

1er Paso: Se explica al paciente que la sesión abordara sobre el debate lógico y el cuestionamiento de este sobre las exigencias y rigidez de algunas de sus creencias que le llevan a perturbarse.

2do Paso: Se inicia el debate lógico sobre las creencias irracionales de infravaloración de su persona con respecto a su manera de hablar y sentirse. Algunas preguntas que se le realizarón, fueron las siguientes: ¿Cómo es posible que el no poder hablar correctamente en algunos casos te convierta en alguien que no sirve o que no debió nacer, cuando eres una persona que puedes fracasar en algunas cosas y tener éxito en otras? ; ¿Por trabarte, piensas que no sirves?; ¿Piensas que por tartamudear, no debiste nacer?

3er Paso: Se ayuda al paciente con el debate lógico a sacar conclusiones más racionales de los hechos y tener nuevas filosofías eficaces en su vida.

Terapeuta: Vamos a comenzar con el debate lógico, aplicado a tu problema de hablar y tu forma de sentirte. Detállame, una situación donde te sentiste perturbado por tu manera de hablar.

Paciente:

A: Cuando estoy en la cabina de internet y quiero pedir más tiempo. Con mucha impulsividad y rapidez al estar ante muchos jovencitos que se visten a la moda, me detengo al hablar porque me digo:

B: Que pensarán los demás si me trabo. Si me trabo, pensarán que soy especial o tonto. Y ahora; como lo hago ¿Hablaré bien? Luego me dispongo a hacerlo y la consecuencia es que:

C: Me trabo al hablar. “Siento que no sirvo”. “Siento que no debí nacer”. “Si sigo así, cuando voy a estudiar, aunque sea algo técnico”. “No podre relacionarme, porque no puedo exponer ningún tema”.

Terapeuta: Vamos a debatir a algunas conclusiones a las que llegaste.

Paciente: Está bien

Terapeuta: ¿Por trabarte, piensas que no sirves?;

Paciente: No.

Terapeuta: ¿Piensas que por trabarte no desvistes nacer?

Paciente: No, es erróneo pensar así.

Terapeuta: ¿Cómo es posible que el no poder hablar correctamente en algunos casos te convierta en alguien que no sirve o que no debió nacer, cuando eres una persona que puedes fracasar en algunas cosas y tener éxito en otras?

Paciente: Si tiene razón, por trabarme no puedo pensar que no sirvo.

Terapeuta: Justificarías con tu actitud de pensar que no debiste nacer y que no sirves definitivamente a las personas que no pueden hablar nada, o a otras que son ciegas, o tienen algún otro tipo de discapacidad.

Paciente: Es muy erróneo definitivamente pensar que no debí nacer, por no poder hablar bien en algunas ocasiones. Finalmente me debo aceptar como persona, todos tienen defectos, y puedo constatar que otros padecen cosas más graves y lo superan.

Terapeuta: A que conclusión podemos llegar entonces.

Paciente: Filosofías Eficaces (E): Realmente yo soy muy valioso, lo estuve pensando desde la sesión, que trabajamos la autoaceptación incondicional. Estoy vivo y me acepto como soy.

Tarea: Registro de Creencias irracionales y debates acordes con la lógica.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 9.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 10

Fecha: 29/05/2015

Objetivo:

Identificar la emoción más apropiada y racional que al paciente le gustaría sentir.

Técnicas: Emotivo Experienciales.

- Imágenes Emotivas Racionales.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se dio inicio a la sesión dando la bienvenida al paciente y prosiguiendo con la revisión anterior de la tarea encomendada. Posteriormente se inicia con las técnicas a trabajar en esta sesión.

1er Paso: Se explica al paciente sobre la técnica a utilizar en esta sesión; que tiene por meta identificar emociones más apropiadas y racionales que le gustaría sentir; en situaciones donde venía sintiéndose despreciado ante los demás. Esta técnica combina la autoaceptación incondicional y los debates anteriormente practicados para su eficacia.

2do Paso: Se comienza con la técnica, manifestando lo siguiente:

Terapeuta: Cierre los ojos y recuerde una situación difícil reciente en la que haya experimentado una emoción muy disfuncional y extrema, respecto al problema que venimos trabajando, en sesiones anteriores.

Paciente: me siento agobiado por sentirme despreciado por los demás. Los sentimientos que experimente fueron cólera, mucha tristeza y reproches.

Terapeuta: Vas a seguir vivenciando este hecho con los ojos cerrados, y además añadirás las emociones que sientes cuando pasas estos sucesos.

Paciente: Si lo entiendo.

Terapeuta: Ahora quiero que debatas este hecho como has aprendido a hacerlo, reedifica tus creencias y sentimientos que experimentas; aceptándose incondicionalmente como persona en su totalidad.

Se le dio un tiempo aproximado de 5 minutos al paciente.

Terapeuta: Ya podrías abrir los ojos y contar tu experiencia, estás preparado para esto o quisieras tomarte un poco más de tiempo.

Paciente: No ya he podido hacerlo. Pude modificar mis creencias y las emociones que experimente en condiciones más positivas y apropiadas, e dejado de sentirme despreciable ante los demás. Pude debatir y llegar a una conclusión más sana para mí.

Terapeuta: ¿Qué tipo de debate utilizaste?

Paciente: El debate lógico, he venido trabajando anteriormente esto con las tareas que me ha dado, estoy más satisfecho por eso.

Terapeuta: La imágenes y emociones que sentiste, lo vivenciaste como reales.

Paciente: Si mucho, hasta el punto que quería llorar de nuevo, luego empecé con el debate, me di cuenta de lo erróneo de mi pensamiento y los sentimientos más adecuados que puedo sentir, si yo quiero.

3er Paso: Se dialoga con el paciente acerca de esta técnica, y se le instruye para que lo practique constantemente fuera del consultorio.

Tarea: Práctica constante de la técnica fuera del consultorio.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 10.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 11

Fecha: 05/06/2015

Objetivo:

Bloquear los primeros eslabones de la cadena de pensamientos para evitar la propagación de ideas irracionales, del esquema de infravaloración.

Técnica: Cognitiva.

- Detención del Pensamiento.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se dio la bienvenida al paciente y se le felicita por seguir viniendo y cumpliendo, con las tareas encomendadas. Posteriormente se da inició con la técnica a trabajar en esta sesión:

1er Paso: Se da a conocer al paciente la técnica a realizarse en la sesión; que consistirá en detener el pensamiento irracional antes de que este se instaure como una cadena con otras creencias irracionales.

2do Paso: se dialoga con el paciente para identificar qué idea irracional es la que más seguido viene a su mente con respecto a su problema del habla e imagen.

Terapeuta: Ahora, debemos identificar qué idea irracional es la que más se te viene a la mente y no lo puedes detener conscientemente.,

Paciente: Son estas: “Soy un idiota”, “No debí nacer”, frecuentemente estas ideas vienen a mí y no lo puedo detener, en una gran mayoría de veces.

Terapeuta: Ahora quiero que con los ojos cerrados actives conscientemente estos pensamientos irracionales (“soy idiota”, “no debí nacer”) y levantas la mano una vez evocados estos.

Paciente: Lo hare.

Paciente: Ya lo tengo en mi mente.

Quando el paciente levanto la mano se dio un fuerte golpe sobre la mesa y se gritó: “Stop, Stop”, “No más”; el paciente abrió los ojos bruscamente y dio un sobresalto.

Terapeuta: Esta es la técnica de detección del pensamiento, no te asustes. Lo haremos nuevamente hasta disminuir la intensidad de la fuerza y volumen de la voz, hasta poder hacerlo en el pensamiento, con una imagen o una palabra verbal.

Se prosiguió haciendo esta técnica hasta lograr poder instaurarlo dentro del pensamiento con una imagen y palabra verbal que decía “Stop”.

3er Paso: Se insito al paciente a realizar este ejercicio con las creencias irracionales que lo devalúan como persona y no permiten la autoceptación incondicional de sí mismo. Se sugirió también la práctica constante, fuera del consultorio.

Tarea: Práctica constante de la técnica fuera del consultorio.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 11.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 12

Fecha: 12/06/2015

Objetivo:

Descentralizar el pensamiento irracional de infravaloración a otras áreas fuera del problema.

Técnicas: Cognitivas

- Debate Filosófico.

Tiempo: 45 minutos

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente por seguir acudiendo a las sesiones e inmediatamente se pasa a trabajar con la técnica para esta sesión.

1er Paso: Se da a conocer la técnica del debate filosófico, enfatizando que se ha centrado tanto en sus problemas que se ha dejado otras áreas relevantes de satisfacción en su vida.

2do Paso: Se ofreció argumentos para que el paciente evidencie otras áreas relevantes satisfactorias de su vida. (Trabajo, salud física, amor a su familia) y descentrarse de sus problemas. Se realizó estas preguntas:

Terapeuta: ¿todavía puedes, aportar un poco de satisfacción a tu vida con todos los problemas que me referías al inicio de las sesiones, que era el malestar respecto a tú expresión del habla y tus sentimientos de autorreproches y tristeza por cómo te veían los demás?

Paciente: Claro que, si puedo aportar satisfacción a mi vida, tengo a mi madre y familia, también he podido comprender que tengo salud física y aún soy joven, tengo ganas de estudiar.

Terapeuta: ¿Crees que los problemas que mencione antes te perjudican totalmente en todas las áreas de tu vida, es decir salud, trabajo, familia, etc?

Paciente: No por supuesto que no me perjudican en todo lo que menciona, solo en parte, ya que en otras cosas si puedo estar mejor, antes me sentía muy humillado y de miedo por mi defecto al hablar y me preocupaba por cómo me veía la gente, pensaba que no había nada que me pueda consolar, me sentía atrapado. Ahora he comprendido varias cosas que me hacían daño, mis pensamientos tenían mucho que ver.

Terapeuta: ¿Crees que en tu vida; no hay nada bueno porque tener metas y disfrutar; excepto los problemas que me decías anteriormente?

Paciente: No por supuesto que no, tengo muchas metas y propósitos como los de estudiar oratoria y ser aceptado nuevamente por mi familia, además quiero trabajar para posteriormente tener planes de poder comprarme una casa. Estos problemas no pueden detenerme los tengo que superar como ya lo he venido haciendo con la práctica y las tareas que usted me ha dejado, le consta que yo estoy trabajando para esto.

Terapeuta: Si lo he podido constatar, y te felicito por esto.

Tarea: Escribir en un diario los aspectos positivos en los que puede disfrutar, motivarse y tener objetivos en su vida.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 12.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 13

Fecha: 19/06/2015

Objetivos:

- Promover en el paciente la Autoaceptación Incondicional de la totalidad de su persona.

Técnicas: Cognitivas Conductuales

- Atacar la Vergüenza.
- Autoformaciones de aceptación Racional.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se dio la bienvenida al paciente por llegar puntual y se señala que en esta sesión se terminará con el primer objetivo planteado para el proceso terapéutico, el cual fue trabajar sobre su espasmofemia y su posterior ansiedad y tristeza. El paciente refirió sobre esto:

Paciente: De acuerdo he venido trabajando con las técnicas y tareas que me ha dejado y veo que he tenido resultados buenos, ya no estoy triste, ni ansioso al hablar, me acepto como soy con mis defectos y errores, total todas las personas tenemos algunos de ellos y yo no soy la excepción.

