

**PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE ACUMULADORA QUE HABITA  
EN EL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA**

**ERIKA TATIANA ARCIA GÓMEZ**

**FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
MEDELLIN  
2015**

**PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE ACUMULADORA QUE HABITA  
EN EL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA**

**ERIKA TATIANA ARCIA GÓMEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
PSICÓLOGA**

**Asesor Metodológico  
ANA MARÍA RESTREPO MUÑOZ  
Psicóloga, Mg Neuropsicología**

**FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
MEDELLIN  
2015**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado 1

---

Jurado 2

---

Jurado 3

Medellín, Mayo de 2015

## **RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO R.A.E.**

**TÍTULO:** Perfil cognitivo de una paciente acumuladora que habita en el municipio de Bello Antioquia

**AUTOR:** Erika Tatiana Arcia Gómez.

**FECHA:** Mayo de 2015.

**TIPO DE IMPRENTA:** Procesador de palabras Microsoft Word 2010, Tipo fuente Times new Román 12, interlineado 2.0.

**NIVEL DE CIRCULACIÓN:** Restringida.

### **LINEA DE INVESTIGACION Y SUBLINEA**

Desarrollo humano, puesto que la presente investigación está dirigida a la construcción y comprensión del perfil psicológico de un paciente diagnosticado con trastorno por acumulación lo que hace parte de los cuestionamientos concernientes a los nuevos padecimientos mentales del hombre que pueden tener un origen neurológico o meramente ambiental. Esta investigación contribuye al conocimiento del tema, lo que puede servir como insumo para programas de promoción y prevención de la salud.

**ACCESO AL DOCUMENTO:** Fundación Universitaria María Cano y Autora.

**MODALIDAD DEL TRABAJO:** Monografía

**PALABRAS CLAVES:** Acumulación, Trastorno por Acumulación, Trastorno obsesivo-compulsivo, Esquemas maladaptativos, Creencias irracionales, perfil cognitivo.

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** Se lleva a cabo la construcción del perfil cognitivo, en una paciente residente del municipio de Bello, mediante la aplicación de las sig YSQ-L2(Cuestionario de Esquemas), Test de Creencias Irracionales (IBT), Inventario de depresión de Beck y entrevistas semiestructuradas. Todo esto bajo los parámetros de la investigación cualitativa, correlacionando los datos para identificar las razones que generan la realidad del paciente.

**CONTENIDO DEL DOCUMENTO:** El presente documento consta de seis capítulos en los que, se da inicio con el planteamiento del problema, donde se describen los objetivos, idea de investigación y las razones por las cuales es conveniente la realización del estudio. Se continúa con los aspectos metodológicos, seguido del desarrollo teórico que ha tenido el trastorno por acumulación y las demás variables que conforman el problema de la investigación. Después se analizan los datos recolectados con las pruebas aplicadas a la paciente para dar lugar a las conclusiones y finalmente se referencian las fuentes que sustentaron la información mostrada

**METODOLOGÍA:** Para esta investigación de tipo cualitativo se trabajará bajo el método de estudio de caso, puesto que el tema a trabajar es reciente y no hay un amplio abordaje en Colombia del mismo, por lo cual no se va demostrar una hipótesis pero su realización contribuye en igual manera a teorizar un nuevo trastorno, en este caso siendo más puntual, el Trastorno por Acumulación.

**CONCLUSIÓN:** Se pudo determinar el perfil cognitivo de la paciente diagnosticada con trastorno por acumulación, explicando de manera detallada cada uno de los elementos basados en la psicología cognitiva que permitieron a su vez contribuir a la teorización del trastorno como tal y su existencia en la población colombiana, la cual carece de registros sólidos y trabajos

investigativos con pacientes de este tipo. Mediante la investigación se pudo determinar, cómo los esquemas maladaptativos, ideas irracionales, distorsiones cognitivas, creencias intermedias y creencia central; influyen de manera directa en el surgimiento del trastorno por acumulación.

Tabla de contenido

<b>CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	12
TITULO .....	12
1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA .....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	15
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 GENERAL.....	17
3. ESPECÍFICOS .....	17
4. JUSTIFICACIÓN.....	18
<b>CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>20</b>
5. MARCO METODOLÓGICO.....	20
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	20
5.2 MÉTODO.....	20
5.3 ENFOQUE.....	21
5.4 DISEÑO.....	21
5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
5.5.1 Criterios de tipificación de la población.....	22
5.5.2 Muestra.....	23

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	23
5.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	23
5.7.1 Procedimientos.....	26
<b>CAPÍTULO 3. MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>29</b>
MARCO REFERENCIAL.....	29
MARCO CONCEPTUAL.....	29
5.8 MARCO HISTÓRICO.....	31
5.9 MARCO CONTEXTUAL.....	32
MARCO LEGAL.....	33
MARCO TEÓRICO.....	41
<b>CAPÍTULO 4. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>65</b>
6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	65
6.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	74
<b>CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
7 CONCLUSIONES.....	79
8 RECOMENDACIONES.....	80
<b>CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS.....</b>	<b>79</b>
9 BIBLIOGRAFÍA.....	81
10 ANEXOS.....	86



## LISTA DE ANEXOS

Consentimiento informado .....	86
Cuestionario de esquemas (YSQ-L2).....	85
Test de Ideas Irracionales (IBT).....	94
Inventario de depresión de Beck.....	98

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Las 11 creencias irracionales básicas de Albert Ellis.....	53
Tabla 2. Puntaje de las pruebas realizadas.....	68
Perfil cognitivo de la paciente .....	76

## INTRODUCCIÓN

En la siguiente propuesta de investigación se abordara el tema del Trastorno por Acumulación, el cual ha sido integrado a la más reciente versión del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la quinta versión (DSM V) lanzada el pasado 18 de Mayo de 2013. El trastorno en mención no solo tiene implicaciones para los pacientes que lo padecen sino también para las personas que tienen viviendas cercanas, debido a la contaminación generada por las condiciones insalubres en las cuales habitan los acumuladores, a quienes se les dificulta deshacerse de cualquier tipo de objetos y terminan aglomerando tantas cosas, que la movilidad en sus casas es casi imposible. Para llevar a cabo el desarrollo del tema se realizó una revisión teórica del mismo, se halló una paciente diagnosticada por psiquiatra, dicha paciente se entrevistó y se le aplicaron pruebas psicológicas con el fin de establecer su perfil cognitivo, y de esta forma contribuir al conocimiento del tema.

## **CAPITULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. TITULO**

Perfil cognitivo de una paciente acumuladora que habita en el municipio de Bello Antioquia

#### **1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA**

En la presente investigación se construye el perfil cognitivo de una paciente diagnosticada con trastorno por acumulación que reside en el municipio de Bello, Antioquia, para llevar a cabo esto se realizan entrevistas semiestructuradas y aplicación de las pruebas, Cuestionario de Esquemas de Young, Inventario de depresión de Beck y Test de creencias irracionales.

#### **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Hoy en día el cuidado ambiental es un tema que nos confiere a todos puesto que va de la mano con la salud, se está creando una cultura ecológica donde el propósito no es solo cuidar el planeta en el que se habita sino también dejarlo óptimo para las generaciones futuras; pero para conseguir esto se requiere un paso a paso del que todos se deben hacer partícipes desde sus hogares. ¿Pero todos son realmente conscientes que el desorden y la suciedad irrumpen en la propia salud?

Según (Lervolino et al., 2009) el 4% de la población mundial sufre de acumulación, un trastorno caracterizado por las condiciones de desorden e insalubridad en el que habitan las

personas sin ni siquiera ser conscientes de su deterioro fisiológico y mental. No sólo los habitantes de la calle viven en condiciones insalubres hay personas las cuales tienen una dificultad significativa para deshacerse de los objetos, sin importar su valor material, estas personas no son coleccionadores, puesto que el coleccionador disfruta recolectando objetos con ciertas características específicas, en el caso de los Acumuladores son personas quienes de una manera compulsiva adquieren objetos, presentan un malestar severo para deshacerse de ellos y son tantas las pertenencias que llegan a tener, que sus viviendas se ven abarrotadas hasta el punto en que se dificulta la movilidad dentro de las mismas. El acumulador tiene un vínculo más fuerte con los objetos que posee que con sus propios familiares o amigos ya que para ellos las personas pueden significar amenazas debido a que generalmente hacen críticas fuertes sobre su estilo de vida y son propiamente las demás personas las causantes de su trastorno, según su percepción. Un paciente con acumulación es frecuentemente el anciano que ha quedado solo en su hogar tras la muerte de su cónyuge o tras la partida de sus hijos, son personas que no llevan de manera adecuada el duelo por el nido vacío, al verse solo empiezan a recolectar objetos con el fin de suplir ese vacío que dejó ese hijo, ese nieto, ese esposo, ese amigo muerto o hasta esos padres que nunca estuvieron presentes en su crianza, un acumulador puede iniciar guardando la sabana que tenía la cama de su esposa el día en que murió, al cabo de unos meses puede tener su casa de llena de juegos de sábanas, cubiertos plásticos, empaques de cosméticos, empaques de comida, cajas de zapatos, electrodomésticos que ya no funcionan, entre otros muchos objetos que comúnmente se llevarían a la basura porque ya no solo dejan de funcionar o ya se les dio la utilidad debida sino también por que contaminan el ambiente y hasta pueden ser nocivos si se conservan dentro del hogar y más aún en habitaciones que se usan para el reposo.

Cada uno de los objetos que posee un acumulador lleva consigo un valor sentimental y una funcionalidad que solo es percibida por él, sin importar su tamaño, valor económico, peso o material en el cual está construido, entre otras; y aunque no es del todo lógico no alcanzan a dimensionar el mal olor, la humedad, la falta de espacio para desplazarse por su vivienda, el riesgo de quedar sepultado bajo sus pertenencias, las altas probabilidades de generar incendios por cocinar en una cocina llena de cosas y mucho menos la contaminación a la cual somete a sus vecinos por los malos olores.

Los casos de los cuales se tiene registro son de habitantes que residen en países como Inglaterra, Estados Unidos y España, esto no quiere decir resto del mundo no existan acumuladores, sino la falta de diagnóstico o conocimiento del trastorno, pues en otros lugares, se toman como dementes, desordenados o simplemente cochinos, estas denominaciones se hacen desde el desconocimiento, hasta hace dos años este trastorno se consideraba como uno de los síntomas propios del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) pero en Mayo del 2013 con la presentación de la más reciente versión del DSM V donde fue presentado como uno de los Trastornos del grupo de Trastorno Obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados con el nombre de Trastorno por Acumulación con el código 300.3 (F42), con criterios de clasificación y diagnóstico diferentes al TOC.

En Colombia no se han encontrado datos de estudios epidemiológicos del trastorno como tal, y más específicamente en Antioquia no hay centros dedicados al diagnóstico y mucho menos a brindar tratamiento a los pacientes que lo padecen. En Medellín, en donde hasta la fecha no se

tiene registros de pacientes con dichos trastorno, se dificultó mucho la búsqueda de una muestra para la realización de la presente investigación, por lo cual se optó por realizarla del tipo Estudio de caso, en donde con la ayuda de un terapeuta se tuvo acceso a los datos de una paciente que reside en el municipio de Bello y a quien él mismo, diagnostico con el Trastorno por Acumulación.