Posteriormente se comienza con la técnica a emplear en esta sesión:

Procedimiento:

- *Atacar la Vergüenza:*

1er Paso: Se realiza una conferencia didáctica al paciente para informarle sobre la técnica.

Terapeuta: Te informare esta vez sobre la técnica de atacar la vergüenza. Te has sentido avergonzado alguna vez.

Paciente: si muchas veces, me siento demasiado avergonzado.

Terapeuta: Te explicare porque sentimos vergüenza y como actúa dañando nuestra autoaceptación total como persona. Cuando sentimos vergüenza, catalogamos nuestras acciones estúpidas y erradas de “horribles”, pero cuando realmente nos sentimos avergonzados, también hacemos una valoración de toda nuestra persona como “horrible” o “vergonzosa”. Es así como tus actos que tu consideras estúpidos o equivocados (forma de

hablar, de caminar, etc); no tienen por qué determinarte como una persona mala y hacerte despreciable, ya que son solo acciones que no pueden evaluar a la totalidad de tú persona. (Esta exposición se hizo en parte a base del libro: La Relaciones con los Demás de Ellis y Maclaren, 2004).

Terapeuta: Como te he dicho anteriormente tú tienes actos aceptables y buenos, como hacer tus tareas que presentas en cada sesión, trabajas arduamente y eso es muy digno en una persona y además cuidas a los perros eso es algo noble; pero por otro lado cuando tú te sientes avergonzado nada más te enfocas en la acción que te hace sentir despreciable u horrible y así en ese momento evalúas a toda tú persona como mala y no solo a la acción que te lleva a equivocarte, ese es el origen de la vergüenza que se puede sentir.

El paciente refirió al finalizar la exposición:

Paciente: Muy bien, pude comprender porque cuando siento vergüenza, me humillo yo sólo, y me autorreprocho muy severamente como alguien que no vale y me deprimó por eso. Tiene usted razón la vergüenza puede llevar a sentirme que como persona somos de lo peor, y son solo algunos actos, que equivocados podemos estar (risas).

2do Paso: Con lo expuesto dejamos en claro al paciente que sus actos erróneos (forma de hablar, de caminar, etc); no tienen por qué determinarlo como persona y hacerlo despreciable ya que son solo acciones que no pueden evaluar a la totalidad de su persona.

Se crea una lista de acciones para que el paciente practique está técnica independientemente de la aprobación o desaprobación de las personas. La lista se llevó a cabo y estos fueron las acordadas en la sesión:

- Hablar en público.
- Tartamudear más de lo debido.
- Hacer un disparate en público como cantar y expresar lo valioso que es él para la vida.
- Hacer chistes no grotescos, ni ofensivos para ofrecer sus productos que vende en la calle.

Terapeuta: Con esta lista vamos a practicar la técnica, antes de llevarla a acabo en tu contexto natural: vecindario, amigos, familia, etc. Esta técnica lo vas a combinar además con los debates racionales y la detección del pensamiento que hemos venido trabajando anteriormente.

Paciente: Si me agrada mucho la idea hacerlo.

Terapeuta: Cuando tú te sientas avergonzado aleja los pensamientos irracionales que te hacen sentir mal y que no te ayudan a lograr tus objetivos, práctica con los debates y la detección del pensamiento que has venido realizando, hazlo con un dialogo interno dentro de tus pensamientos.

3er Paso: Se práctica con el paciente las acciones que acaba de señalar en la lista. El paciente va evaluando las creencias irracionales que puede tener por la posible desaprobación y burlas de las personas. Estas creencias son detectadas y finalmente debatidas; llevándolo a la autoceptación incondicional de sí mismo.

4to Paso: Se sugiere al paciente realizar esta técnica junto a los debates de creencias irracionales por un promedio no menor de 10 veces; para la desinhibición de su comportamiento y la aceptación como persona falible.

Posteriormente acabada está técnica, se procede a continuar con la siguiente:

- ***Autoafirmaciones de aceptación Racional:***

Terapeuta: Ahora trabajaremos con otra técnica que se llama: autoafirmaciones de aceptación racional.

Paciente: Suena interesante, aunque la otra técnica me ha agradado mucho.

1er Paso:

Terapeuta: Repetirá en voz alta frases objetivas y alentadoras compatibles con tu vida y tus deseos de mejorar cada día en tus diferentes áreas ya sean de trabajo, familia, metas, etc. También puedes decir frases de aceptación incondicional por la totalidad de tu persona.

Paciente: Muy bien, estoy dispuesto a hacerlo.

Terapeuta: Excelente, primero haremos una lista con todas las frases alentadoras y objetivas acordes con tu propia realidad y vivencias.

Estas frases seleccionadas entre el paciente y terapeuta fueron:

- Soy una persona que puedo fallar y equivocarme como seguro lo hago diariamente y por eso no soy despreciable.
- Nunca seré un perdedor por no poder hablar correctamente, yo soy muy importante en la vida.
- Puedo equivocarme y me quiero y acepto así.
- Tengo muchas cosas buenas que dar a los demás y a mí mismo, estoy feliz por eso,
- Me quiero tal y como soy, con todos mis defectos y aciertos; soy único.

- Mis errores no me detendrán, porque no lo son todo en mi vida, yo ya comprendí eso.
- Tengo muchas acciones que las puedo hacer bien y me llenan de orgullo.
- Puedo desarrollarme cada día más si yo me lo propongo.

Terapeuta: Ahora estas frases lo diremos en voz alta y enfatizada, además quiero que lo expreses con todos tus sentimientos de alegría y orgullo por haber avanzado muy bien hasta aquí en todas las sesiones.

Paciente: Perfecto, me siento muy emocionado y alegre por ver cómo he podido avanzar hasta aquí con todas, estas frases me harán muy contento al poder expresarlo.

3er Paso: Se practicó con autoverbalizaciones mentales las frases antes señaladas.

4to Paso: Se insita al paciente a practicarlo constantemente y también en ocasiones en que pueda sentirse muy avergonzado.

Tarea: Practicar de la técnica de vergüenza; hasta la reducción de la misma y de sus creencias irracionales. (Mínimo de 10 veces). Practicar la técnica Autoformaciones de aceptación Racional, en su contexto natural.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 13.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

3.3.3. Tratamiento terapéutico del Esquema de Autocontrol Insuficiente (Conducta Impulsiva)

Sesión 14

Fecha: 26/06/2015.

Objetivos: Identificar el proceso de pensamiento y sus aplicaciones prácticas con referencia a la ira y conducta impulsiva.

Técnicas: Cognitivas y Emotivas Experienciales.

- Registro y autoobservación de la Conducta.
- Autoceptación Incondicional hacia las demás personas y hacia la vida.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente y se procede a revisar la tarea práctica que se dejó en la sesión anterior. Posteriormente se da a conocer que esta sesión y las posteriores serán para abordar el otro objetivo terapéutico que se señaló anteriormente en la sesión 4, el cual fue abordar los conflictos sociofamiliares que tiene por sus ataques de ira y de impulsividad, que le ha llevado a deteriorar sus relaciones con los demás.

Registro y autoobservación de la Conducta:

1er Paso: Se establece un dialogo con el paciente para delimitar el registro y autoobservación de creencias irracionales de su conducta impulsiva, ante las demás personas.

Terapeuta: Registraremos a través del ABC, que ya conoces las conductas que me manifestabas anteriormente que tenías de ira e impulsividad.

Paciente: Esta bien.

Terapeuta: Háblame sobre una situación donde aparece ese problema. Trata de hacerlo, dándote cuenta de tus pensamientos, emociones y actos con el ABC, que tú puedes ya manejar.

Paciente: lo registrare con el ABC.

Paciente A: Mi madre me reprocha que le haya robado dinero sin ser verdad.

Paciente B: Mi pensamiento es el siguiente: Es una injusticia, No debería pensar eso de mí, siempre me echa la culpa de todo.

Paciente: (Emociones) Las emociones que experimente fueron mucha cólera.

Paciente C: Grito fuerte para que me escuche, término insultando a mi madre o golpeando cosas.

Después del registro del ABC, se dio inició con la siguiente técnica para hacer entender al paciente, sobre sus ideas irracionales injustificadas, cuando siente ira intensa hacia los demás.

- ***Autoaceptación Incondicional hacia las demás personas y hacia la vida:***

Se le enseño al paciente con un debate didáctico, la importancia de la autoaceptación incondicional hacia las demás personas, a pesar de sus errores e imperfecciones.

Terapeuta: Te explicare de qué se trata la Autoaceptación Incondicional hacia las demás personas y hacia la vida. Así como tú eres aceptado incondicionalmente como persona, no importando tus fracasos, errores o equivocaciones que puedas tener, también las otras personas, se equivocan, cometen errores y tienen fracasos por sus actos, porque no son perfectas y eso no les convierte en despreciables o malas en su totalidad, son nada más algunas de sus acciones que no son buenas, por eso no podemos ser valorados en función de nuestros comportamientos errados. Así mismo, se puede tener en cuenta ciertas conductas o acciones de las demás personas, que no nos pueden agradar, pero eso no significa que cada aspecto de su totalidad de su ser, ha sido cien por ciento malo desde su existencia y se deba rechazar, odiar, o no tolerar por eso. ¿Qué opinas, de todo esto?

Paciente: Entiendo muy bien; ya veo que mi forma de juzgar a las personas, sobre todo en a mi madre no está justificado, pero es que lo que siento muchas veces no lo puedo contener, empiezo a sentir mucha ira por cómo me tratan.

Terapeuta: Si entiendo, pero ahora ha podido comprender mejor que ese odio no está justificado hacia nadie, porque todos podemos ser malos y actuar erróneamente verdad.

Paciente: Si lo pude comprender y me siento mucho mejor y más tranquilo por saber esto, trabajare en todo lo que me ha explicado.

Tarea: Identificar y escribir los pensamientos automáticos que conllevan a la ira e impulsividad.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 14.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 15

Fecha: 03/07/2015.

Objetivos:

- Conocer las consecuencias disfuncionales de la conducta impulsiva.
- Detectar y cambiar ideas irracionales absolutistas referentes a la ira.

Técnicas: Cognitivas.

- Debate Funcional.
- Debate Lógico.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se le da la bienvenida al paciente y posteriormente se le felicita por haber cumplido con su tarea encomendada en la sesión anterior.

Posteriormente se procede a realizar las técnicas programadas para esta sesión:

- ***Debate Funcional:***

1er Paso: Se da a conocer al paciente que se realizara una exploración de las ventajas y desventajas de su conducta impulsiva.

2do paso: El paciente después de un dialogo con el debate funcional, reconoce que su conducta impulsiva o de agresión, no le ha llevado a resolver sus problemas. Algunas preguntas que se le plantearon fueron:

Terapeuta: ¿Gritando pudiste hacer que te escucharan?

Paciente: No, no pude conseguir eso.

Terapeuta: ¿Golpeando las cosas o agrediendo a los demás lograste que te creyeran o te aceptaran como tú lo quieres?

Paciente: No, solo empeoraron las cosas, me botaron de mi casa, me consideran como alguien violento. Con estas conductas lo único que he generado ha sido mi propio rechazo.

Terapeuta: ¿Tus agresiones verbales hacia los demás han servido para que puedas cumplir tus metas personales?

Paciente: No, claro que no, más bien he conseguido meterme en más problemas que me frustran siempre.

Terapeuta: ¿Entonces a que conclusión podríamos llegar, después de dialogar sobre esto?

Paciente: A que mi conducta impulsiva no me ha llevado a que otros me comprendan como yo quiero o a tener el amor de mi familia. Me doy cuenta que tengo que cambiar esto, para lograr mis objetivos.

- **Debate Lógico:**

1er Paso: Con el debate lógico se analizó con el paciente las creencias rígidas y exigencias que tenía con respecto a sus conductas impulsivas o agresivas.

2do Paso: Se procedió al registro y autoobservación de sus creencias para la modificación de estas.

Terapeuta: Ahora te realizare otras preguntas, para que te puedas dar cuenta de lo irracional que pueden ser nuestras creencias cuando sentimos una ira intensa.

Paciente: Esta bien, estoy comprendiendo lo que me quiere decir.

Terapeuta: Cuéntame las situaciones cuando empiezas a sentir, como tú dices mucha cólera. Esta vez quiero que lo registres con el ABC.

Paciente: Si, mire estas son las situaciones:

El paciente procedió a escribirlas en una hoja, con el método del ABC de Albert Ellis.

A: Los demás me juzgar por mi apariencia; mi madre no me comprende, ni me acepta; odio que los demás quieran mangonearme.

B: Nadies me comprende, es terrible que sea así; porque mi madre no me acepta, ella debería comprenderme y aceptarme.

C: Grito fuerte, insulto, golpeo, agredo a empujones.

Cuando el paciente entrego la hoja reportando sus experiencias a través del ABC, manifestó lo siguiente.

Paciente: Me doy cuenta de lo mal que he estado actuando, porque no llego a cumplir lo que yo quiero y mi comportamiento emporra las cosas, definitivamente debo cambiar de actitud.

Terapeuta: Estas situaciones reportadas, con tus pensamientos y emociones, trataras de cambiarlas en el transcurso de esta semana, a través del debate lógico que tú ya conoces, esa va hacer tu tarea para la siguiente sesión. Estás de acuerdo.

Paciente: Tratare de hacerlo de la mejor manera posible. Muchas Gracias, en esta sesión he aprendido mucho.

Tarea: Debatir pensamientos absolutistas y cambiar por las preferencias en situaciones prácticas.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 15.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 16

Fecha: 10/07/2015.

Objetivos:

- Detectar y cambiar ideas irracionales absolutistas con referencia a la ira.

Técnicas: Cognitivas.

- Debate Lógico.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente; y se procede a revisar la tarea anterior.

1er Paso: Se da conocer que esta sesión se continuara con el debate lógico.

Paciente: He podido, hacer algunas reflexiones a través del debate lógico.

Terapeuta: Te felicito por eso, te hare de nuevo algunas preguntas sobre la sesión pasada y me responderás según el trabajo que hayas hecho a través del debate lógico.

2do Paso: Se registró el debate y las nuevas filosofías eficaces que se llegó en la sesión:

Terapeuta: Siempre deberías ser comprendido por tu madre u otras personas y si no es así, sería algo terrible y tendrían que merecer todo el odio posible.

Paciente (D): No siempre tendría que ser aceptado por los demás; no es terrible que mi madre no me entienda, ella puede no comprenderme en ese momento y en otras ocasiones sí.

Terapeuta: La vida debería ser buena bajo cualquier condición para tí, y además debería ser agradable, porque si no lo fuera así, sería algo terrible y digno de odiar mucho.

Paciente (D): La vida no siempre tiene que ser buena para mí; para ninguna persona es así, por estas cosas yo no puedo enojarme tanto.

Paciente (D): He tenido creencias equivocadas con respecto a mi madre y los demás que no me han llevado a mejorar mis problemas, si no a empeorarlas.

Terapeuta: ¿Cuáles serían las conclusiones y las emociones más saludables que experimentas luego de ese dialogo?

Paciente (E): Mi madre puede no comprenderme y reprocharme, pero eso no es terrible, ni se acaba el mundo allí; puedo fastidiarme por ese momento, pero lo supero y hablo cuando está más tranquila. Ella si me escucha cuando está tranquila.

Paciente (E): Pueden las personas no comprenderme o burlarse de mí, eso le pasa a cualquier persona en el mundo, puedo estar molesto por eso, pero no es tan horrible, ni desastroso como lo pensaba.

Emociones: Se logró cambiar en la sesión las emociones de la cólera intensa a emociones más saludables como un poco de molestia o irritación. Se identificó a través del inventario de síntomas que registró el malestar experimentado a través de una escala del 1 al 10.

Tarea: Práctica constante hasta obtener resultados favorables en su ambiente natural. Anotar en un registro de autoobservación y conducta sus creencias respecto a la ira y debatirlas frecuentemente.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 16.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 17

Fecha: 17/07/2015.

Objetivos:

- Identificar la emoción más apropiada y racional.

Técnicas: Emotivas/ Experienciales.

- Imágenes Emotivas Racionales.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida al paciente y se le felicita por su constancia en el tratamiento, posteriormente se le revisa la tarea encomendada en la sesión anterior. Luego de este procedimiento se pasa a realizar la técnica que se llevara a cabo en esta sesión.

1er Paso: Se indica al paciente que se trabajara con las imágenes emotivo racionales como en las sesiones pasadas; pero en está ocasión para el control de su conducta, respecto a la ira y su impulsividad.

2do Paso: Con el procedimiento que el paciente ya conoce; se sugiere esta vez experimentar una situación y emoción intensa respecto a su conducta agresiva y cambiar con los debates aprendidos a emociones y creencias más saludables. El paciente logra lo señalado por la práctica anteriormente aprendida a través de los debates y emociones ya experimentadas en los mismos.

Terapeuta: Ahora, realizaremos las imágenes emotivas racionales, que ya conoces. Seleccionaras una conducta impulsiva que tenías frecuentemente y harás un debate o detección del pensamiento para poder experimentar otras emociones y una conducta más adecuada.

Paciente: La conducta impulsiva que más he tenido es con respecto a mi madre, porque con ella sentía mucha cólera, experimentare con esa situación.

Después de unos 5 minutos el terapeuta, pregunta:

Terapeuta: Ya pudiste cambiar tus pensamientos y emociones, de la situación que me señalabas.

Paciente: Si ya lo hice, fue más fácil ahora; ya no siento mucha cólera, además trate de comprender porque mi madre se comporta a veces así conmigo (gritándome o regañándome sin motivo, debe de tener algún problema personal) no es tan terrible como yo pensaba antes.

Tarea: Práctica constante hasta obtener resultados favorables en su ambiente natural. Registrar situaciones.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 17.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 18

Fecha: 24/07/2015.

Objetivos:

- Poder seleccionar la respuesta más adecuada ante un hecho que provoca ira y conductas impulsivas.

Técnicas: Cognitivas.

- Tarjetas de Aviso (Flash Cards).

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se da la bienvenida y se felicita al paciente por su constante continuidad en el tratamiento y se procede a la revisión de la tarea encomendada en la sesión anterior.

Posteriormente se realiza la técnica que se trabajara en esta sesión:

1er Paso: Se da a conocer al paciente sobre la técnica y se recomienda que las tarjetas elaboradas serán llevadas siempre por el paciente, para poder utilizarlas en el momento adecuado.

Terapeuta: Has escuchado sobre las tarjetas flash Cards

Paciente: No, lo he escuchado antes, de que se trata.

Terapeuta: Son tarjetas que vamos a elaborar con tu participación seleccionando tus mejores respuestas y las creencias más racionales con respecto a la ira intensa que puedas experimentar.

Paciente: Me parece estupendo, hagámoslo.

Terapeuta: Primero seleccionaremos, tus conductas que te llevaban anteriormente a experimentar un intenso odio y a tener después una conducta impulsiva.

Paciente: Ya he podido registrar esas situaciones, recuerda que, para los debates, tuve que hacer una lista de los sucesos que me llevaban a sentir un profundo odio y agredir.

Terapeuta: Si recuerdo, a base de eso, vamos a elaborar las tarjetas con este modelo:

2do Paso: Se proceden a elaborar las tarjetas para cada creencia irracional que conllevan a una intensa ira y posteriormente a una conducta impulsiva, y se especifican las contrargumentaciones a través de los debates racionales e imágenes emotivas, para poder anular estas creencias disfuncionales.

Modelo de Tarjeta, que se utilizó en esta sesión:

TARJETA DE AVISO “FLASH CARD”		
○ Situación que provoca intensa Ira e Impulsividad:		
✓ Identificación de la creencia Irracional:	Esta creencia me causa muchas emociones de malestar que son:	Esta creencia, me causa los siguientes problemas: Esta creencia no me lleva a cumplir con mis objetivos, los cuáles son:
✓ Puedo identificar esta creencia, más racional y acorde con la realidad:	Estas emociones son las más agradables, respecto a esta situación:	Esta conducta es la que mejor resulta para mí y los demás: Esta creencia me ayuda a salir más airoso de esta situación, sin perjudicarme a mí, ni a los demás, porque:

3er Paso: Se hace un ensayo previo en la utilización de las tarjetas y conductas que se llevara a cabo en su contexto natural.

Terapeuta: Estas tarjetas lo deberás forrara con cinta y lo llevaras siempre contigo para utilizarlo, en el momento que lo puedas necesitar.

Paciente: Perfecto, me parece una buena idea.

Tarea: El paciente debe llevarlas siempre consigo y acudir a ellas antes o durante los instantes en que el esquema se puede activar.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 18.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

Sesión 19

Fecha: 31/07/2015.

Objetivos:

- Construir las mejores creencias racionales y respuestas apropiadas, en el transcurso de su vida cotidiana.

Técnicas: Cognitivas.

- Diario de Esquemas Saludables.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento:

Se le felicita al paciente por haber asistido permanentemente a las sesiones de tratamiento y se le indica la finalización del mismo, previo acuerdo en la alianza terapéutica. Posteriormente se le señala que se le hará un seguimiento para saber cómo ha podido manejar todo lo trabajado en el programa de intervención.

1er Paso: Se le señala al paciente que esta sesión se trabajará con un diario, el cual se le entrega y se le da a conocer que en el registrará acontecimientos, creencias racionales y conductas adecuadas que va logrando a través de la práctica, lo trabajado en el programa de intervención, en su contexto natural (hogar, vecindario, amigos, etc).

Terapeuta: En este diario denominado diario de esquemas, registrarás tus creencias racionales, conductas adecuadas y emociones sanas que puedes lograr en situaciones que me señalabas antes de problemáticas o que te causaban malestar.

Paciente: Creo que esto resultara, también si pongo los objetivos que quiero lograr para cada conducta.

Terapeuta: Muy bien, eso es mucho mejor todavía.

2do Paso: El paciente procede en la sesión a escribir en el diario los acontecimientos donde ya puso en práctica su conducta y emociones saludables, trabajados en el programa.

4to Paso: Se recomienda al paciente a recurrir al diario para observar el progreso de su conducta y su crecimiento personal.

5to Paso: Se da por concluido con el programa de intervención, previo acuerdo con el paciente, incitándolo a practicar todas las técnicas adquiridas durante el proceso de tratamiento.

Terapeuta: Bueno, hemos llegado al final del programa de intervención, me dio mucho gusto tu entusiasmo y tu participación activa dentro del programa, haz hecho realmente un excelente trabajo.