En este orden de ideas, surge la necesidad de explorar este tema, dado que se encuentra un vacío teórico, lo que impulsa la presente investigación, donde surge la pregunta ¿Cuál es el perfil cognitivo de una persona que esta diagnosticada con Trastorno por Acumulación? quien en este caso reside en el municipio de Bello Antioquia. Con el estudio de este caso se ira desde lo particular a lo general, propiciando así una mayor comprensión e interés por el trastorno, es decir desde la interpretación de las características presentadas por un solo paciente se pueden dar pautas para la comprensión de otros con el mismo padecimiento.

### **1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Según las expectativas fijadas en los objetivos específicos se hace necesario hacer claridad sobre la siguiente información:

UNIDAD DE ANÁLISIS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DESCRIPTORES	TÉCNICAS
<u>PACIENTE</u> <u>DIAGNOSTICADA</u> <u>CON</u> <u>TRASTORNO</u> <u>POR</u> <u>ACUMULACIÓN</u>	<b>ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS</b>	Hacen referencia a los constructos no probados empíricamente, fenómenos de un nivel extremadamente profundo, que pueden estar inactivos durante mucho tiempo.	*Vínculo temprano *Autonomía *Relaciones interpersonales *Autovaloración *Expectativas razonables *Límites realistas	Aplicación prueba YSQL2 de Jeffrey Young.
	<b>IDEAS IRRACIONALES</b>	Un proceso regulable que asegura una decisión óptima en cada momento, que permite hacer cara a una problemática o situación particular y significativa en el individuo.	*Relaciones sociales *Relaciones familiares *Relaciones afectivas. *Autoesquemas	Prueba psicométrica de IBT de Aron Beck.
	<b>CREENCIAS CENTRALES</b>	Son aquellas verdades absolutas que construye el individuo producto de experiencias pasadas, que interfieren en el procesamiento de la información	Autoesquemas Relaciones sociales Relaciones familiares Relaciones afectivas.	Entrevistas semi estructuradas



		percibida del medio.		
	<b>CREENCIAS INTERMEDIAS</b>	Son las interpretaciones influidas por las creencias nucleares.	Relaciones sociales Relaciones familiares Relaciones afectivas.  Autoesquemas	Entrevistas  Semi-estructuradas

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 General

Identificar el perfil cognitivo de la paciente diagnosticada con trastorno de acumulación que habita en el municipio de Bello Antioquia.

### 2.2 Específicos

Analizar el procesamiento de información de la paciente diagnosticada con trastorno de acumulación que reside en el municipio de Bello Antioquia.

Describir las características cognitivas, esquemas maladaptativos tempranos, distorsiones cognitivas, sesgos, que forman el perfil cognitivo.

Contribuir al conocimiento del trastorno por acumulación mediante un estudio de caso.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El trastorno por Acumulación es la dificultad persistente por deshacerse de objetos, sin importar su valor monetario, esto trae consigo una aglomeración de los mismos, ocupando así casi la totalidad del espacio donde habita alguien a quien se le ven afectadas sus relaciones interpersonales y genera problemas de salud física y pública. A la fecha este término es relativamente nuevo puesto que fue uno de los trastornos introducidos en la más reciente versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM V, 2013), anteriormente se conocía como uno de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo que con la ayuda de investigaciones cognitivas y neuropsicológicas se identificaron características propias del trastorno que hacen que sea un subtema y no un síntoma como se había mencionado en otras versiones.

Basándose en la novedad del trastorno y el vacío teórico de las pocas investigaciones realizadas en países como Estados Unidos, Inglaterra y España, existe la necesidad de investigar sobre el tema, en Colombia y más específicamente en Medellín en donde no hay un registro estadístico de pacientes acumuladores, por lo cual la presente investigación será del tipo estudio de caso en donde se hace un análisis del fenómeno de forma descriptiva con un solo individuo, en este caso será la construcción del perfil psicológico de un paciente diagnosticado con trastorno por acumulación, quien reside en el municipio de Bello Antioquia.

Con la identificación del perfil psicológico de un paciente diagnosticado con el trastorno por acumulación se pretende despertar el interés no solo de la comunidad educativa de la fundación universitaria María Cano sino además de personas de distintas áreas de la salud, por el

trastorno y características especificadas anteriormente, las cuales no tenían conciencia de que existiese.

## **CAPITULO 2. MARCO METODOLÓGICO**

### **4. MARCO METODOLÓGICO**

Se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar a la pregunta de investigación.

#### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio de casos es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares. Además, el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes casos con distintas intenciones.

En la presente investigación se hace la descripción de un sujeto con ciertas características específicas en donde no se va demostrar una hipótesis pero su realización contribuye en igual manera teorizar un nuevo trastorno en este caso acumulación, por la misma novedad del trastorno no es posible hacer un estudio con una población amplia ya que no se tienen registros de pacientes con dicho diagnóstico (Monje, 2011).

#### **4.2 MÉTODO**

La metodología cualitativa ha ido ganando un gran interés, dadas las posibilidades que presenta en la explicación de nuevos fenómenos y en la elaboración de teorías en las que los elementos de carácter intangible, tácito o dinámico juegan un papel determinante.

### **4.3 ENFOQUE**

Cualitativo no experimental

Este trabajo está enfocado al campo de la psicología clínica cognitiva, en donde el objetivo principal es determinar el perfil cognitivo de una paciente diagnosticada con Trastorno por Acumulación. Ubicándolo desde el nivel de investigación cualitativo cuantitativo, atendiendo a la unidad y categorías de análisis planteadas en el estudio escogido.

### **4.4 DISEÑO**

Diseño de investigación no experimental, ya que no se intervendrá en las variables de modo que se hará por medio de una observación naturalista del fenómeno, siendo así el sujeto no se verá expuesto a estímulos o condiciones distintas a las propias. En esta propuesta de investigación las variables independientes ya han ocurrido es decir la paciente ya tiene el trastorno y ya ha padecido sus consecuencias para llevar a cabo la construcción de su perfil cognitivo se realizaran entrevistas y pruebas psicológicas.

### **4.5 POBLACION Y MUESTRA**

Es una muestra seleccionada, no aleatoria, por conveniencia, que cuenta con un paciente diagnosticado con Trastorno por acumulación que reside en el municipio de Bello Antioquia.

#### **4.5.1 Criterios de tipificación de la población**

*Criterios incluyentes:* mujer diagnosticada con trastorno por acumulación, habitante del municipio de Bello.

*Criterios excluyentes:* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 148)

A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.

B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.

C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).

D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).

E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).

F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el

trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro del autismo).

#### **4.5.2 Muestra**

Es una muestra seleccionada, no aleatoria, por conveniencia, que cuenta con un paciente diagnosticado con Trastorno por acumulación que reside en el municipio de Bello Antioquia.

### **4.6. FUENTES DE INFORMACIÓN**

**4.6.1. Fuentes primarias:** Libros

**4.6.2. Fuentes secundarias:** internet, artículos de revistas, actas

### **4.7. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Entrevista semiestructurada, corresponde al proceso de escucha activa por parte del investigador y del discurso del individuo, que en este caso, permite evidenciar elementos esenciales del perfil cognitivo de la paciente como por ejemplo rasgos de personalidad, registro de pensamientos automáticos, creencia nuclear, creencias intermedias, sesgos confirmatorios y estrategias compensatorias, además de datos relevantes de la infancia que posibilitan comprender su comportamiento.

Para las entrevistas se tuvo en cuenta un esquema de preguntas para evitar la desviación de la información que se quería recolectar, por lo cual desde el inicio de la sesión se tenían unas preguntas base con respecto a las áreas a investigar y dando así una pauta que desencadena el

discurso del entrevistado, generando así un orden en la información suministrada, sin dejar de lado nuevos datos de utilidad.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert.

El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 2011). Esta prueba se realiza con el objetivo de demostrar que la acumulación de la paciente no se explica a causa de una depresión mayor.



- IBT: Cuestionario de ideas irracionales, fue construido por Jones quien retomó el listado de ideas irracionales propuestas por Albert Ellis en su texto “Razón y emoción en Psicoterapia”.

La prueba consta de 130 frases que evalúan 13 ideas irracionales (10 de las propuestas por Ellis y 3 propuestas por Rizo y Col., en 1988). Las respuestas del sujeto se dan sobre Liker de 1 a 5 con la siguiente valoración: Muy de acuerdo (1), Moderadamente de acuerdo (2), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), Moderadamente en desacuerdo (4), Muy en desacuerdo (5).

El resultado de esta prueba contribuye a conformar el perfil cognitivo de la paciente puesto que las ideas irracionales más representativas (que superan o están por debajo de la media poblacional), han sido determinantes para su comportamiento.

- El Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition, planteado en esta nueva versión consta de 205 ítems y evalúa dieciséis esquemas: privación emocional, abandono, desconfianza/abuso, aislamiento social/alienación, defectuosidad/vergüenza, indeseabilidad social, fracaso, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, entrampamiento, subyugación, autosacrificio, inhibición emocional, estándares inflexibles, derecho y autocontrol insuficiente/autodisciplina. En la nueva clasificación de esquemas (Londoño, 2012, pág.

150), no están incluidos tres esquemas en el Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition: búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento, negatividad/vulnerabilidad al error y condena. Además se evalúa un esquema que no aparece en la nueva clasificación: indeseabilidad social. Esto hace pensar que probablemente en un futuro exista una nueva versión del Young Schema Questionnaire, Long Form - Second Edition (Castrillón, 2005).

Con esta prueba se complementa la información correspondiente al perfil cognitivo ya que los esquemas maladaptativos, son esquemas establecidos desde la infancia, determinantes al momento de procesar eventos posteriores en la vida del sujeto, en este caso la identificación de los esquemas maladaptativos de la paciente que posibilitan o restringen las decisiones que ha tomado en su vida y que consecuencias le ha traído.

#### **4.7.1. Procedimientos**

Se realizó una revisión bibliográfica tanto en libros como en internet para investigar los estudios y la información sobre el tema de la acumulación y así delimitar el foco de esta investigación. Tras no encontrar investigaciones de este tema en Colombia, se procede a la búsqueda de la muestra, para esto se acudió a centros de ayuda psicológica como lo son el E.S.E. Hospital Mental de Bello HOMO, Mi Otro Yo, SAMEIN CAD, pero ninguno de estos se prestó para el estudio por consideraciones éticas.

Después se realizó una búsqueda en internet en fuentes como Ministerio de Salud y Protección Social y DANE, en donde tampoco se encontró algún tipo de registro de paciente con este padecimiento. Finalmente con ayuda de un terapeuta que había tratado un caso de este tipo, se pudo contactar a la paciente diagnosticada con Trastorno por acumulación.

Al momento de contactar a la paciente se le explica cuál es el objetivo de la investigación, en donde el conocimiento que se pretende producir no puede obtenerse por otro medio, cuál es su importancia dentro de la misma, la confidencialidad de sus datos personales. Después de una semana cuando la paciente lo consultó con su psiquiatra decide aceptar la participación y se procede a la explicación y firma del consentimiento informado.

Se prosigue con la elaboración de un cronograma para recolección de datos que consiste en desplazarse hasta la vivienda de la paciente, el cual da inicio con cuatro entrevistas semiestructuradas que tienen una duración de 90 minutos. Durante las entrevistas se toma nota del lenguaje verbal y kinésico expresado por la paciente.

Se culmina con una cuarta visita dedicada a la aplicación de las pruebas, en donde todo el tiempo se hace un acompañamiento para la explicación de las mimas y para verificar que la paciente las haya comprendido y las realice de la manera adecuada.

En este orden de ideas y con los datos recolectados se hace un análisis mediante la triangulación y categorización de la información, realizando un cruce de los resultados obtenidos a partir de las respuestas a las preguntas hechas a la paciente en las entrevistas y se hace una categorización de los elementos necesarios para la construcción del perfil, es decir se hizo una subdivisión del material suministrado por la paciente para ir ubicándolo en pequeñas categorías que fueron: pensamientos automáticos, emociones, conductas, distorsiones cognitivas.

Lo que permitió concluir categorías de un nivel más avanzado como sesgos confirmatorios y estrategias compensatorias.

Lo anterior conduce al encuentro de ideas intermedias y la idea central de la paciente investigada. Después se hizo una correlación del ambiente familiar de la paciente y los resultados encontrados en las entrevistas, lo que permitió visualizar sus tipos de apego, factores protectores, factores contribuyentes, áreas afectadas y estrategias de afrontamiento.

Por último entre los resultados obtenidos en las entrevistas y los que arrojaron las pruebas psicológicas, se encontró una coherencia sustentable de los resultados, que concuerdan con los conceptos expuestos en el marco teórico.

## **CAPITULO 3. MARCO REFERENCIAL**

### **5. MARCO REFERENCIAL**

En el presente trabajo de investigación se tomara como base fundamental el paradigma del procesamiento de la información puesto que lo que se presente es identificar el perfil cognitivo de una paciente diagnosticada con Trastorno por acumulación, mediante el análisis descriptivo de las características cognitivas que presenta dicha paciente para lo cual se evaluaran las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, esquemas de pensamiento e ideas irracionales, de esta manera se identificara la forma en que la paciente percibe la realidad de su entorno, procesa la información que obtiene mediante dicha percepción, la almacena en su memoria, la recuerda, piensa y actúa con relación a la misma. Lo anterior bajo los parámetros de las teorías de Beck, Ellis y Young.

#### **5.1 MARCO CONCEPTUAL**

El trastorno por acumulación es la creciente dificultad para deshacerse de objetos sin importar su valor, tamaño o procedencia. Para el diagnóstico del dicho trastorno se debe tener en cuenta que la persona presenta malestar por el hecho de saber que alguien le va a botar sus objetos, que abarrotan espacios vitales para la movilización dentro de la vivienda del paciente quien deja a un lado sus relaciones sociales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno obsesivo compulsivo: Aquí se hacen presenten las obsesiones y compulsiones de manera recurrente, tanto así que la persona invierte la mayor parte del día realizando dichas acciones de tal forma que el pensamiento se presenta y causa tal malestar que se tiene que

compensar con un ritual como por ejemplo lavarse las manos, bañarse, verificar el cerrado de puertas, entre otros (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Allport (1937-1961, citado por García, 2006) afirma: “Las distintas maneras de vivir el mundo”.

De acuerdo con Alonso y otros (1994), Guild y Garger (1998), Riding y Rayner (1999 a) y Lozano (2000), citados por (García, 2006) “estilo cognitivo es un conjunto de aptitudes, preferencias, tendencias y actitudes que tiene una persona para hacer algo y que se manifiesta a través de un patrón conductual y de distintas destrezas que lo hacen distinguirse de las demás personas bajo una sola etiqueta en la manera en que se conduce, viste, habla, piensa, aprende, conoce y enseña”.

En cuanto al paradigma del procesamiento de la información, si se compara la velocidad del razonamiento humano secuencial no es tan rápido como el de las computadoras. Esto se afirma ya que mientras exista un algoritmo y los datos, la computadora siempre resolverá un problema mucho más rápido que el hombre, para algunos las computadoras también "piensan". Si bien, la mente humana, tiene la posibilidad de formular juicios sin información previa, sin datos; en algunas ocasiones sin siquiera ninguno de los datos y todo esto, de manera inconsciente, siendo así mucho mejor que las computadoras. La información no puede ser controlada por el hombre; pero sabe de su existencia y no la ignora. En los seres vivos, toda la información que recibe el sistema nervioso proveniente del exterior, se adquiere mediante los órganos sensoriales. En el ser humano, la percepción sensorial está siempre asociada a un

proceso cognoscitivo. Esto significa que no basta con "ver" o escuchar algo, sino que también hace falta un cierto procesamiento previo de la información antes de que esta se guarde e interprete (Cabrera Cortés, 2003).

## **5.2 MARCO HISTÓRICO**

Desde 1996 hasta la fecha el trastorno por acumulación se ha venido investigando en gran medida por Frost, Juan Antonio Becerra, Manuel Robles, James Frederick Leckman, Miguel Fullana y más recientemente por el psiquiatra español Alberto Pertusa, entre muchos otros más psiquiatras, quienes mediante estudios de caso, han observado que el trastorno por acumulación difiere en gran medida del TOC ya que las personas con acumulación compulsiva presentan: 1) Una mayor prevalencia de mujeres solteras y con escasos recursos económicos, 2) una mayor presencia de rasgos obsesivos y esquizotípicos de la personalidad, 3) un menor insight, 4) un mayor grado de heredabilidad, 5) un peor funcionamiento ejecutivo, 6) un curso más crónico y con mayor grado de disfuncionalidad y, por último, 7) una menor adherencia y respuesta al tratamiento psicoterapéutico convencional. En conjunto, los resultados expuestos apoyan la delimitación de una entidad clínica distintiva, tal y como se conceptualiza en el denominado “trastorno por acumulación”. En cuanto a su ubicación nosológica, se propugna su inclusión entre las patologías del espectro obsesivo-compulsivo, dado que dichos sujetos suelen presentar antecedentes familiares y comorbilidad con TOC (Frías-Ibáñez et al., 2014).

### **5.3 MARCO CONTEXTUAL**

(Cultura, 2015) “Bello es un municipio de Colombia, del departamento de Antioquia, ubicado en el norte del Valle de Aburrá; urbanizado en su parte plana y ocupado en sus laderas. Cuenta con más de 359.500 habitantes”.

(Bello, 2015) “Bello está regido por un sistema democrático basado en los procesos de descentralización administrativa generados por la Constitución Política de Colombia de 1991. A la ciudad la gobierna un Alcalde (poder ejecutivo) y un Concejo Municipal (poder legislativo)”.

El Alcalde de Bello es el jefe de gobierno y de la administración municipal, representando legal, judicial y extrajudicialmente al municipio. Es un cargo elegido por voto popular para un periodo de cuatro años. El actual alcalde es Carlos Muñoz López. Entre las funciones principales del Alcalde están el administrar los recursos propios de la municipalidad, velar por el bienestar y los intereses de sus conciudadanos y representarlos ante el Gobierno Nacional. Debe además impulsar políticas locales para mejorar la calidad de vida, tales como programas de salud, vivienda, educación e infraestructura vial; igualmente, mantener el orden público.

El Concejo Municipal de Bello es una Corporación pública de elección popular, compuesta por 19 ediles, elegidos democráticamente para un período de cuatro años. El Concejo es la entidad legislativa y emite acuerdos de obligatorio cumplimiento en su jurisdicción territorial. Entre sus funciones están el aprobar los proyectos del alcalde, dictar las normas



orgánicas del presupuesto y expedir el presupuesto anual de rentas y gastos (Alcaldía de Bello, 2015).

La sede principal del Hospital mental de Antioquia (HOMO) se encuentra precisamente en este municipio desde el año 1958 donde son tratados pacientes con diagnóstico psiquiátrico y del cual no se tiene un registro con pacientes acumuladores, hecho que ratifica nuevamente que a pesar que la patología estuviese allí no era conocida y tratada como tal puesto que siempre se ha creído que es uno de los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

#### **5.4 MARCO LEGAL**

Para dar inicio a la parte legal de esta investigación se toma como referencia la constitución Política de Colombia ya que de esta parten todas las acciones legalmente adecuadas para realizar cualquier tipo de acción en el país.

**“Artículo 13.** “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptara medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

“**Artículo 47.** El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.”

“**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.” (Constituyente, 1991).

**LEY N° 1616 DEL 21 DE ENERO DE 2013 “POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

(Congreso de la Republica Colombiana, 2015). ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

**ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN.** La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

**ARTÍCULO 4°. GARANTÍA EN SALUD MENTAL.** El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

**ARTÍCULO 6°. DERECHOS DE LAS PERSONAS.** Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales,

Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

**ARTÍCULO 7°. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL.** El Ministerio de Salud y Protección Social o

la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.

El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.

El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones,

fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.

**ARTÍCULO 39. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD MENTAL.** En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.

Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.

## **CÓDIGO DEONTOLÓGICO**

**Artículo 51°.** “Cuando la investigación psicológica requiera alguna clase de daños pasajeros y molestias, como choques eléctricos o privación sensorial, el investigador, ante todo,



se asegurará de que los sujetos participen en las sesiones experimentales con verdadera libertad, sin constricciones ajenas de tipo alguno, y no los aceptará sino luego de informarles puntualmente sobre esos daños y obtener su consiguiente consentimiento. Aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto podrá en cualquier momento decidir interrumpir su participación en el experimento”. (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).

## **5.5 MARCO TEORICO**

En la presente investigación se lleva a cabo el estudio de caso de una paciente de 40 años con trastorno por acumulación, quien ha sido previamente diagnosticada por un psiquiatra, con la diferencia que esta paciente en particular vive en el municipio de Bello, Antioquia en donde no se han encontrado registros de investigaciones previas sobre casos como este, el foco de la investigación se basa en realizar un perfil cognitivo a la paciente previamente mencionada con el fin de contribuir a las investigaciones realizadas sobre el tema y la promoción y prevención de la salud mental, ya que aparte de las repercusiones clínicas y sociales que tienen las personas con trastorno por acumulación también se ve afectada directamente la familia y la comunidad como tal por el riesgo insalubre al cual se exponen estos pacientes y exponen a sus vecinos, no hay que obviar que el abarrotamiento no discrimina electrodomésticos descompuestos que emanan gases perjudiciales, desorganización en la vivienda que no solo interfiere con la movilidad dentro de la misma sino que se corre el riesgo de quedar sepultado bajo los objetos y la generación de incendios por no separar de manera adecuada productos flaméales con papeles, bolsas, cartón y demás.

De problemáticas como esta surge la necesidad de realizar un perfil cognitivo que explique la conducta de la paciente diagnosticada con el trastorno por acumulación y aporte a la explicación de pacientes con rasgos marcados de dicho trastorno para la mejoría en su tratamiento y sobre todo la creciente diferencia con el TOC.

Por lo tanto a continuación se procede a presentar los conceptos correspondientes a las variables intervinientes en el fenómeno a estudiar.

### **Trastorno por acumulación**

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 148). A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.