Paciente: Estoy muy motivado a seguir trabajando en mis pensamiento y emociones saludables, he aprendido a sentirme muy bien con los debates y las otras técnicas que me enseñó todo este tiempo, gracias por todo.

Tarea: Escribir diariamente las respuestas adecuadas ante sus esquemas de impulso e ira.

Inventario de Síntomas: Se procedió a medir el estado de malestar experimentado en la sesión 19.

Conclusión: Se lograron los objetivos planteados.

SEGUIMIENTO

Se debe aclarar que en estas sesiones no se realizó ningún tratamiento, ya que esto se dio por finalizado, en la sesión 19. No obstante se limitó a dar sugerencias para la mejora de las creencias, conductas y emociones del paciente.

1era Sesión de Seguimiento:

Fecha: 01/09/2015

Objetivos:

- Evaluar la evolución de los síntomas y esquemas trabajados en el programa de intervención cognitiva conductual.

Observaciones:

- El paciente acudió a consulta; manifestando resultados favorables en cuanto a la espasmofemia que padecía (ansiedad anticipatoria al hablar).
- Refirió que la práctica de la técnica para atacar la vergüenza pudo tener resultados con respecto a sus pensamientos de infravaloración.
- Manifestó la autoaceptación incondicional por parte de uno mismo; y la tolerancia con respecto a los desacuerdos y burlas que podía sufrir de otros.
- El debate filosófico manifestó que le había ayudado a entender su posición de poder disfrutar de la vida, con respecto a otras personas que no pueden poseer su salud física.

Evolución de los Síntomas y Esquemas

Los síntomas que refirió el paciente fueron la dependencia a medicamentos para dormir (clonazepam) que estuvo recetado por un psiquiatra. La disminución farmacológica progresiva de los medicamentos añadió que no fueron los resultados esperados, ni el tratamiento que el psiquiatra llevo a cabo para este problema de insomnio y dependencia farmacológica.

2da Sesión de Seguimiento:

Fecha: 27/11/2015

Objetivos:

- Evaluar la evolución de los síntomas y esquemas trabajados en el programa de intervención cognitiva conductual.

Observaciones:

- El paciente manifiesta sentirse bien con respecto a su imagen, defectos y errores que tiene como persona.
- Busca constantemente nuevos trabajos para poder sustentar ingresos económicos que le puedan servir para estudiar oratoria o teatro.

Sugerencias:

- Practica constante de los debates racionales y meditación sobre los esquemas saludables, entregados en la primera sesión de seguimiento.

Síntomas y Esquemas:

- Tristeza por la muerte de su abuela; pero entiende que estaba sufriendo y era lo mejor. Frustración por saber que los médicos cometieron negligencia.
- Pensamientos de preocupación evidenciados en la realidad por problemas en el alquiler de su habitación.
- El paciente refiere que acusa problemas con su madre; ya que ella no acepta comportamientos que él tiene como llegar tarde a su casa, poner su reciclaje sobre su cuarto, poner a todo volumen su música, etc. Toda esta situación es incómoda manifiesta, ya que él quiere que su familia lo acepte totalmente.
- Problemas continuos con la dependencia a los fármacos para dormir. Refiere que el psiquiatra ya le dio de alta.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Criterio del Paciente

El paciente al término de las sesiones, manifiesta asumir creencias racionales de autoaceptación incondicional total por su propia persona (“Me quiero tal y como soy, con todos mis defectos y aciertos”) y una disminución de sus autoexigencias para poder valorarse él mismo (“puedo no hablar bien o caminar mal, eso no me convierte en una persona con menos valor que otras”), estos pensamientos menciona que anteriormente eran irracionales y le causaban malestar como tristeza y ansiedad e incrementaba su problema del habla. Así mismo, el paciente refiere que el grado de espasmofemia se ha reducido considerablemente con la técnica de atacar la vergüenza, ya que le permite exagerar su defecto del habla y así sucede un estado contrario, donde puede hablar correctamente. En sus interacciones con los demás manifiesta que ya no tiene esos pensamientos irracionales (“soy un idiota”, “mongolo”, “no debí nacer”) que dañaban su autoestima y le causaba espasmofemia, mucha ansiedad y tristeza. Por otro lado, refiere que la impulsividad e ira frecuente que presentaba en algunas ocasiones con su familia y vecinos, ha podido autocontrolarlo, gracias al cambio de creencias que se trabajó en el programa, estas ideas racionales manifiesta que fueron la autoaceptación incondicional de las otras personas y de las circunstancias de la vida, y la búsqueda de evidencias lógicas y empíricas con respecto a la ira. Así mismo, menciona que se redujo las autoexigencias o demandas intensas de tener la aprobación, comprensión y amor de los demás, esto lo ha llevado a un acercamiento con su familia y otras personas. Finalmente, el paciente manifiesta que viene trabajando con las

técnicas aprendidas en el programa para afianzar su conducta racional que le ha llevado a sentirse mucho mejor consigo mismo y poder relacionarse de manera más adecuada con los demás.

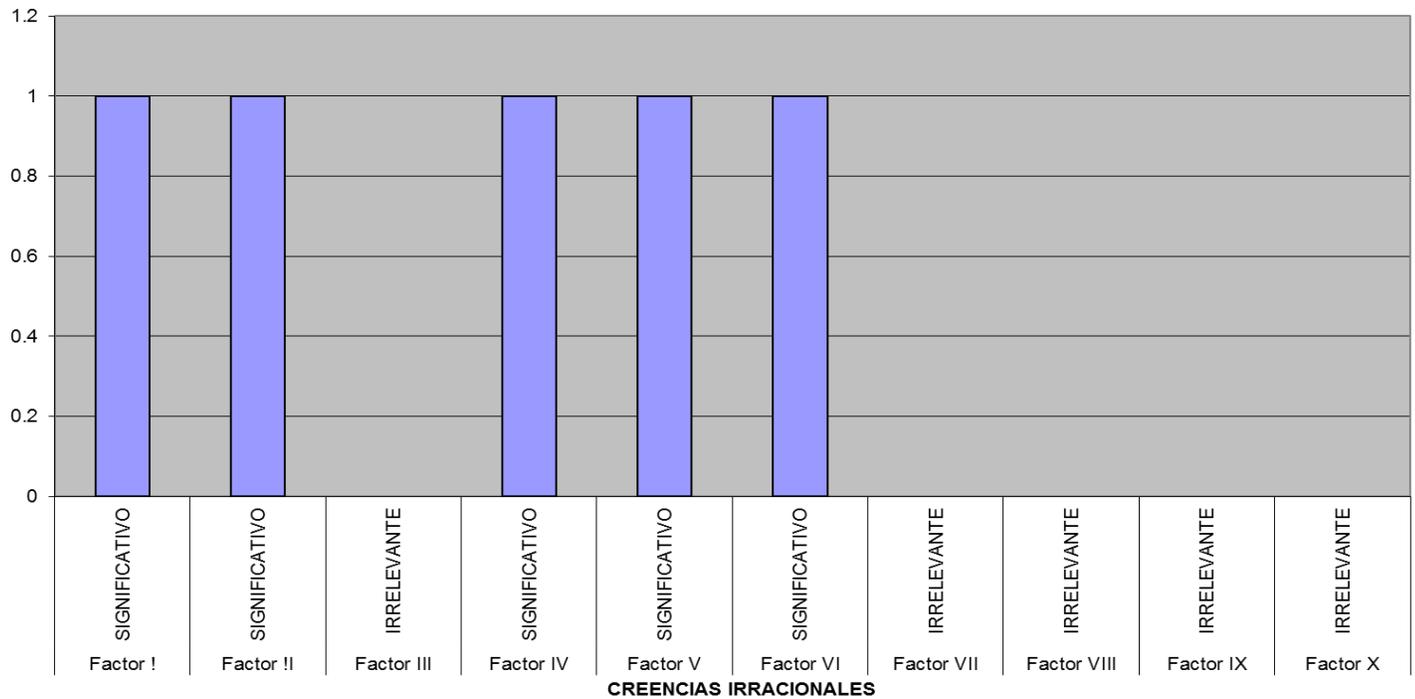
4.3. Criterio Psicométrico

A continuación, se presenta los resultados obtenidos en las pruebas del Inventario de Creencias Irracionales de Ellis y el Inventario de Conducta Racional de Shorkey y Whiteman aplicados en la evaluación y finalización del programa de intervención:

- **Inventario de Creencias Irracionales de Ellis**

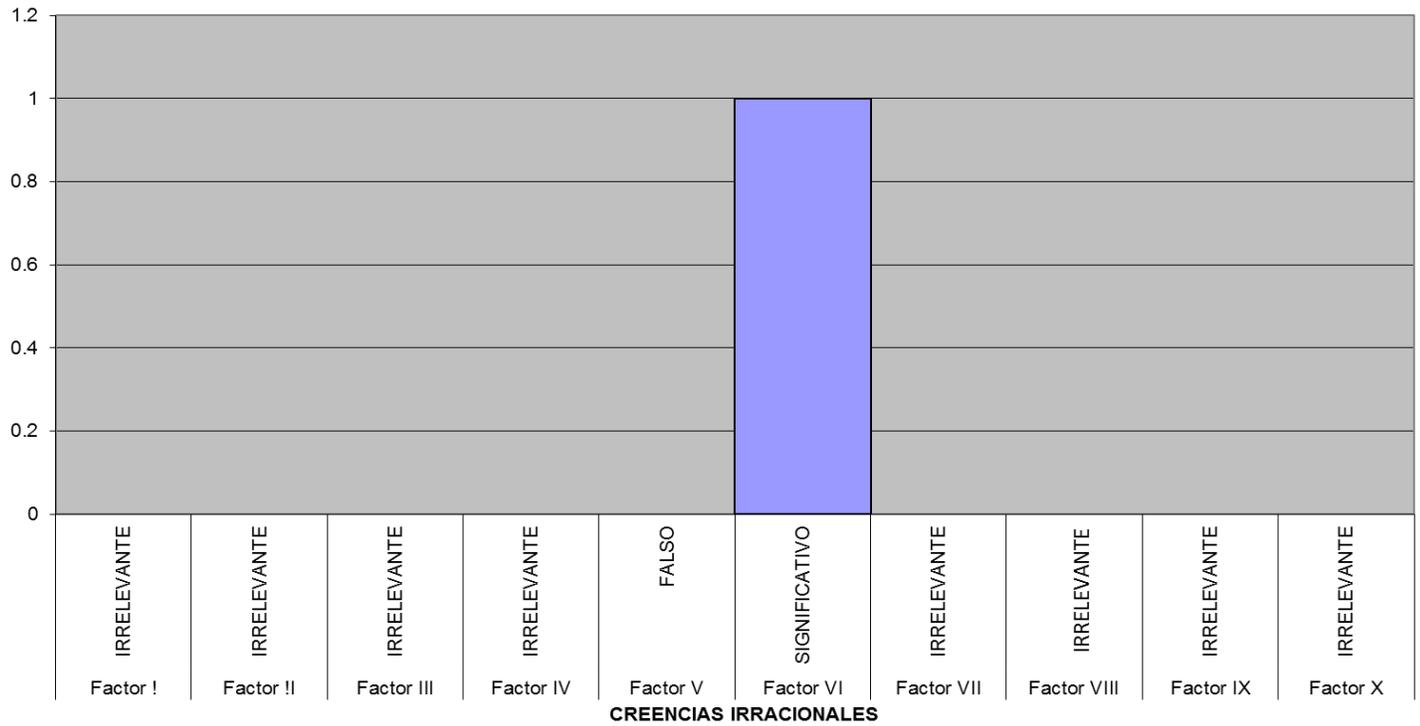
PERFIL DE GRAFICO PRE-TEST: Resultados de los factores de creencias irracionales significativos en los factores I, II, IV, V y VI.