B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.

C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).

D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).

E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p.ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).

F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro del autismo).

*Especificar si:*

**Con adquisición excesiva:** Si la dificultad de deshacerse de las posesiones se acompaña de la adquisición excesiva de cosas que no se necesitan o para las que no se dispone de espacio.

*Especificar si:*

**Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) son problemáticos.

### **Trastorno obsesivo-compulsivo 300.3 (F42)**

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 145-146). A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

**Nota:** Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de

excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad

por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

*Especificar si:*

**Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

**Con poca introspección:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

*Especificar si:*

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

### **Trastorno por acumulación según el CIE 10**

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (en aras de la brevedad a partir de ahora al hacer referencia a los síntomas el término "obsesivo" reemplazará a "obsesivo-compulsivo". Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (porque su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y

el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a ella. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente (F33) a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

*Pautas para el diagnóstico:*

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas

obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) son reconocidos como pensamientos o impulsos propios
- b) se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista
- c) la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido) y
- d) los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

### **Síndrome de Diógenes**

Este síndrome es conocido con mucha anterioridad en la rama de la psiquiatría y consiste en un extremo abandono del autocuidado (tanto en la higiene como en la alimentación y en la salud) por personas que se alejan de la vida social, no salen de su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda externa. Por lo general este tipo de pacientes son se ancianos solitarios, muy preocupados por un déficit económico que no existe, por tal motivo liberan esa preocupación acumulando basuras y viviendo en una situación de miseria material absoluta. La característica fundamental es la no conciencia de la enfermedad que tiene la persona que padece del síndrome por ende dificulta en gran medida cualquier tipo de intervención consensuada. Los primeros en denunciar el estado del enfermo acostumbran a ser los vecinos o familiares, ya que la situación de falta de higiene puede llegar a causar verdaderos problemas en el vecindario, además de peligrar la salud del anciano.

Cabe mencionar que el trastorno por acumulación no solo es comorbido con el TOC también con el Síndrome de Diógenes (Jiménez Játiva, 2008).

### **Síndrome de Noé**

Es una denominación oficiosa de un trastorno psiquiátrico para el que todavía no existe una etiqueta específica en los manuales de diagnóstico en salud mental. En este sentido, la mayoría de expertos en el tema aconsejan caracterizar a estos pacientes simplemente como acaparadores compulsivos de animales o simplemente acaparadores de animales.

El cuadro clínico de las personas afectadas se caracteriza por el acaparamiento de un elevado número de animales, unido a la negación de los cuidados básicos y a la incapacidad de reconocer las consecuencias que ello puede tener para su salud y bienestar (Patronek y Nathanson, 2009; citado por Fatjó et al., 2011).

Si bien como cualquier otro trastorno, el trastorno por acumulación a pesar de su novedad también presenta comorbilidad con otros trastornos y síndromes pero sigue manteniendo su diagnóstico diferencial.

### **Paradigma del procesamiento de información**

El procesamiento de la información se realiza de manera selectiva y sesgada de acuerdo con los esquemas idiosincrásicos y los intereses de cada persona. La hipótesis de la congruencia



describe que los individuos procesarán selectiva y sesgadamente la información autorreferente que sea congruente con su dimensión cognitiva de personalidad. Por otro lado, las cogniciones y el procesamiento sesgado de la información influyen de forma crítica en los síntomas conductuales, afectivos, somáticos y motivacionales. El procesamiento sesgado de la información asociado a perturbaciones psicológicas tiende a ser automático y menos accesible al control de la conciencia, porque la mayor parte del mismo ocurre de forma preconsciente bajo la dirección de un modo primario (Clark & Beck, 1997; citado por Henao, 2008).

### **Aspectos centrales del paradigma del procesamiento de la información**

**Esquemas:** Son la definición del almacén del sistema dentro del cual se representa la información. El esquema puede verse como una organización cognitiva y estable que contiene la totalidad del autoconocimiento y del mundo; representa la información referente a una categoría particular de "personas, objetos y eventos". El esquema se desarrolla conforme se desarrolla el individuo y se fortalece a su vez con la repetición, procesamiento y organización de información similar que se almacena en el mismo esquema. La mayor utilización de un esquema fortalecerá su fortaleza y cohesión interna, aumentando su resistencia al cambio (Herrera, 2007).

Los esquemas se organizan en estratos, desde la información de eventos particulares y/o elementos simples de conceptos complejos, hasta esquemas que integran representaciones del concepto o de eventos intrincados como un todo en la parte superior de la jerarquía.

**Procesos:** Son las operaciones que realiza el sistema para manipular y trasladar la información desde, hacia y entre las estructuras y el medio ambiente, con el fin de generar productos cognitivos (Herrera, 2007).

Las operaciones cognitivas son aquellas reglas de transformación, por medio de las cuales las estructuras profundas son trasladadas a las estructuras superficiales. Esta fase de procesamiento también influye en el tipo de manejo que se le dará a la información que ingrese al sistema o a la que ya existe almacenada.

**Productos:** Los productos o eventos cognitivos podrían definirse como las salidas finales o las conclusiones del sistema, que resultan de la interacción de la información interna o externa, las estructuras y las operaciones cognitivas. Los productos cognitivos son más influenciados por los estados emocionales internos, más asequibles a la conciencia del individuo, menos estables y más relacionados con las demandas externas. Los productos son vistos como resultado de estados más profundos, con una función autoconfirmatoria y perpetuadora del equilibrio de los esquemas subyacentes. Los productos cognitivos han recibido diferentes nombres: auto verbalización, inferencias, pensamientos automáticos, atribuciones (Herrera, 2007).

## **Esquemas maladaptativos tempranos**

Los esquemas disfuncionales tempranos son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos. Las siguientes características de los esquemas disfuncionales tempranos:

- Verdades rotundas
- Se auto-realizan
- Se resisten al cambio.
- No son funcionales.
- En su mayoría se generan y activan debido a experiencias ambientales.
- Afecto elevado.
- Son la integración de temperamento y experiencias vividas a los largo del ciclo vital.

Los esquemas disfuncionales tempranos reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente. En función de esto: 1. Se autoperpetúan, por eso son más difíciles de cambiar. 2. Son claramente disfuncionales y, por tanto, mantenerlos tiene consecuencias negativas. 3. Se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema concreto. 4. Están asociados a niveles elevados de afecto. 5. Son consecuencia de experiencias disfuncionales con los padres, los hermanos, etc., es decir, de experiencias que tenemos con las personas significativas de nuestra vida, sobre todo, en los primeros años de la vida (Rodríguez, 2009).

Orígenes: Young plantea que los esquemas son la secuencia de una interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño. Ha postulado 5 necesidades emocionales centrales: 1) Afectos seguros con otras personas. 2) Autonomía, competencia y sentido de identidad. 3) Libertad para expresar las necesidades y emociones válidas. 4) Espontaneidad y juego. 5) Límites realistas y autocontrol.

De acuerdo con el modelo de los esquemas, un individuo psicológicamente sano es el que puede conseguir satisfacer adaptativamente estas necesidades emocionales centrales Young plantea que los esquemas son la secuencia de una interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño. Ha postulado 5 necesidades emocionales centrales: 1) Afectos seguros con otras personas. 2) Autonomía, competencia y sentido de identidad. 3) Libertad para expresar las necesidades y emociones válidas. 4) Espontaneidad y juego. 5) Límites realistas y autocontrol. De acuerdo con el modelo de los esquemas, un individuo psicológicamente sano es el que puede conseguir satisfacer adaptativamente estas necesidades emocionales centrales.

### **Perfil cognitivo**

La cognición (del latín: cognoscere, ‘conocer’) se define como la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información. Consiste en procesos tales como

el aprendizaje, razonamiento, atención, memoria, resolución de problemas, toma de decisiones y procesamiento del lenguaje (Pane, 2015).

(Beck, 1981, citado por Sánchez 1992 pág. 15) define la cognición como la “valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no”. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar

Un sistema cognitivo maduro: Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contrastación de hipótesis o verificación. (Sánchez 1992 pág. 16)

Un sistema cognitivo primitivo: Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo. (Sánchez 1992 pág. 16)

## **Creencias**

Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.

Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad.

Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. En cambio las periféricas o secundarias son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad.

Las creencias irracionales. Son cogniciones evaluativas personales, absolutistas, expresadas como obligación, y asociadas a emociones inadecuadas como ansiedad, depresión; que interfieren con la consecución de metas. Las más frecuentes son:

(Ellis 1961, citado por Moreno, N. 2007).

<b>Tabla 1. LAS 11 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS DE ALBERT ELLIS</b>		
<b>Creencia Irracional</b>	<b>Porqué es irracional</b>	<b>Alternativas racionales</b>
<p><b>Idea irracional nº 1:</b></p> <p><b>"Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad"</b></p>	<p>El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable.</p> <p>Si se necesita de forma extrema la aprobación siempre se generará una preocupación por el cuánto le aceptarán a uno.</p> <p>Es imposible que uno sea siempre simpático o agradable cara a los demás.</p> <p>Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía.</p> <p>El intentar ser aprobado por los demás generaría un servilismo donde se tendría que abandonar las propias necesidades.</p> <p>La incertidumbre de no conseguir la aprobación de los demás generaría un comportamiento inseguro y molesto perdiéndose con ello el interés de los demás.</p>	<p>El individuo no debería intentar erradicar todos sus deseos de aprobación, sino las necesidades excesivas de aprobación o amor.</p> <p>El individuo debería buscar más la aprobación por sus hechos, actividades y comportamientos que "por sí mismo".</p> <p>El no ser considerado por los demás es algo frustrante pero no horroroso o catastrófico.</p> <p>El individuo debería preguntarse: "¿Qué quiero hacer en el curso de mi</p>