PERFIL GRAFICO DE RESULTADOS



PERFIL DE GRAFICO POS-TEST: Se evidencia una reducción significativa de creencias irracionales en comparación al pre-test. El factor VI se mantuvo estable en relación al Pre-Test y Post-Test.

PERFIL GRAFICO DE RESULTADOS

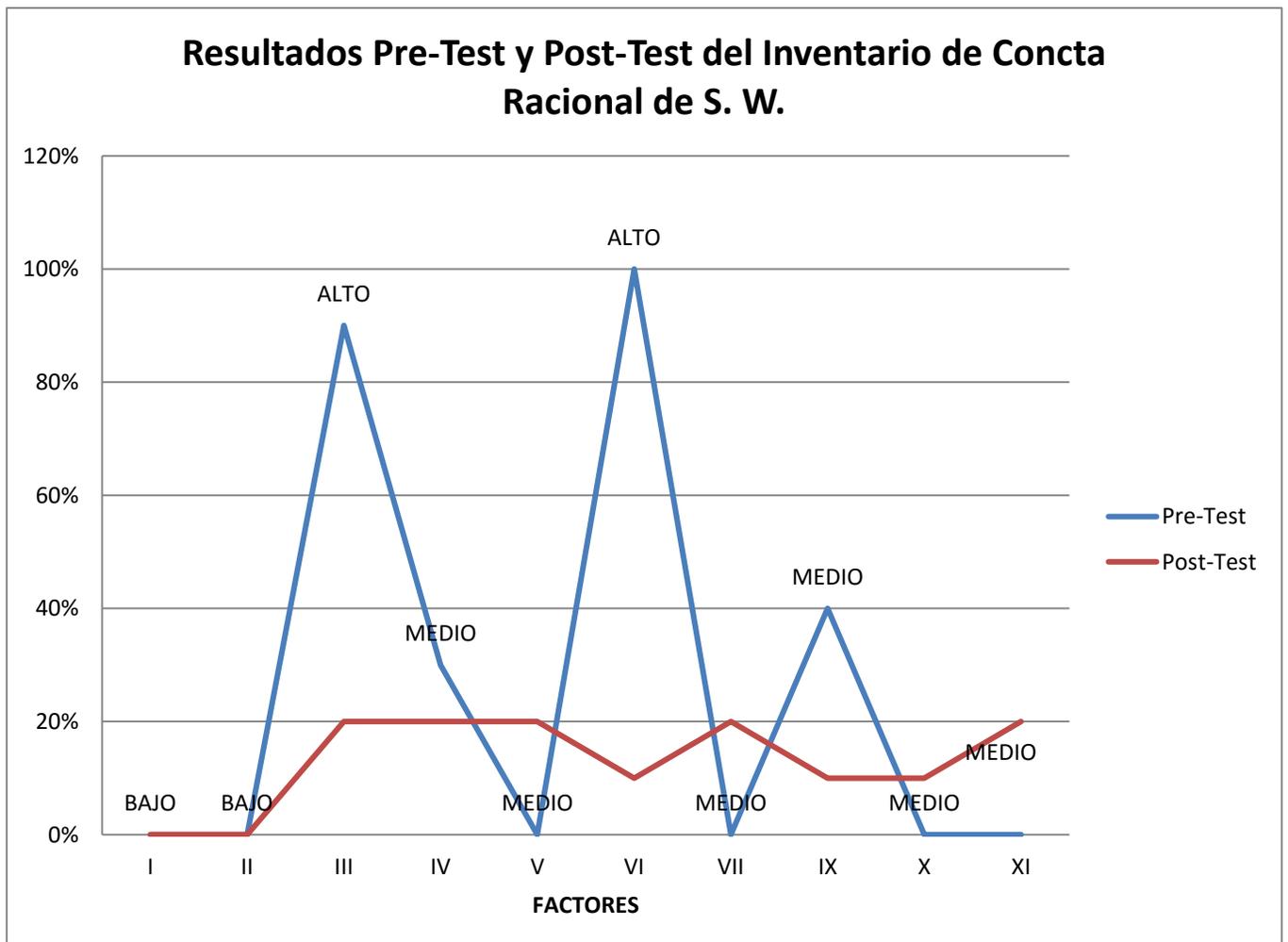


RESULTADOS DEL PRE - POS TRATAMIENTO		
Prueba	Pre-Tratamiento (Factores)	Pos-Tratamiento (Factores)
Inventario de Creencias Irracionales de Ellis	<ul style="list-style-type: none"> • Factor I: Necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación. • Factor II: Ser infalibles o constantemente competentes y casi perfectos. • Factor IV: Catastrofismo por las cosas. • Factor V: Las circunstancias externas causan la mayoría de las miserias humanas. • Factor VI: Temor y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Factor I: No hay presencia significativa de creencia Irracional. • Factor II: No hay presencia significativa de creencia Irracional. • Factor IV: No hay presencia significativa de creencia Irracional. • Factor V: No hay presencia significativa de creencia Irracional. • Factor VI: Temor y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

- **Inventario de Conducta Racional de Shorkey & Whiteman**

GRAFICO: PERFILES DE LOS RESULTADOS PRE-TEST Y POST TEST

- Existe presencia significativa o alta de los factores III y VI según los resultados del Pre-Test.
- No hay presencia de factores significativos o altos de conducta irracional presentes en el Post-test.



RESULTADOS DEL PRE - POS TRATAMIENTO		
Prueba	Pre-Tratamiento (Factores)	Pos-Tratamiento (Factores)
Inventario de Conducta Racional de Shorkey Whiteman	<ul style="list-style-type: none"> Factor III: Perfeccionismo: Demanda de la perfección en todas las áreas de la Conducta. Factor VI: Sentimientos de Culpa: Culpas y penas del yo y otros, por errores, pecados e injusticia. 	<ul style="list-style-type: none"> Factor III: No hay presencia de indicadores altos o significativos de conducta irracional. Factor VI: No hay presencia de indicadores altos o significativos de conducta irracional.

4.4. Criterio Clínico

En lo que respecta al criterio clínico, se ha podido demostrar resultados eficientes, que fueron los objetivos de nuestro programa, esto se manifiesta en disminución del esquema de infravaloración que tenía como síntomas a la tristeza, ansiedad y espasmofemia y el esquema de autocontrol insuficiente que repercutía sobre síntomas ira intensa y una conducta impulsiva. Así se podemos ver reflejado en el programa cambios o filosofías eficaces a través de creencias racionales como la autoaceptación incondicional hacia uno mismo (“Me quiero tal y como soy, con todos mis defectos y aciertos”) y creencias de autoaceptación incondicional hacia los demás (“Pueden las personas no comprenderme o

burlarse de mí, eso le pasa a cualquier persona en el mundo, pero no es tan horrible, ni desastroso como lo pensaba antes”) , reducción de autoexigencias o imperativos sobre su valía como persona (“puedo no hablar bien o caminar mal, eso no me convierte en una persona con menos valor que otras”), reducción de autoexigencias o imperativos sobre la necesidad de comprensión, aprobación y amor de los demás (“No siempre tendría que ser aceptado por los demás”; “no es terrible que mi madre no me entienda”) , búsqueda de evidencias empíricas y lógicas ante hechos considerados catastróficos, de vergüenza e ira, y responsabilidad ante el cambio de sus pensamientos y conductas que incentivan nuevas filosofías y creencias racionales eficaces en su vida (“Puedo desarrollarme cada día más si yo me lo propongo”) .

A continuación, se presenta los resultados del criterio clínico a través de un inventario o escala de síntomas que se realizó al finalizar cada sesión y donde el paciente indicaba una puntuación del 1 al 10, siendo el mayor número la causa de un malestar mayor y el menor la consecuencia de la superación del síntoma o del bienestar experimentado. (Esta técnica se especifica en la pág. 85). Se debe detallar que esta escala permitió registrar el nivel de malestar experimentado y llegar a las conclusiones clínicas, luego del trabajo terapéutico de cada sesión, según los objetivos planteados. Así se pudo, determinar clínicamente a través de este inventario la reducción o disminución de los esquemas y síntomas que fueron objetivos de este programa de intervención cognitivo-conductual.

4.4. 1. Resultados de la Evaluación- Pre Tratamiento.

Sesiones	Técnica	Resultados	Escala de Síntomas
Sesión 1	Entrevista. Observación. Anamnesis. (Tiempo: 60 minutos).	Síntomas de ansiedad, tristeza, ira e impulsividad.	9
Sesión 2	Inventario Clínico Multiaxial de Millon II Anamnesis. Examen Mental. (Tiempo: 60 minutos).	Personalidad Bordelinde. Distorsiones Cognitivas: Falacia de control, Catastrofismo razonamiento emocional, pensamiento dicotómico.	8
Sesión 3	Prueba de conducta Racional de S.H. Aplicación de Tests proyectivos. Anamnesis. (Tiempo: 60 minutos).	Atribuciones de culpa. Conducta evitativa. Pensamiento de Catastrofismo.	9
Sesión 4	Inventario de Creencias Irracionales de Ellis	Identificación alta o significativa de 5 creencias irracionales.	9

4.4.2. Resultados Durante el Tratamiento

4.4.2.1. Disminución del Esquema de Infravaloración

Disminución de los Síntomas: Ansiedad, tristeza y espasmofemia.

Sesiones	Técnica	Resultados	Escala de Síntomas
Sesión 4 y 5	Relajación Progresiva de Jacobson. Tiempo:60 minutos	Disminución de ansiedad a través de la relajación muscular progresiva. Experiencia de ansiedad, tristeza y espasmofemia.	4
Sesión 6: Técnicas Cognitivas. Técnicas Emotivo Experienciales.	Debate educativo Autoceptación Incondicional de la Persona. (Tiempo: 60 minutos).	Entendimiento progresivo de la terapia racional emotiva. Experiencia de ansiedad, tristeza y espasmofemia.	7
Sesión 7: Técnicas Cognitivas.	Debate Funcional. (Tiempo: 45 minutos).	Entendimiento de las conductas y emociones que llevan a estados de malestar: tristeza, ansiedad e inhibición, impidiendo sus objetivos personales. Experiencia de ansiedad, tristeza y espasmofemia.	6

Sesiones	Técnica	Resultados	Escala de Síntomas
Sesión 8: Técnicas Cognitivas.	Debate Empírico. Tiempo (45 minutos).	Concientización y reflexión acerca de las creencias erróneas; no acordes con los hechos que se evidencia en la realidad. Disminución gradual de estados emocionales de tristeza, ansiedad, inhibición y espasmofemia.	4
Sesión 9: Técnicas Cognitivas.	Debate Lógico. (Tiempo: 45 minutos).	Modificación de creencias irracionales absolutistas y exigentes en preferencias y deseos acordes con la realidad. Disminución gradual de estados emocionales de tristeza, ansiedad, inhibición y espasmofemia.	4
Sesión 10: Técnicas Emotivo Experienciales.	Imágenes Emotivas Racionales	Experimentación de creencias racionales y emocionales sanas. Disminución gradual de estados emocionales de tristeza, ansiedad, inhibición y espasmofemia.	3

Sesiones	Técnica	Resultados	Escala de Síntomas
Sesión 11: Técnicas Cognitivas.	Detención del Pensamiento (Tiempo: 45 minutos)	Entrenamiento en detención y modificación de creencias irracionales que causan malestar psíquico y emocional. Disminución gradual de estados emocionales de tristeza, ansiedad, inhibición y espasmofemia.	3
Sesión 12: Técnicas Cognitivas.	Debate Filosófico. (Tiempo: 45 minutos)	Instauración u motivación de creencias racionales satisfactorias, sobre aspectos positivos y relevantes en su vida (trabajo, familia, salud). Disminución gradual de estados emocionales de tristeza, ansiedad, inhibición y espasmofemia.	2
Sesión 13: Técnicas Cognitiva Conductual	Atacar la Vergüenza. Autoafirmaciones de aceptación Racional (Tiempo 60 minutos)	Autoaceptación total de su persona, independientemente de sus errores y fracasos. Eliminación gradual del esquema de infravaloración. Disminución gradual de estados emocionales de tristeza, ansiedad, inhibición y espasmofemia.	2

4.4.2.2. Disminución del Esquema de Autocontrol Insuficiente

Disminución de los Síntomas: Ira e impulsividad.

Sesiones	Técnica	Resultados	Escala de Síntomas
Sesión 14 Técnicas Cognitivas	Registro y autoobservación. Autoceptación Incondicional hacia los demás. (Tiempo: 60 minutos)	Autoconciencia de sus propias ideas irracionales que promuevan su ira e impulsividad. Experiencia de Ira e impulsividad.	8
Sesión 15 Técnicas Cognitivas	Debate Funcional. Debate Lógico. (Tiempo: 60 minutos)	Autoconciencia de la disfuncionalidad de su conducta, respecto a la ira e impulsividad experimentada. Modificación de ideas irracionales con respecto a la ira. Disminución de la experiencia de Ira e impulsividad.	6
Sesión 16: Técnica Cognitivas.	Debate Lógico. (Tiempo: 45 minutos)	Creencias asertivas ante la ira intensa. Disminución de la experiencia de Ira e impulsividad.	4

<p>Sesión 17: Técnicas Emotivo/ Experienciales.</p>	<p>Imágenes Emotivo Racionales (Tiempo: 45 minutos).</p>	<p>Disminución gradual de la ira e impulsividad. Estados emocionales más agradables; por la disolución de creencias irracionales absolutistas.</p> <p>Disminución de la experiencia de Ira e impulsividad.</p>	<p>3</p>
<p>Sesión 18 Técnicas Cognitivas- Conductuales.</p>	<p>Tarjetas de Aviso (Flash Cards). (Tiempo: 45 minutos)</p>	<p>Autocontrol racional de las situaciones de ira e impulsividad.</p> <p>Disminución de la experiencia de Ira e impulsividad.</p>	<p>3</p>
<p>Sesión 19 Técnicas Cognitivas.</p>	<p>Diario de Esquemas Saludables. (Tiempo: 45 minutos)</p>	<p>Manejo adecuado de las situaciones que producen ira e impulsividad.</p> <p>Disminución de la experiencia de Ira e impulsividad.</p> <p>Eliminación gradual del esquema autocontrol insuficiente.</p> <p>Reforzamiento positivo de la eficacia de su conducta funcional.</p>	<p>2</p>

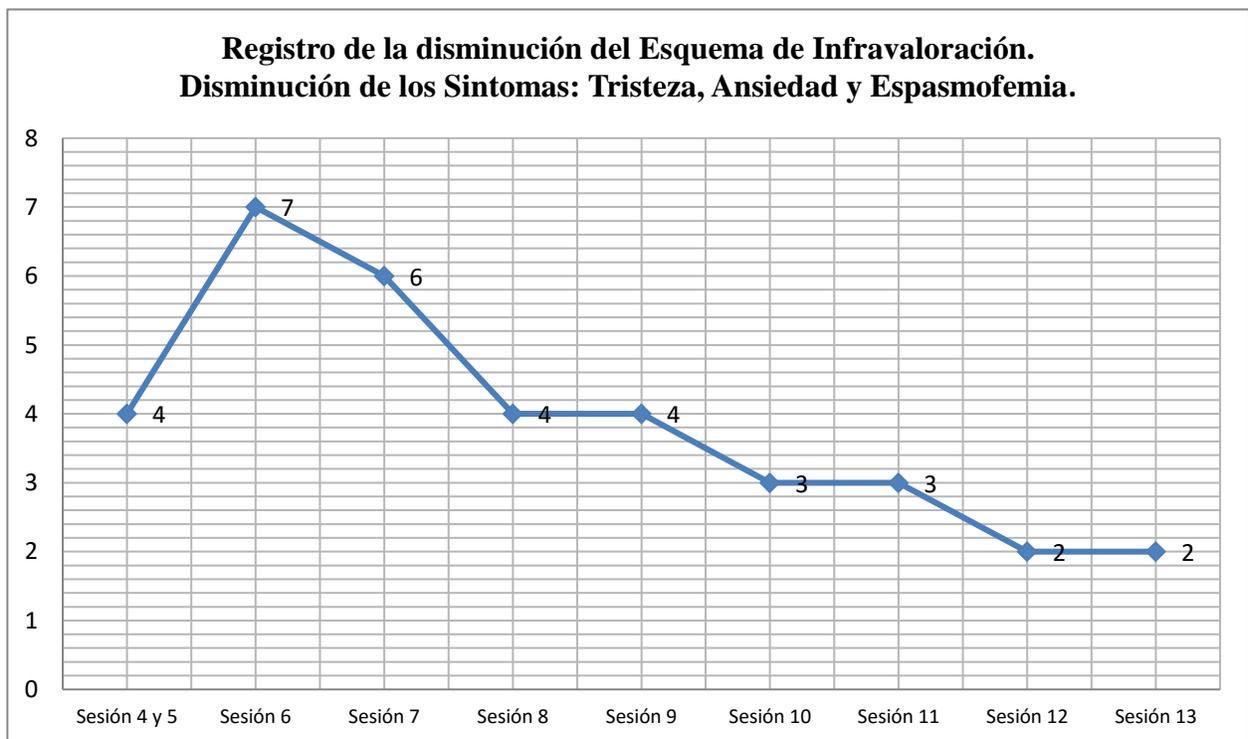
4.4.2.3. Registro Clínico de la Disminución de los esquemas de Infravaloración y Autocontrol Insuficiente.

Como se manifestó anteriormente se registró la disminución de los esquemas disfuncionales y síntomas a través de este Inventario:

Malestar Ligero			Malestar Moderado				Malestar Extremo		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

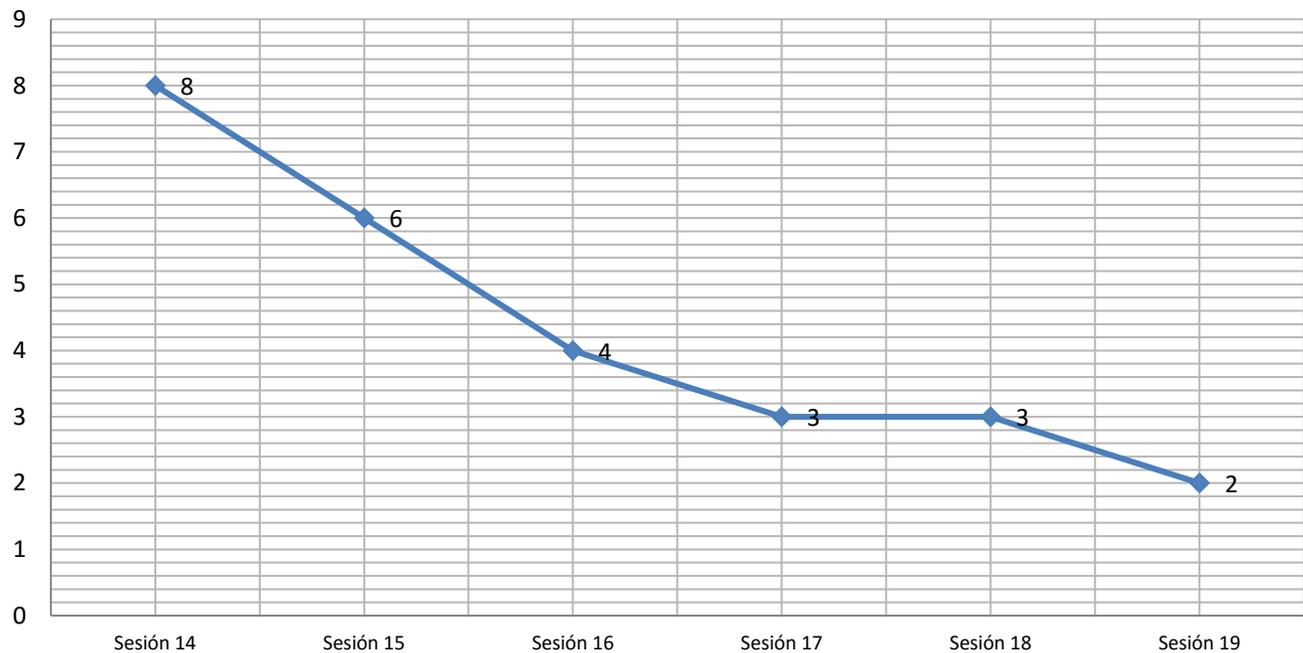
Fuente: Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. McKaY, Davis y Fanning. (1985).

Estos gráficos evidencian la disminución de los Síntomas durante y en la finalización del Tratamiento:



ESQUEMA DE INFRAVALORACIÓN		
Escala de Malestar.	Disminución de los síntomas de tristeza, ansiedad y espasmofemia.	Nivel de los Síntomas.
Sesión 4 y 5	4	Malestar Moderado.
Sesión 6	7	Malestar Moderado.
Sesión 7	6	Malestar Moderado.
Sesión 8	4	Malestar Moderado.
Sesión 9	4	Malestar Moderado.
Sesión 10	3	Malestar ligero.
Sesión 11	3	Malestar Ligero.
Sesión 12	2	Malestar Ligero.
Sesión 13	2	Malestar Ligero.