		<p>relativamente corta vida?, más que ¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera?</p> <p>Para conseguir el amor de los demás, una de las mejores formas es darlo.</p>
<p><b>Idea irracional nº 2:</b>  <b>"Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles".</b></p>	<p>Ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos.</p> <p>Intentar tener éxito está bien, pero el exigirse que se debe tener éxito es la mejor manera de hacerse sentir incompetente e incapaz.</p> <p>Forzarse más de la cuenta acarrea estrés y enfermedades psicosomáticas.</p> <p>El individuo que lucha por el éxito total está en continua comparación con otros ante los que se siente invariablemente inferior.</p> <p>El ambicionar el éxito conlleva el querer ser superior a los demás, con lo que invariablemente se entra en conflicto con los otros.</p> <p>El buscar el éxito distrae al individuo de su auténtico objetivo de ser más feliz en la vida.</p> <p>La preocupación por el éxito acarrea el miedo al fracaso y a cometer errores, con lo que es fácil generar un disgusto por el</p>	<p>El individuo debe actuar, más que actuar bien. Se debe concentrar más en el disfrutar del proceso más que del resultado.</p> <p>Cuando intenta actuar bien es más para su propia satisfacción, que para agradar o ser mejor que los demás.</p> <p>Debe cuestionarse con frecuencia si está luchando por alcanzar un objetivo en sí, o por un objetivo para su propia satisfacción.</p> <p>En la lucha por alcanzar sus objetivos el individuo debe aceptar sus propios errores y confusiones en vez de horrorizarse por ellos.</p> <p>Se debe aceptar la necesidad de practicar y practicar las cosas antes de conseguir el éxito.</p> <p>Se debe forzar a hacer de vez en cuando aquello en lo que se teme fracasar, aceptando el hecho que los seres humanos no somos perfectos.</p>



	trabajo y una tendencia al fracaso real en éste.	
<p><b>Idea irracional nº 3:</b>  <b>"Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad".</b></p>	<p>Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente sin una "maldad consciente".</p> <p>El individuo que actúa mal en la mayoría de los casos, es una persona ignorante o perturbada que no es consciente de las consecuencias de sus comportamientos para los demás y para sí misma.</p> <p>El castigar o culpabilizar severamente al que comete errores normalmente le conduce a seguir cometiéndolos, por el contrario una actitud más tolerante y racional a la hora de considerar sus errores le favorece más el cambio positivo.</p> <p>El culpabilizarse uno y generar depresión, angustia o ansiedad, como el culpabilizar a los demás generando rabia y hostilidad, no conduce a otra cosa que al conflicto personal o social.</p>	<p>No se debe criticar o culpar a los otros por sus fallos, sino comprender que éstos son cometidos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional.</p> <p>Cuando alguien le culpabilice a uno, deberá preguntarse si realmente uno lo hizo mal e intentar mejorar su conducta, pero si no lo ha hecho, comprender que la crítica de los demás es un problema de ellos, por algún tipo de defensa o perturbación.</p> <p>Es positivo comprender por qué la gente actúa como lo hace desde su punto de vista, y si hay una manera calmada de hacerle entender sus errores, practicarla. Si no es posible habrá que decirse "esto es malo, pero no necesariamente catastrófico".</p> <p>Deberá intentar comprender que tus propios errores como los de los demás son el resultado de la ignorancia o de la perturbación emocional.</p>
<p><b>Idea irracional nº 4:</b>  <b>"Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".</b></p>	<p>No hay razón para pensar que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son, otra cosa es que nos agrade o no.</p> <p>El estar abatidos por las circunstancias no nos ayudará a mejorarlas, y sí es posible que de esta forma las empeoremos.</p> <p>Cuando las cosas no nos salen está bien luchar por cambiarlas, pero cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son.</p> <p>Aunque nos veamos frustrados o privados de algo que deseamos, el sentirnos muy desdichados es sólo consecuencia de considerar erróneamente nuestro deseo como una</p>	<p>Se debe discernir si las circunstancias son realmente negativas, o si estamos exagerando sus características frustrantes.</p> <p>El sentido catastrófico se lo damos a veces con nuestras propias expresiones: "Es terrible", "Dios mío", "No puede soportarlo". Hemos de aprender a cambiar estas expresiones por otras más racionales y realistas: "Son negativas pero no catastróficas", "Estoy convencido de que puedo soportarlo".</p> <p>Hemos de intentar tomar las situaciones difíciles</p>

	necesidad fundamental.	como un desafío del que hemos de aprender.
<p><b>Idea irracional nº 5:</b>  <b>"La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones"</b></p>	<p>Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones le hagamos caso.</p> <p>La expresión "me duele que mis amigos no me hagan caso" está mal dicha, ya que lo que me duele es que yo me lo diga dándole un valor de terrible o insoportable.</p> <p>Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible el poderlas cambiar.</p>	<p>Un individuo, cuando experimente una emoción dolorosa, debe reconocer que es él el creador de dicha emoción, y que como la origina, también puede erradicarla.</p> <p>Cuando un individuo observa de forma objetiva sus emociones dolorosas descubre los pensamientos y frases ilógicas que están asociados con esa emoción. Y cuando es capaz de cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar las emociones autodestructivas.</p>
<p><b>Idea irracional nº 6:</b>  <b>"Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra"</b></p>	<p>Si se está muy preocupado por un asunto de riesgo, el nerviosismo impide ver realmente la gravedad del asunto.</p> <p>La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra, impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre.</p> <p>El preocuparse mucho de que algo suceda no solo no evita que ocurra, sino que a menudo contribuye a su aparición.</p> <p>El inquietarse por una situación peligrosa conlleva el exagerar las posibilidades que ocurra, aunque sea esto muy improbable.</p> <p>Cuando han de venir acontecimientos inevitables como la enfermedad o la muerte de nada sirve el preocuparse anticipadamente por ellos.</p> <p>La mayoría de los hechos temidos y peligrosos (como las enfermedades) son mucho menos catastróficos cuando ocurren de verdad, pero la ansiedad o el miedo de que sobrevengan si constituye algo incluso más doloroso que la propia situación</p>	<p>Deberemos comprender que la mayoría de las preocupaciones no las causan los peligros externos, sino la manera que tiene uno de hablarse a sí mismo.</p> <p>Hemos de darnos cuenta que los miedos no nos ayudan a evitar los peligros, más bien todo lo contrario.</p> <p>Debemos comprender que la mayoría de los miedos tiene en su origen el miedo a lo que los demás piensen de mí. Por tanto hemos de darnos cuenta lo irracional de este argumento.</p> <p>Deberá de vez en cuando hacer las cosas que más miedo le dan (como hablar en público, defender sus derechos o mostrar sus puntos de vista con superiores) para demostrarse que no son tan terribles esos miedos.</p> <p>No deberá afectarse de que miedos que parecían ya superados vuelvan a aparecer de nuevo, deberá trabajar para erradicarlos afrontándolos hasta</p>

	temida.	que ya no le afecten.
<p><b>Idea irracional nº 7:</b>  <b>"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"</b></p>	<p>Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto trae grandes consecuencias negativas, por ejemplo el dejar de estudiar, de trabajar o de realizar cualquier actividad que requiere esfuerzo físico o psíquico.</p> <p>El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer la actividad desagradable.</p> <p>La confianza en uno mismo sólo proviene de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil pero a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal.</p> <p>Aunque mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, a la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando está comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo.</p>	<p>Un individuo racional deberá esforzarse en realizar las cosas desagradables que sea necesario hacer y terminarlas lo más pronto posible.</p> <p>No debemos suponer que detrás de cada evasión de nuestros problemas existe una actitud indolente "por naturaleza", sino suponer que ésta es el resultado de creencias irracionales que debemos descubrir y cambiar.</p> <p>No deberá imponerse una autodisciplina rígida ni exagerada pero sí planificar las actividades y objetivos de un modo razonable, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo.</p> <p>Un individuo racional acepta la vida con lo que ésta conlleva de dificultades, el descansar o evitar los problemas sólo sirve para agradecerlos.</p>
<p><b>Idea irracional nº 8:</b>  <b>"Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar"</b></p>	<p>Aunque en normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no hemos de llegar al punto de que los demás elijan o piensen por nosotros.</p> <p>Cuanto más se depende de los demás, menos se elige por uno mismo y más se actúa por los demás con lo que se pierde la posibilidad de ser uno mismo.</p> <p>Cuanto más se dejan las decisiones en los demás, menos oportunidad tiene uno de aprender. Por lo que actuando así se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima.</p> <p>Cuando se depende de los demás se queda uno a merced de</p>	<p>Aceptar el hecho de que uno está solo en el mundo, y que no es tan terrible apoyarse en uno mismo y tomar decisiones.</p> <p>Comprender que no es terrible el fracaso en la consecución de los objetivos, y que los fracasos no tienen que ver con la valía como ser humano.</p> <p>Es preferible arriesgarse y cometer errores por elección propia que vender el alma por una ayuda innecesaria de los demás.</p> <p>No debe, de forma rebelde o defensiva, rechazar</p>

	<p>ellos, y esto implica que la vida toma un cariz incontrolable ya que los demás pueden desaparecer o morir.</p>	<p>cualquier ayuda de los demás, para probar lo "fuerte" que es. Es positivo aceptar la ayuda de los demás cuando es necesaria.</p>
<p><b>Idea irracional nº 9:</b>  <b>"La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente"</b></p>	<p>Aunque una persona haya tenido que sufrir los excesos y condicionamientos de otros, por ejemplo ser excesivamente complaciente con los padres, eso no quiere decir, que por ejemplo 20 años después haya que seguir siéndolo.</p> <p>Cuanto más influenciado se está por el pasado, más se utilizan soluciones a los problemas que fueron utilizadas entonces pero que hoy pueden ser ineficaces y por tanto se pierde la oportunidad de encontrar otras actuales y más útiles.</p> <p>El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido.</p> <p>Se exagera la importancia del pasado cuando en vez de decir "por mi pasado me resulta difícil cambiar", se dice "por mi pasado me resulta imposible cambiar".</p>	<p>Un individuo racional acepta el hecho de que el pasado es importante y sabe de la influencia de éste en el presente, pero sabe a la vez que su presente es el pasado del mañana y que esforzándose en transformarlo, puede conseguir que su mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio.</p> <p>En lugar de realizar los mismos comportamientos del pasado de forma automática, deberá parar y desafiar esos comportamientos tanto verbal como activamente.</p> <p>En vez de rebelarse con rencor contra todas y la mayoría de las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y rebelarse sólo con aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales.</p>
<p><b>Idea irracional nº 10:</b>  <b>"Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás"</b></p>	<p>Los problemas de los demás con frecuencia nada o poco tienen que ver con nosotros y no hay ninguna razón por la que debamos estar preocupados por ellos.</p> <p>Aunque los demás realicen comportamientos que nos perturban, nuestro enojo no proviene de su conducta sino de lo que nos decimos a nosotros mismos.</p> <p>Por mucho que nos disgustemos por la conducta de los demás, esto probablemente no la cambiará, hemos de aceptar que no tenemos el poder de cambiar a los demás.</p> <p>Y si acaso lo conseguimos, hemos pagado un alto precio con</p>	<p>Debemos preguntarnos si realmente merece la pena preocuparse por los comportamientos de los demás, y debemos interesarnos sólo cuando nos preocupen lo suficiente, cuando pensemos que podemos ayudar a cambiar o que nuestra ayuda puede ser útil realmente.</p> <p>Cuando aquellos que nos preocupan estén actuando erróneamente, no debemos preocuparnos por sus comportamientos y sí hacerles ver de forma tranquila y objetiva sus errores.</p> <p>Si no podemos eliminar la conducta autodestructiva de otros, debemos al menos no</p>

	<p>nuestra perturbación, y hemos de buscar otras formas menos destructivas de intentar, sin alterarnos, que los demás corrijan sus errores.</p> <p>El involucrarnos en los problemas de otros a menudo se usa como una excusa sutil para no afrontar nuestros propios problemas.</p>	<p>estar enojados con nosotros mismos por no conseguirlo y renunciar a la ideas de mejorar esa situación.</p>
<p><b>Idea irracional nº 11:</b>  <b>"Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe"</b></p>	<p>No existe ni seguridad, ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas.</p> <p>Los desastres que la gente imagina que le sobrevendrán si es que no consiguen una solución correcta a sus problemas, no tienen una existencia objetiva sino que son desastres creados en su mente, que en la medida en que se los crean le ocurrirá algo catastrófico (como un intenso estado de pánico o desesperanza).</p> <p>El perfeccionismo induce a resolver los problemas de forma mucho menos "perfecta" que si no se fuera perfeccionista.</p>	<p>Un individuo racional no comete la estupidez de decirse que se debe conocer la realidad totalmente, o tiene que controlarla, o deben existir soluciones perfectas a todos los problemas.</p> <p>Cuando se enfrenta a un problema, un individuo racional pensará en varias soluciones posibles a elegir, y elegirá la más factible y no la "perfecta", sabiendo que todo tiene sus ventajas e inconvenientes.</p> <p>Deberá buscar entre las opciones extremas (blanco o negro) los puntos intermedios y moderados (grises).</p> <p>Debe saber que errar es de humanos, pero que sus actos no tienen nada que ver con su valor como ser humano. Sabiendo que sólo aprendemos de realizar intentos y equivocaciones, deberá experimentar una y otra vez hasta dar solución a sus problemas.</p>

Estas 11 creencias irracionales básicas fueron sintetizadas posteriormente por Ellis (1977)

en:

Las 3 creencias irracionales básicas

Con respecto a: Idea irracional

Uno mismo "Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones".