**Registro de la disminución del Esquema de Autocontrol Insuficiente.
Disminución de los Síntomas: Ira e Impulsividad.**



ESQUEMA DE AUTOCONTROL INSUFICIENTE		
Escala de Malestar.	Disminución de los síntomas de ira e impulsividad.	Nivel de los Síntomas.
Sesión 14	8	Malestar Extremo
Sesión 15	6	Malestar Moderado
Sesión 16	4	Malestar Moderado
Sesión 14	3	Malestar ligero
Sesión 15	3	Malestar Ligero
Sesión 16	2	Malestar Ligero

4. Repercusión del tratamiento en el Esquema Maladaptativo de Abandono

La modificación del esquema de abandono que causa en el paciente los continuos intentos de suicidio y depresión (Ver explicación de la Figura 19: Esquema Temprano Maladaptativo de Abandono e Inestabilidad. Pg. 139) no se pudo trabajar en el programa por no poseer las condiciones adecuadas para el tratamiento. (Apoyo interdisciplinario, internamiento en un centro de salud mental, programa de extensión “Terapia Dialéctica”). Sin embargo, el programa de intervención cognitiva mostró resultados clínicos y psicométricos favorables en la modificación del esquema de abandono, gracias al cambio terapéutico que se vio influenciado por la modificación de otras estructuras cognitivas como el esquema de infravaloración y autocontrol insuficiente. Corresponde enfatizar que para este esquema, se debe tener un trabajo interdisciplinario aún más extenso y prolongado (2 años, como sugiere la Terapia Dialéctica), que pueda mantener los resultados eficaces en el tiempo y sin peligros de futuras recaídas, por el bienestar del paciente. Estos resultados se ven expuestos a través del clínico y psicométrico en la siguiente tabla:

MODIFICACIÓN DEL ESQUEMA MALADAPTATIVO DE ABANDONO

<p>Criterio Clínico Psicológico</p>	<p>El paciente llega a la autoaceptación incondicional de su familia y sociedad, con creencias flexibles como: “No siempre tendría que ser aceptado por los demás”; “no es terrible que mi madre no me entienda, ella puede no comprenderme en ese momento y en otras ocasiones sí”, “puedo estar molesto un poco, pero no es tan horrible, ni desastroso que me puedan rechazar, como lo pensaba antes”.</p> <p>Así mismo el paciente no presenta imperativos o demandas rígidas, para obtener la aprobación, comprensión y aceptación total de su familia y sociedad que creaba anteriormente una creencia irracional catastrófica: “Intento suicidarme porque no puedo soportar la humillación y el abandono” que activaba el esquema maladaptativo de abandono, con sentimientos de intensos de rechazo y soledad.</p> <p>Además el paciente presenta autocontrol ante la ira con creencias como “con mis impulsos de cólera no he conseguido mis objetivos personales, actuar así no me sirve”, “las personas cometen errores, igual que yo lo hago, los acepto ahora y trato de comprenderlas”; esto lleva a la familia y otras personas, a un acercamiento físico y emocional con él, que hace más saludable sus interacciones y crea una inmunidad psicológica ante el esquema de abandono, por obtener vínculos físicos y afectivos de apoyo.</p>
<p>Criterio Psicométrico</p>	<p>No hay indicadores de catastrofismo por abandono. (Creencias más racionales de autoaceptación personal).</p> <p>No hay indicadores de necesidad absoluta para uno tener el amor y la aprobación. (Madre, familia, vecinos, etc).</p> <p>No hay indicadores de Sentimientos de Culpa. (No hay autocrítica de fallas y errores que no le permitan ser aceptado familiar y socialmente).</p>

CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio de caso de un paciente de 32 años con el diagnóstico trastorno límite de la personalidad. Entre los problemas más relevantes se encontraban los intentos continuos de suicidio, la espasmofemia, las agresiones verbales y no verbales hacia su familia y vecinos y el insomnio que padece desde los 18 años por dependencia a medicamentos. Se realizó la evaluación con las técnicas de entrevista, observación y los instrumentos del Inventario Clínico Multiaxial Millon II; Pruebas Proyectivas (figura humana de Karen Machover y el test proyectivo de la persona bajo la lluvia); Inventario de Conducta Racional de Shocker y Whiteman y el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis; así mismo con estos dos instrumentos se realizó una evaluación pretest-postest para identificar los resultados psicométricos. La intervención fue de corte cognitivo conductual; el cual se programó en 19 sesiones con el objetivo de reducir los esquemas de infravaloración y autocontrol insuficiente; para los cuales se utilizaron técnicas cognitivas como el debate racional, empírico, funcional y filosófico; técnicas emotivas como imágenes emotivas racionales y técnicas conductuales como atacar la vergüenza. Los resultados obtenidos a través del criterio psicométrico demuestran una reducción significativa de creencias irracionales de aprobación absoluta, perfeccionismo y

competencia, catastrofismo, sentimientos de culpa y control externo. Por otro lado, los resultados a través del criterio clínico psicológico revelan la disminución de los síntomas de ansiedad, tristeza, inhibición y espasmodia del esquema de infravaloración, y reducción de los síntomas de impulsividad (golpes, insultos) e ira intensa del esquema de autocontrol insuficiente. Así mismo, se pudo evidenciar cambios o filosofías eficaces a través de creencias racionales como la autoaceptación incondicional hacia uno mismo (“Me quiero tal y como soy, con todos mis defectos y aciertos”) y creencias de autoaceptación incondicional hacia los demás (“Pueden las personas no comprenderme o burlarse de mí, eso le pasa a cualquier persona en el mundo, pero no es tan horrible, ni desastroso como lo pensaba antes”), reducción de autoexigencias o imperativos sobre su valía como persona (“puedo no hablar bien o caminar mal, eso no me convierte en una persona con menos valor que otras”), reducción de autoexigencias o imperativos sobre la necesidad de comprensión, aprobación y amor de los demás (“No siempre tendría que ser aceptado por los demás”; “no es terrible que mi madre no me entienda”), búsqueda de evidencias empíricas y lógicas ante hechos considerados catastróficos, de vergüenza e ira, y responsabilidad ante el cambio de sus pensamientos y conductas que incentivan nuevas filosofías y creencias racionales eficaces en su vida (“Puedo desarrollarme cada día más si yo me lo propongo”).

5.2. CONCLUSIONES

- Se registró a través del inventario de síntomas una disminución de los esquemas de infravaloración y autocontrol insuficiente.
- Se evidenció a través del inventario de síntomas una disminución de la ansiedad, tristeza, inhibición y espasmofemia en el esquema de infravaloración.
- Se evidenció a través del inventario de síntomas una disminución de impulsividad (golpes, gritos desmesurados, insultos) e ira intensa, en el esquema de autocontrol insuficiente.
- Se pudo evidenciar a través de la post-prueba del Inventario de Creencias Irracionales de Ellis, ausencia significativa de las siguientes factores o creencias: necesidad absoluta para tener el amor y la aprobación de los demás, ser infalibles o constantemente competentes y casi perfectos, catastrofismo por las cosas y locus de control externo: circunstancias externas que causan la mayoría de las miserias humanas.
- Se pudo evidenciar a través de la post-prueba del Inventario de Conducta Racional de Shorkey & Whiteman una disminución significativa de las siguientes creencias: Perfeccionismo: Demanda de la perfección en todas las áreas de la conducta, y Sentimientos de Culpa: culpas y penas del yo y otros, por errores, pecados e injusticia.

- El paciente manifiesta asumir creencias racionales de autoaceptación incondicional total por su propia persona y una disminución de sus autoexigencias para poder valorarse.
- El paciente refiere que el grado de su espasmofemia se ha reducido considerablemente.
- El paciente manifiesta que tiene autocontrol de la impulsividad e ira frecuente que presentaba en algunas ocasiones con su familia y vecinos.
- El paciente continúa con el problema de insomnio por dependencia a fármacos; programa de intervención llevado a cabo por el servicio de psiquiatría.
- La Familia se muestra resistente a la integración y aceptación total del paciente, por miedo a que retornen sus conductas agresivas hacia ellos.

5.3. RECOMENDACIONES

- Seguimiento constante de la evolución de los esquemas y síntomas; por tener antecedentes reiterados de intentos de suicidio, por ello es de vital importancia, ampliar un programa donde se pueda atender desde un enfoque interdisciplinario las necesidades y problemas psicológicos del paciente.
- Programa a largo plazo de la Terapia Dialéctica Conductual, donde se pueda intervenir sobre las cogniciones y conductas suicidas del esquema de abandono.
- Programa de intervención psicológica en terapia racional emotiva que atienda a los síntomas de insomnio por dependencia a fármacos.
- Terapia Familiar Sistémica que ayude al paciente a integrarse totalmente con su familia.

REFERENCIAS

Arce, García, Gómez, Redondo y Vera, (sin fecha). *Relajación en Educación Especial*. Recuperado de https://www.google.com.pe/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjNgZCgx_LOAhVFKCYKHaNQAtQQFggfMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.uclm.es%2Fprofesorado%2Fricardo%2FPeriodicoMAG%2F14%2Frelajacion.doc&usg=AFQjCNGjkqUwO1DJ7baouXSIFC4IOK3G3g&sig2=nVAFW77qzJ_MUMWlua6ltg&bvm=bv.131783435,d.eWE

Azcárate; J. et al. (2009) *Guía del Trastorno de la Personalidad (Guía el profesional)*. Madrid. ISBN. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+TLP.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883653458&ssbinary=true>

Beck, A.; Freeman, A. y Otros. (Sin fecha). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Versión digital: My blog en Avaxhome. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/09/Terapia-Cognitiva-De-Los-Trastornos-De-Personalidad.pdf>

Béhar, R. et al., (2003). *Trastornos de la Personalidad. Hacia una Mirada Integral*. Santiago de Chile. Editores: Dr. Raúl Riquelme Véjar y Dr. Alex Oksenberg Schorr. ISBN.

Benjumea; P. et al., (2012). *Atención a las Personas con Trastorno Límite de la Personalidad en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Área de Sistemas y Servicios Sanitarios, Sociosanitarios y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de [file:///C:/Users/suarez/Downloads/Documentotecnico%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/suarez/Downloads/Documentotecnico%20(5).pdf)*

Caballo, V. (2009). *Manual de Trastornos de la Personalidad*. España: Síntesis.

CIE-10 (2010). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericano.

Cuevas y López (2012). *Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Sevilla. España. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, 1, 97-114, 2012. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num1/320/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf>

DSM-IV-TR (2005). *Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson.

Ellis y Maclaren. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. Barcelona: Océano, S.I.

Frank, V. (1991). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona: Herder.

Godoy A. y Haynes S. (2011). *Como elegir el mejor tratamiento psicológico*. España: Pirámide.

Kahneman; D. (2011); *Pensar Rápido, Pensar Despacio*. Barcelona: Debate.

McKay, M.; Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.

Meza; T. (2007). *Trastorno Límite de personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 2, noviembre de 2007, págs. 55 a 64. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/14/54/08_Meza2.pdf

Morin, E. (1999). *Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro*. Lambayeque: FACHSE.

Muso, R. (2010). *El ABC para descubrir tus creencias*. (YouTube). De: <https://www.youtube.com/watch?v=A2su7olu6nA>

Riso, W. (2004). *Pensar Bien, Sentirse Bien*. Bogotá: Norma.

Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Madrid: Paidós Ibérica, S.A.

Ortega, J. (1939). *La Rebelión de las Masas*. España: Austral.

Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2003). *Terapia de Esquemas. Guía Práctica*.
Bilbao: Desclee.

ANEXOS

Hoja de Respuesta – MILLON
MCMII - II

HOJAS DE RESPUESTAS INVENTARIO MULTIAIXIAL CLINICO DE MILLON MCMII - II

Nombre y Apellidos: *José*

..Sexo: *M*...

Dirección: *Pasaje Arica*

..Edad: *22*...