Los demás "Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa"

La vida o el mundo "La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad"

Otro de los aspectos importantes a evaluar en la paciente con respecto al procesamiento de la información son las distorsiones cognitivas, las cuales son básicamente malinterpretaciones que realizan las personas de manera persistente y de manera errónea en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico. Las distorsiones cognitivas se clasifican en los siguientes 15 tipos:

- Filtraje o abstracción selectiva: valorara una situación global de manera negativa por determinados hechos particulares, como si toda la situación fuera solo ese hecho.
- Pensamiento polarizado: clasificar las cosas en términos extremos y opuestos.
- Sobregeneralización: sacar conclusiones generales de hechos particulares.
- Interpretación del pensamiento: suponer las razones o intenciones de las otras personas sin prueba alguna.
- Visión catastrófica: ponerse en la posición de que ocurrirá lo peor.

- Personalización: tendencia a relacionar lo que sucede a nuestro alrededor como relacionado con otros, que a veces también hace que se presenten comparaciones.
- Falacia de control: creer de manera extrema que uno tiene todo el control o responsabilidad de las cosas, o bien, que uno está controlado totalmente por las circunstancias y no puede hacer nada.
- Falacia de justicia: creer que todo lo que ocurre se debe hacer de determinada manera y que si no es así, es injusto.
- Falacia de cambio: creer que en un problema con otra persona o circunstancia no podemos hacer nada, a menos que cambie primero esa persona o esa circunstancia.
- Falacia de recompensa divina: esperar que los problemas cambien por si solos, esperando que las cosas mejoren en el futuro sin buscar soluciones en el presente.
- Etiquetas globales: ver a los demás o a nosotros mismos con criterios generales de ser de una determinada manera, ignorando otros aspectos.
- Culpabilidad: echarse toda la responsabilidad de las acciones viéndonos como personas viles e indignas, o bien haciendo lo mismo con otros.
- Deberías: mantener reglas rígidas sobre como tienen que suceder las cosas de manera exigente.
- Tener razón: no considerar que cada persona tiene puntos de vista distintos y tratar de luchar por imponer el propio criterio.
- Razonamiento emocional: considerar que si uno se siente de un modo determinado entonces es verdad que tiene que haber un motivo real para sentirse así. (Camacho, 2003).

Para evaluar estas distorsiones se hace un registro en donde se registra una situación de la paciente, la emoción que genera en ella dicha situación, el pensamiento automático que se le viene a la mente (distorsión), y finalmente la conducta, es decir la acción cometida por la paciente ante dicha situación.

### **Sesgos confirmatorios**

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 (Riso, W 2006).



## CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DISCUSIÓN

### 6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

#### Datos relevantes de la paciente

Nombre: María

Edad: 40 años

Nace con cataratas congénitas y estrabismo, es la mayor de 4 hermanos. Proveniente de la ciudad de Medellín, desde los 7 años habita en Bello con sus padres, hermanos y abuela materna. Padre alcohólico que maltrata a su esposa e hijos física y psicológicamente. Ante esto la paciente busca refugio en su abuela y casi sin darse cuenta empieza guardar entre sus pertenencias retazos de tela.

Debido a sus inconvenientes visuales siempre ha tenido lentes, motivo por el cual recibía constantes burlas por parte de sus compañeros de colegio, lo que generó un aislamiento por parte de ella y una creciente dificultad para relacionarse con otros. Cuando estaba en sexto los compañeros le dañaron los cuadernos, lo que generó un sentimiento de dolor y humillación, después de esto se fue desanimando cada vez más, pierde el año escolar y empieza a enfermar, presentando síntomas como pérdida de peso, desaliento, taquicardia y mareo, por lo que la madre decide retirarla del colegio.

En la adolescencia María se dedicó a las labores de su hogar, al cumplir los 18 años retoma los estudios pero solo estuvo 1 mes porque nuevamente enfermó.

A los 27 años la madre le bota una bolsa con muñecas, mantas y demás juguetes que tenía en su habitación llenos de cucarachas y la paciente se muestra ansiosa, con rabia y tristeza. A pesar de esto sigue guardando objetos.

Para el 2007, ya con 33 años se presenta la muerte de su abuela, después de esto sigue enfermando, esta vez se le dificulta tragar alimentos sólidos, siente profundo dolor en las manos, se siente torpe, se le dificulta abrir las manos, constantemente se lava las manos con alcohol, dificultad para realizar las tareas del hogar; ante esta situación la madre acude a un sacerdote pues cree que lo de su hija es un maleficio. Un año después María es llevada al médico y este la remite a psiquiatría quien a su vez remite a terapia cognitiva conductual para el tratamiento del TOC. Permanece en terapia un año y le medican flouxetina.

En el 2014 retoma la asistencia psiquiátrica.

Motivo de consulta: Remisión por psiquiatría para intervenir el TOC

Queja: La paciente manifiesta que se le dificulta tragar alimentos sólidos

Demanda: Duelo patológico por no superar muerte de la abuela

### **Antecedentes de salud**

- En la paciente: Cataratas congénitas, estrabismo, asma hasta los 24 años
- En su familia

Padre: alcoholismo, glaucoma

Madre: diabetes

Hermana menor: claustrofobia

Hermanos: uno de ellos con problemas alimenticios, el otro con constantes dolores de cabeza debido a un accidente automovilístico, ninguno de los dos tiene un diagnóstico establecido.

**Descripción del problema actual:** Mujer de 40 años que vive con sus padres y sus tres hermanos, no labora, se le dificultan las relaciones interpersonales por lo cual no tiene amigos ni pareja, manifiesta excesiva preocupación por sucesos de la vida cotidiana, con más de 5 años de haber perdido a su abuela todavía realiza exclamaciones como: “juntas todo era más fácil”. Según ella se denomina “apegada a las cosas”, puesto que se le dificulta deshacerse de objetos que ya no utiliza aunque esto le genere desorden y sea el hábitat de insectos en su habitación.

Síntomas cognitivos: pensamientos recurrentes de que algo malo va a pasarle a ella y su familia (en especial a su madre y hermana), sentimiento de torpeza.

### **Síntomas**

- fisiológicos: pérdida del apetito, dificultad para comer alimentos sólidos, taquicardia, dolores de cabeza, opresión en el pecho, dolor en las manos
- comportamentales: aislarse de su padre y hermanos, no manifiesta iniciativa para retomar estudios ni laborar

### **Factores contribuyentes**

Duelo mal elaborado por la muerte de su abuela, la madre deja pasar un año antes de llevarla al médico porque atribuyen la situación de María como producto de la brujería, no hay constancia en el proceso terapéutico.

### **Factores protectores**

La madre y la hermana quienes se esfuerzan en la consecución del dinero para las citas de María.

### **Áreas afectadas**

Familiar: únicamente habla con su padre para responder lo que él le pregunta, no tiene intención de establecer una conversación y tampoco deja que la acompañe al médico. Con los 2 hermanos habla muy poco. Con la hermana y la madre tiene una relación muy estrecha en donde se cuentan las cosas y se acompañan en diligencias

Laboral: Nunca ha tenido un trabajo ni se ha interesado por tenerlo.

Social: Se considera una mujer muy tímida y no tiene amigos ni se cree capaz de conseguirlos.

Afectiva: Nunca ha tenido una relación sentimental.

Académica: No culminó los estudios de la secundaria (realizó hasta el grado sexto).

### **Tipo de apego**

El tipo de apego encontrado en la paciente fue extremo ya que sus padres y abuela siempre han creído que no es capaz de realizar las cosas por si misma por ende María tiene muy consolidada la idea que es una mujer incapaz y carece de autonomía por eso cada decisión que toma está evaluada en primer lugar por su madre.

### **Estrategias de afrontamiento**

La estrategia de afrontamiento más utilizada por la paciente es la de búsqueda de apoyo social, puesto que en la infancia la paciente recurría a descargar la emoción en su abuela y ahora que ésta ha fallecido recurre a su madre para que la ayude a tranquilizarse y a buscar alternativas para la solución, en este caso las alternativas siempre están guiadas a la pasividad y evitación del problema, es decir resignarse a que las cosas pasan debido a las enfermedades y demás factores externos que no pueden cambiar.

### **Diagnóstico multiaxial**

Eje I: 300.3 (F42) Trastorno por Acumulación

Eje II: Rasgos de estructura de personalidad evitativa

Eje III: Estrabismo, osteoporosis

Eje IV: Dificultades con el grupo primario de apoyo, en el campo educativo, laboral, social y afectivo.

Eje V: Nivel actual de funcionamiento 40 ya que evidencia un deterioro grave en varias áreas tales como el trabajo, la escuela, juicio, pensamiento, relaciones familiares y sociales.

(Escala GAF).

## Puntaje de las pruebas realizadas

De acuerdo a los resultados arrojados por el Cuestionario de Esquemas (YSQ- L2) estos fueron los puntajes de cada uno de los esquemas en el sujeto investigado

Esquema	Resultados de cuestionario	DS	LI	Media	LS
Deprivación emocional	34	7.58	8.98	16.56	24.14
Abandono / Inestabilidad	97	13.83	23.74	37.57	51.4
Desconfianza / Abuso	71	13.93	23.88	37.81	51.74
Aislamiento social	52	8.48	12.93	21.41	29.89
Vergüenza / Defectuosidad	34	9.92	15.58	25.5	35.42
Indeseabilidad social	41	5.28	10.14	15.42	20.7
Fracaso	36	5.52	8.49	14.01	19.53
Dependencia / Incompetencia	70	8.3	16.78	25.08	33.38
Vulnerabilidad al daño	80	10.27	19.06	29.33	39.6
Entrampamiento	21	7.57	12.02	19.59	27.16
Subyugación	28	6.41	14.55	21.49	28.43
Autosacrificio	35	13.55	27.66	41.21	54.76
Inhibición emocional	30	6.94	14.55	21.49	28.43
Estándares inflexibles	63	12.11	27.49	39.6	51.71
Egocentrismo / Grandiosidad	20	9.35	17.32	26.67	36.05
Autocontrol / Autodisciplina insuficientes	19	11.11	22.9	34.01	45.12

La puntuación del esquema deprivación emocional fue de 34.

En cuanto al esquema de abandono fue aquel con mayor puntuación en la prueba, con un resultado de 97.

Para el esquema de desconfianza también hay una alta tendencia que se aleja de manera significativa de la media poblacional, puesto que la puntuación obtenida fue de 71.

En el aislamiento social la puntuación fue de 52, se complementa con el esquema de indeseabilidad social que por supuesto también refleja una alta tendencia que supera la media poblacional, 41 puntos.

En el esquema de fracaso la puntuación llegó a 36.

En cuanto al esquema de Dependencia/ Incompetencia la puntuación de 70, hay una tendencia alta que se aleja de manera considerable de la media.

En el esquema de vulnerabilidad al daño hay una puntuación de 80, puntuación que dobla el valor de la media poblacional.

En la inhibición emocional con un resultado de 30, que se contrasta con el esquema de autocontrol/ indisciplina insuficiente que está por debajo de los estándares de la media poblacional, con una puntuación de 19,

Finalmente en el esquema de estándares inflexibles con un puntaje de 63.

Por su parte el Cuestionario de Ideas irracionales (I.B.T), arroja los siguientes datos:

Para la reacción a la frustración el puntaje fue de 38.

En cuanto a la responsabilidad emocional la puntuación fue de 40.

La ansiedad por preocupación es otro de los indicadores altos reflejados en esta prueba puesto que para esta idea la puntuación fue de 38,

Dependencia, la puntuación en el test fue de 35.

Las demás ideas de la prueba recibieron puntajes que se ajustan a la media poblacional y no son clínicamente significativos en el caso de la paciente con la que se trabajó en esta investigación.

Para el Inventario de depresión de Beck la puntuación fue de 8, resultado que se encuentra dentro de la media y contrastando con las entrevistas indican que la paciente no se encontró con depresión o algún episodio de la misma para momento de la investigación.



En resumen la información se esquematizó en el siguiente cuadro:

### Datos relevantes de la familia y su infancia.

Nace con cataratas congénita, mayor de 4 hermanos, padre maltratador, madre permisiva, recibe constantes burlas de compañeros del colegio por sus lentes, la abuela con la que vive es su confidente y quién tranquiliza cuando está abatida, desde niña guarda retazos de tela, tras la muerte de su abuela al inicio de su adultez acumula artículos en cantidades desmedidas.

**Creencia nuclear:** Creencia de indefensión: Soy inferior (no estoy en el mismo nivel que los otros).

**Creencias intermedias :** Ya nada será igual si me botan mis cosas, debido a mis inconvenientes de salud no soy capaz de terminar el bachillerato porque soy muy enferma, así como perdí a mi abuela en algún momento puedo perder a mi madre y a mi hermana, debo ir acompañada a las citas por mi ceguera.

**Sesgos confirmatorios:** Cada vez que le botan algo se siente menos valorada y se enferma de algo diferente, cuando retomó el bachillerato al inicio de su adultez no comprendía los temas y nuevamente enfermó, los constantes casos que muestran en noticieros de mujeres asesinadas en las calles, la mamá manifiesta tener miedo de que salga sola a la calla porque de pronto la atropellan o se pierde.

**Estrategias compensatorias:** Evitar la confrontación, evadir la responsabilidad, distanciarse de otros para complacerse solo a sí mismo.

### Registro de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas

Situación 1: La madre entra a su cuarto y bota las pertenencias viejas sin utilidad

Pensamientos automáticos: "No me respeta", "no me entiende"  
Distorsión: Abstracción selectiva

Emoción: Tristeza, temor, ansiedad

Conducta: Irse a llorar donde no la vean, dejarle de hablar a la madre por varios días.

Situación 2: Cambian el color de las paredes de la casa

Pensamientos automáticos: "Nunca toman en cuenta mi opinión", "no soy nadie aquí"  
Distorsión: Sobregeneralización

Emoción: Enojo, tristeza, soledad

Conducta: Cerrar con seguro su habitación para que no la pinten

Situación 3: Plantearle la idea de culminar sus estudios de bachillerato

Pensamientos automáticos: "No voy a ser capaz", "no voy a dormir de tanta tarea"  
Distorsión: Falacia de control, catastrofización

Emoción: Ansiedad, preocupación, tensión

Conducta: Justificarse mediante los inconvenientes de salud y enumerando todas las actividades que realiza en el día

## 6.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Uno de los elementos fundamentales en la construcción del perfil cognitivo de esta investigación fue la creencia central de la paciente, dicha creencia del tipo de indefensión (Soy inferior), en la cual la persona se siente indefenso a nivel personal y no dar la talla en términos de logro como lo dice la teoría cognitiva (Ellis, 1990, citado por Sánchez, 1992) en el caso de esta la paciente acumuladora ella manifestaba constantemente sus inconvenientes de salud que la hacían incapaz de realizar funciones como estudiar, laborar o hasta salir sola a la calle para ir a sus controles médicos. A esta creencia central se suman estructuras mentales duraderas creadas en las etapas tempranas de la vida del sujeto que reciben el nombre de esquemas maladaptativos tempranos, productos del apego extremo a los cuidadores, quienes desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha, la consideran una persona incapaz de valerse por sí misma, dicha consideración ha sido interiorizada creando una idea pobre de autoeficacia hasta para tomar una posición firme frente a su propia vida, de tal manera que cosas tan simples como deshacerse de una envoltura o el empaque de una crema dental hacen parte de este apego.

Los esquemas maladaptativos más representativos en la prueba que se le realizó a la paciente fueron los siguientes:

- Abandono se evidencia el temor inminente que tiene la paciente investigada de perder personas significativas en su vida y quedarse sola, sin ningún tipo de apoyo emocional. De manera recurrente manifiesta la preocupación de que a su

hermana le hagan algo malo en la calle y se niega de manera rotunda a que esta tenga una pareja, la cual ve como un peligro inminente.

- Vulnerabilidad al daño refleja el exagerado temor a que la calamidad o el desastre estén a punto de pasar en cualquier momento y la incapacidad de protegerse a sí mismo ante tal situación, ya sea un terremoto, enfermarse cada día más, la muerte de un familiar cercano, entre otros. (Rodríguez, 2009).

- Desconfianza, en este caso hay una fuerte creencia de que los otros se van a acercar con intenciones de sacar ventaja, herir o engañar.

- Dependencia, esto evidencia la creencia que tiene la paciente de ser incapaz de manejar sus responsabilidades cotidianas de forma competente sin la ayuda de los demás (en el caso de esta paciente en particular sin ayuda de la madre).

- Deprivación emocional, el sentimiento de incompreensión, falta de escucha y de apoyo adecuado por parte de los demás; cuando en el caso de la paciente le botan sus cosas.

- En el aislamiento social, se al fuerte sentimiento que tiene la paciente de no encajar en la sociedad y que no es parte de la misma por ser una persona diferente o extraña, en este caso por sus enfermedades; por tal motivo se complementa con el esquema de indeseabilidad social, que ratifica la creencia que tiene esta mujer de ser inferior que los demás.

- En el esquema de fracaso se relaciona con las veces que María ha querido retomar sus estudios pero que no ha tenido éxito ante la culminación de los mismos y que ratifica su creencia central de inferioridad.

- En la inhibición emocional se puede ver el temor de la pérdida del control de pensamientos, emociones, cuerpo y conducta. Que se contrasta con el esquema de autocontrol/ indisciplina insuficiente que está por debajo de los estándares de la media poblacional, lo que ratifica esta constante represión de las emociones y de esta forma evitar situaciones en donde implique toma de decisiones esfuerzos o compromiso.

(Álvarez, 2001). En el caso de la paciente toda iniciativa que tiene la consulta en primer lugar con su madre para que esta la autorice o desaprobe, así le guste o no a ella.

- Finalmente en el esquema de estándares inflexibles la paciente evidencia el esfuerzo por lograr o cumplir expectativas que solo podrían alcanzarse a expensas de la felicidad, el placer, la salud, el sentido de compañía o relaciones interpersonales satisfactorias, en este caso con su madre y hermana.

A la creencia central de indefensión la alimentan supuestos, actitudes y deberías que en el caso que la paciente ha ido construyendo a lo largo de su vida con todos los sucesos que le acontecieron, las creencias intermedias de Diana son: Ya nada será igual si me botan mis cosas, debido a mis inconvenientes de salud no soy capaz de terminar el bachillerato porque soy muy enferma, así como perdí a mi abuela en algún momento puedo perder a mi madre y a mi hermana, debo ir acompañada a las citas por mi ceguera. Todo esto producto de los eventos negativos que sucedían cada vez que le botaban sus pertenencias, las dificultades que se le presentaron cada vez que retomaba los estudios, la pérdida de su abuela que le dejó un profundo temor a perder más personas significativas en su vida y la manera en la que ella selecciona la información en situaciones estresantes para darles una interpretación, es decir las distorsiones cognitivas lo que se puede contrastar con la teoría de (Beck 1969, citado por Sánchez 1992. Pág

19) que afirma “Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos”. De estos “errores cognitivos” que nos habla la teoría se identificaron 4 tipos:

1. Abstracción selectiva, utilizada por Diana para centrarse en un solo detalle de toda una situación en general, generando así ansiedad que no le permite encontrar soluciones para el manejo adecuado del inconveniente.
2. Sobregeneralización, para Diana era muy fácil sacar conclusiones de un solo hecho para aplicarlas a otros que aun así no tuviesen relación.
3. Falacia de control, en este caso la creencia arraigada de la paciente que el control o eje central de su vida son sus enfermedades.

Catastroficación, aquella posición ya mencionada anteriormente de la paciente por sentir que ocurrirá lo peor. Dentro de esas distorsiones se hacen presentes pensamientos como, “no me entienden”, “Nunca toman en cuenta mi opinión”, “no soy nadie aquí”. “No voy a ser capaz”, “no voy a dormir de tanta tarea”, estos contenidos se pueden sustentar bajo la teoría de (Mckay, 1981, citado por Sanchez 1992. Pág 19) que nos dice: “Los pensamientos automáticos serían los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales”.

Consecuencia de estos estados mentales distorsionados surgen las ideas irracionales que fueron evaluadas en la paciente con las siguientes tipologías sustentadas bajo la teoría de la Terapia racional emotiva de Albert Ellis:

- Reacción a la frustración, se evidencia una alta tendencia de la persona evaluada para dejarse abatir de los problemas, los cuales magnifica y se siente molesta

cuando las cosas no salen como se lo espera, de esta forma pretenden generar un control sobre las situaciones.

- Responsabilidad emocional, indica una alta tendencia que se aleja de manera considerable de la media poblacional, lo que deja en evidencia la sensación general de no poder controlar por parte de la paciente, sus emociones y en donde su estado de ánimo depende de otras personas o circunstancias.
- Ansiedad por preocupación con una tendencia a anticiparse de manera negativa, generándose un bloqueo emocional que afecta el desempeño de la persona tanto en el presente como en las situaciones futuras.
- Dependencia está muy marcada en la paciente, la incapacidad de no ser capaz de asumir sus propias decisiones ya que asume que no se puede valer por sí misma.