Preguntas	V	F
1.	✓	
2.		F
3.	✓	
4.	✓	
5.	✓	
6.	✓	
7.	✓	
8.	✓	
9.	✓	
10.		F
11.		F
12.	✓	
13.	✓	
14.		F
15.		F
16.		F
17.		F
18.		F
19.	✓	
20.		F
21.		F
22.	✓	
23.		F
24.	✓	
25.	✓	
26.		F
27.	✓	
28.	✓	
29.		F
30.		F
31.	✓	
32.		F
33.		F
34.	✓	
35.		F

Preguntas	V	F
36.		F
37.	✓	
38.	✓	
39.	✓	
40.	✓	
41.	✓	
42.		F
43.	✓	
44.	✓	
45.		F
46.		F
47.	✓	
48.		F
49.		F
50.	✓	
51.	✓	
52.		F
53.		F
54.	✓	
55.		F
56.	✓	
57.	✓	
58.	✓	
59.		F
60.		F
61.		F
62.		F
63.	✓	
64.	✓	
65.		F
66.	✓	
67.	✓	
68.		F
69.		F
70.		F

Preguntas	V	F
71.		F
72.	✓	
73.	✓	
74.		F
75.	✓	
76.	✓	
77.		F
78.		F
79.	✓	
80.	✓	
81.		F
82.		F
83.	✓	
84.	✓	
85.		F
86.		✓
87.		F
88.	✓	
89.		F
90.		F
91.	✓	
92.		F
93.		F
94.	✓	
95.	✓	
96.		F
97.	✓	
98.		F
99.	✓	
100.	✓	
101.	✓	
102.	✓	
103.		F
104.		F
105.		F

Hoja de Respuesta – MILLON
MCMII - II

Preguntas	V	F
106.	✓	
107.		F
108.		F
109.		F
110.		F
111.		F
112.		F
113.	✓	
114.		F
115.		F
116.		F
117.		F
118.	✓	
119.		F
120.	✓	
121.		F
122.	✓	
123.	✓	
124.		F
125.	●	F
126.		F
127.		F
128.	✓	
129.		F
130.		F
131.		F
132.	✓	
133.	✓	
134.		F
135.	✓	
136.		F
137.		F
138.		F
139.		F
140.		F
141.		F
142.	✓	
143.	✓	F
144.	✓	
145.		F
146.	✓	
147.		F
148.		F
149.	✓	
150.		F
151.	✓	
152.		F

Preguntas	V	F
153.	✓	
154.		F
155.	✓	
156.	✓	
157.		F
158.		F
159.		F
160.		F
161.		F
162.		F
163.	✓	
164.	✓	
165.		F
166.		F
167.	✓	
168.		F
169.		F
170.		F
171.		F
172.		F
173.	✓	
174.		F
175.		F

Asegúrese de haber
contestado todas las
preguntas.

GRACIAS POR SUS
RESPUESTAS!!!!!!!!!!!!



www.ElQuero.com

em love platonic
montado en un
bello berrito

Electroflow. X
Rap Romántica
lo mejor



en la papa, regalándome
dulce para mis hijos
(lo más bello de la vida.)
= la música. 1/3

Nombre: José

Edad: 33 años

SENTIRSE BIEN EN EL AULA Y EN EL CENTRO

- 26 -

IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que usted tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia a vivenciar emociones negativas.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- No es necesario que piense mucho rato en cada ítem.
- Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem señale la casilla SI, si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo, señale la casilla NO.
- Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
- Conteste a todos los ítems.

	SI	NO		P
1 Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.	X		A	
2 Odio equivocarme en algo.	X		A	
3 La gente que se equivoca, logra lo que se merece.		X	A	
4 Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía.		X	B	
5 Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.		X	B	
6 Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.	X		A	
7 Normalmente aplazo las decisiones importantes.	X		A	
8 Todo el mundo necesita de alguien a quién recurrir en busca de ayuda y consejo.	X		A	
9 "Una cebra no puede cambiar sus rayas".		X	A	
10 Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.		X	A	
11 Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.		X	B	
12 Evito las cosas que no puedo hacer bien.	X		A	
13 Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.		X	A	
14 Las frustraciones no me distorsionan.	X		B	
15 A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.	X		B	
16 Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.		X	B	
17 Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.	X		B	
18 En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.		X	A	
19 Es casi imposible superar la influencia del pasado.		X	A	
20 Me gusta disponer de muchos recursos.	X	X	B	
21 Quiero gustar a todo el mundo.	X		A	
22 No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que yo.	X		B	
23 Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.		X	A	
24 Las cosas deberían ser distintas a como son.	X		A	
25 Yo provoco mi propio mal humor.		X	B	
26 A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.	X		A	
27 Evito enfrentarme a los problemas.	X		A	
28 Todo el mundo necesita tener fuera de si mismo una fuente de energía.		X	A	
29 Solo porque una vez algo afecto tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.		X	B	
30 Me siento mas satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.	X		B	
31 Puedo gustarme a mi mismo aun cuando no guste a los demás.	X		B	
32 Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.		X	B	

33 La inmoralidad debería castigarse severamente.	X	X	A
34 A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.		X	A
35 Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a si mismas.		X	B
36 No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.		X	B
37 Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.	X		B
38 Hay determinadas personas de las que dependo mucho.	X		A
39 La gente sobrevalora la influencia del pasado.	X		B
40 Lo que mas me divierte es realizar algún proyecto creativo.	X		B
41 Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.	X		B
42 Para mi es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.	X		A
43 Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.	X		B
44 Normalmente acepto las cosas como son aunque no me gusten.	X		B
45 Nadie esta mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.	X		B
46 No puedo soportar correr riesgos.		X	A
47 La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.		X	A
48 Me gusta valerme por mi mismo.	X		B
49 Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser mas como me gustaría ser.	X		A
50 Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.		X	A
51 Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.	X		A
52 Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.		X	B
53 El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.		X	A
54 Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.	X		B
55 Cuanto mas problemas tiene una persona, menos feliz es.	X	X	A
56 Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.	X		B
57 Raramente aplazo las cosas.	X		B
58 Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.		X	B
59 Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.		X	B
60 Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.	X		B
61 Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.		X	B
62 Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.	X		A
63 Todo el mundo es, esencialmente, bueno.		X	A
64 Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.		X	B
65 Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.	X		B
66 Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.	X		A
67 Me resulta difícil hacer las tareas desagradable.	X		A
68 Me desagrada que los demás tomen decisiones por mi.	X		B
69 Somos esclavos de nuestro pasado.	X		A
70 A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada más.	X		A
71 A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.	X		A
72 Me trastorna cometer errores.		X	A
73 No es equitativo que "lueva igual sobre el justo que sobre el injusto".	X		A
74 Yo disfruto honradamente de la vida.		X	B
75 Debería haber mas personas que afrontaran lo desagradable de la vida.	X		A
76 Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.		X	A
77 Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.	X		B

78 Pienso que es fácil buscar ayuda.		X	A
79 Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.	X	X	A
80 Me encanta estar tumbado.		X	A
81 Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mi.	X		A
82 Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.		X	A
83 Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca.		X	B
84 La gente es mas feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.	X		A
85 Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.		X	B
86 Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.		X	B
87 No me gustan las responsabilidades.	X		B
88 No me gusta depender de los demás.	X		B
89 La gente nunca cambia básicamente.		X	A
90 La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.	X		A
91 Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.	X		B
92 No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.	X		B
93 Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean.		X	B
94 Raramente me importunan los errores de los demás.	X	X	B
95 El hombre construye su propio infierno interior.	X		B
96 Muchas veces me sorprendo planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.	X		A
97 Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable.	X		B
98 He aprendido a no estar pendiente de nada que no este relacionado con mi bienestar.		X	B
99 No miro atrás con resentimiento.	X		B
100 No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.		X	A

PUNTUACIÓN DEL REGISTRO DE CREENCIAS

- 1) Si el ítem tiene la letra **A** y ha contestado "SI", ponga una "cruz" (X) en la columna **P**.
- 2) Si el ítem tiene la letra **B** y ha contestado "NO", ponga una "cruz" (X) en la columna **P**.
- 3) Pase las "cruces" al lugar correspondiente de la siguiente tabla, y sume el número de cruces que aparece en cada columna.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
1																		
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50
51		52		53		54		55		56		57		58		59		60
61		62		63		64		65		66		67		68		69		70
71		72		73		74		75		76		77		78		79		80
81		82		83		84		85		86		87		88		89		90
91		92		93		94		95		96		97		98		99		100

Ten En Cuenta Estos Valores Al Momento De Ingresar Tu Respuesta				
Muy De Acuerdo	De Acuerdo	Indiferente	En Desacuerdo	Muy En Desacuerdo
1	2	3	4	5

Items	Descripción Del Item	RESPUESTA
1	Ayudar a otros es uno de los aspectos más fundamentales de la vida.	3
2	Es necesario ser especialmente amable con los nuevos compañeros y vecinos.	2
3	Las personas deberían seguir las normas morales de un modo más estricto del que lo hacen.	2
4	Me es difícil aceptar las críticas sin sentirme lastimado.	3
5	Muchas veces, paso más tiempo tratando de pensar de la manera como evitar las cosas, que en el tiempo que me tomaría	4
6	Cuando las cosas no son como me gustaría que fueran, tiendo a sentirme muy abatido y triste.	3
7	Es imposible que uno pueda en un momento dado, cambiar sus emociones.	2
8	Es un pecado dudar de la biblia.	3
9	El interés por los demás es la emoción humana más hermosa.	3
10	Siento temor de enfrentar una crisis o una dificultad.	3
11	Muchas veces, me siento desesperado, confundido, cuando las cosas van por mal camino.	4
12	Uno debería oponerse a hacer cosas desagradables aunque sean necesarias,, si es que hacerlas es por si desagradables.	4
13	Me molesta ver cuando los vecinos son muy severos con sus hijos pequeños.	2
14	Es lógico esperar que no debería haber problemas por mi apariencia física.	3
15	Con frecuencia me siento insatisfecho por mi apariencia física.	4
16	Una persona debería ser totalmente competente, adecuada, talentosa e inteligente en todos los aspectos de su vida.	4
17	Lo que otros piensen de mi, es sumamente importante.	3
18	Otras personas deberían hacernos las cosas más fáciles y ayudarnos con las dificultades de la vida.	3

19	Tiendo a mirar a los demás para conocer la clase de comportamiento que ello aprueban como correcto o incorreto.	3
20	Creo que mi ocupación y mi vida social me hacen infeliz.	2
21	Generalmete trato de evitar hacer tareas que me disgustan hacer.	4
22	Algunos de mis familiares y/o amigos tienen hábitos que me molestan y enojan.	3
23	Tiendo a preocuparme por posibles accidentes y desastres.	2
24	Me gusta enfrentar las responsabilidades por mi mismo.	2
25	Me siento terriblemente molesto y triste cuando las cosas no son del modo como me gustan.	4
26	Me preocupa un poco más de lo común por posibles desgracias.	3
27	Castigarse por todos los errores cometidos prevendrá futuros errores.	4
28	La mejor manera de ayudar a los demás es criticándoles y señalándoles duramente sus errores.	4
29	El preocuparse por posibles peligros dará a evitarlos o a disimular sus efectos.	2
30	Me preocupo por pequeñeses.	3
31	Cierta gente es mala, perversa y villana y debería ser severamente castigada y reprendida por sus malas acciones.	2
32	Un gran número de personas es culpable por su conducta sexual inmoral.	4
33	Uno debería reprenderse severamente por todos los errores y equivocaciones cometidos.	4
34	Se me hace muy incómodo ser indiferente.	4
35	Me preocupo por posibles desgracias.	2
36	Prefiero que los demás no influyan en mi para tomar decisiones.	4
37	Si uno ha sido muy afectado por un hecho o cosa debería influir la vida de uno indefinidamente.	4