En resumen con el presente estudio se mostró como son los procesos constituidos por las distorsiones cognitivas formadas por malas interpretaciones de situaciones presentadas en la vida de una paciente diagnosticada con trastorno por acumulación residente del municipio de Bello, Antioquia; que desde sus primeros años no vivió en un ambiente psicológicamente estable y encontró una manera de adaptarse que sin darse cuenta contribuyó a una creencia central que tiene como producto final una mujer solitaria, prevenida, que se apega más de las cosas que de las personas, con un grado muy bajo de insight y de adherencia al proceso psicoterapéutico convencional, lo que se sustenta bajo la teoría del estudio de (Frías-Ibáñez et al., 2014) sobre la nosología del trastorno por acumulación y estudio “The Role of Adult Attachment and Social Support in Hoarding Disorder” (E. Medard and S. Kellett, 2013).

## CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 7 CONCLUSIONES

- A pesar del desarrollo y funcionamiento adecuado de la parte física del cerebral en la paciente, sus esquemas semántico, procedimental, motivacional, cognitivo, pero sobretodo afectivo, han desencadenado un rol de inferioridad que propició, distorsiones cognitivas, sesgos confirmatorios, heurísticos y profecías tan ligadas a la vulnerabilidad, ansiedad y desconfianza que dicha paciente optó por un aislamiento social, acumulación de objetos sin valor útil y la desvinculación total de los campos laboral y educativo.
- Se pudo determinar el perfil cognitivo de la paciente diagnosticada con trastorno por acumulación, explicando de manera detallada cada uno de los elementos basados en la psicología cognitiva que permitieron a su vez contribuir a la teorización del trastorno como tal y su existencia en la población colombiana, la cual carece de registros sólidos y trabajos investigativos con pacientes de este tipo.
- Mediante la investigación se pudo determinar, cómo los esquemas maladaptativos, ideas irracionales, distorsiones cognitivas, creencias intermedias y creencia central; influyen de manera en el surgimiento del trastorno por acumulación. Debido a que el tipo de investigación era Estudio de caso no se refuto ni comprobó ninguna hipótesis pero este trabajo, es de utilidad para realizar investigaciones mucho más amplias en el futuro sobre el tema de trastorno por acumulación.

## **8. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda continuar en la búsqueda de pacientes acumuladores para que no solo se puedan hacer campañas de promoción y prevención de la enfermedad sino también implementar estrategias de tratamiento para una problemática que lleva más de una década estudiada pero que no ha recibido la acogida oportuna para contribuir a la salud mental de pacientes en Latinoamérica.
- Continuar realizando estudios de caso partiendo de la particularidad de cada persona para la construcción de varias teorías en donde se especifiquen cada vez más las características propias del acumulador y se aleje más de la sintomatología del TOC.



## CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

### 9. BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de Bello. (7 de febrero de 2015). *Estructura Político - Administrativo*. Recuperado de

<http://www.bello.gov.co/index.php/institucionales/presentacion-del-municipio/item/91-estructura-politico-administrati>

Álvarez, J. L. (2001). *Psicología cognita afectiva*. Compilación, textos y anotaciones, Medellín.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (I. Burg Translations, Trad.) Chicago: American Psychiatric Publishing.

Cabrera Cortés, I. A. (2003). El procesamiento humano de la información: en busca de una explicación. *ACIMED*, 11(6), 0-0.

Camacho, J. (2003) El ABC de la terapia cognitiva. (2 de noviembre de 2014). Recuperado de

<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Congreso de la Republica Colombiana. (24 de Enero de 2015). *Ley de Salud Mental*. Recuperado de

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Congreso de la Republica Colombiana. (2 de Noviembre de 2014). Ley 1090 del 2006.

Recuperado de <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Constituyente 1991. (1991). *Constitución política de Colombia*. Bogotá: Libro Arte.

Castrillón, D. A. (2005). Validación del Young schema questionnaire long form - Second edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.

Fatjó, J., Calvo, P., Del Valle, R. M., Guzmán, S., Macías, C., y Bulbena, A. (2-3 de Abril de 2011). *Síndrome de Noé*. Recuperado de [http://www.avepa.org/pdf/proceedings/GTA2011/ETOLOGIA4\\_Fatjo.pdf](http://www.avepa.org/pdf/proceedings/GTA2011/ETOLOGIA4_Fatjo.pdf)

Frías-Ibáñez, A., Palma-Sevillano, C., Barón-Fernández, F., Bernáldez-Fernández, I., y Aluco-Sánchez, E. (2014). Estatus nosológico de la acumulación compulsiva: ¿subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo o entidad clínica independiente? *Actas españolas de psiquiatría*, 46-54.

García, J. L. (2006). *Estilos*. Recuperado de <http://www.jlgcue.es/estilo.htm>

Henao, G. C. (2008). *Perfil cognitivo parental (esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento), estilo de interacción parental y su influencia en el desarrollo emocional infantil*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20091119041143/tesis-henao.pdf>

Herrera, P. C. (14 de Agosto de 2007). *Aspectos centrales del paradigma del procesamiento de la información*. Recuperado de <http://sicolog.com/?a=153>

Jiménez Játiva, E., Molina Fernández, N., Díaz Pérez, F., y Reyes Taboada, A. (2008). El mal llamado "Síndrome de Diógenes". *Enfermería Docente*, 36-39.

Lervolino, A. C., Perroud., N., Fullana, M. A., P., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. A., & Mataix-Cols, D. (2009). *Prevalence and Heritability of Compulsive Hoarding: A Twin Study*. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1156-1161.

Medard, E. & Kellett S. (2013). *The Role of Adult Attachment and Social Support in Hoarding Disorder*. British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. 1-5

Monje, C. A. (2011). Capítulo 7. Tipos de investigación Cualitativa. En C. A. Monje, *Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa* (pág. 118). Neiva: Universidad Surcolombiana.

Moreno, N. (2007). *Supera la Depresión*. Recuperado [http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre\\_albertellis.php](http://www.nicolasmorenopsicologo.com/sd/3depre_albertellis.php)

Organización mundial de la salud. (1999). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Ed. 10. Página 113

Pane, L. (Enero de 2015). *Cognición Y Efeito Da Psicologia Social*. Recuperado de [www.ipcp.com.br/files/Cognio\\_e\\_Efeito\\_da\\_Psicologia\\_Social.docx](http://www.ipcp.com.br/files/Cognio_e_Efeito_da_Psicologia_Social.docx)

Risó, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. (pág. 154). Recuperado de

[https://books.google.es/books?id=zu2BjSmdtwUC&pg=PA154&lpg=PA154&dq=sesgos+confirmatorios+riso&source=bl&ots=9zzt1RLUxx&sig=pbNT5RBIWHrG4\\_HrvNkZNI7NjFg&hl=es&sa=X&ei=tZ9QVfyMI4GpgwSi-4CoDg&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=sesgos%20confirmatorios%20riso&f=false](https://books.google.es/books?id=zu2BjSmdtwUC&pg=PA154&lpg=PA154&dq=sesgos+confirmatorios+riso&source=bl&ots=9zzt1RLUxx&sig=pbNT5RBIWHrG4_HrvNkZNI7NjFg&hl=es&sa=X&ei=tZ9QVfyMI4GpgwSi-4CoDg&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=sesgos%20confirmatorios%20riso&f=false)

Rodríguez, E. (2009). La Terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17, 59-74.

Rosales, M. J. (1997). Capítulo 3: Teorías cognitivas de la Emoción. En M. J. Rosales, *“Los moldes Cognitivos – Afectivos y la adaptación psicológica: Definición y evaluación”* (págs. 136-139). La laguna.

Sánchez, J. J. (1992). *Manual de psicoterapia cognitiva*. 18. (2 de noviembre de 2014).

Recuperado de [https://0ae5a25f-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/floresriveramfpsiQuiatria/psicoterapia-cognitiva/MANUAL\\_DE\\_PSICOTERAPIA\\_COGNITIVA.pdf?attachauth=ANoY7cqmfQXxXTyQ0m\\_6UuPRLz38Mu3ZKYInajw1-e8685ojqB1H85OD3lfg0smWwGruo24QpTW9JkqXr5-1Cv738xufeT5C0U58HidUxi81Bug96AfA6eZQVo8K6ITPS\\_pdDiUDysLE9xZCTyF3mE6GmZzTMdn7UBB48tDjYRRDuEecopo9RITZfQJl-pVNgzU4kwCy29i5Rmlk8zXSjIhNZYCEIAmNFTDj0bKym1QGBkxY4WpSPuPPSrpK](https://0ae5a25f-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/floresriveramfpsiQuiatria/psicoterapia-cognitiva/MANUAL_DE_PSICOTERAPIA_COGNITIVA.pdf?attachauth=ANoY7cqmfQXxXTyQ0m_6UuPRLz38Mu3ZKYInajw1-e8685ojqB1H85OD3lfg0smWwGruo24QpTW9JkqXr5-1Cv738xufeT5C0U58HidUxi81Bug96AfA6eZQVo8K6ITPS_pdDiUDysLE9xZCTyF3mE6GmZzTMdn7UBB48tDjYRRDuEecopo9RITZfQJl-pVNgzU4kwCy29i5Rmlk8zXSjIhNZYCEIAmNFTDj0bKym1QGBkxY4WpSPuPPSrpK)

[9a5ARR0KvCrjIIEwoFAJYXyy4uyi7p\\_u34kikQZ5l\\_r65-  
ojgISNugb3jZQ%3D&attredirects=0](http://9a5ARR0KvCrjIIEwoFAJYXyy4uyi7p_u34kikQZ5l_r65-ojgISNugb3jZQ%3D&attredirects=0)

Secretaría de Cultura de Bello (7 de febrero de 2015). *Datos Generales de Bello*. Recuperado de <http://culturabello.jimdo.com/inicio/datos-generales-de-bello/>

## ANEXOS

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN: PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON TRASTORNO POR ACUMULACION QUE HABITA EN EL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en el estudio titulado “perfil cognitivo de una paciente diagnosticada con trastorno por acumulación que habita en el municipio de Bello, Antioquia.

La participación está sujeta a los fines académicos propios de la investigación y ésta implica la aplicación del YSQ, Test de Creencias irracionales, Inventario de depresión de Beck, la cual no tiene costo. La información será usada exclusivamente para recolectar y analizar datos que contribuyan a describir los elementos para la construcción del perfil cognitivo correspondientes al caso.

Los resultados de la investigación serán socializados a la persona que participe en el estudio; de la misma forma los resultados no podrán ser utilizados con fines diferentes a los expuestos en el presente documento, así como no podrán ser publicados los datos personales del participante.

En constancia firman

\_\_\_\_\_

Participante

\_\_\_\_\_

Investigador

No.	Enunciado	Respuesta
1.	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	
2.	No he recibido amor y atención	
3.	La mayor parte del tiempo, no he tenido a nadie que me brinde consejo y apoyo emocional.	
4.	La mayor parte del tiempo, no he tenido a nadie que me cuide, que comparta conmigo, o que se preocupe profundamente por todo lo que me pasa.	
5.	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	
6.	En general, las personas no han estado ahí para darme calidez, apoyo y afecto.	
7.	Por mucho tiempo de mi vida no he sentido que sea especial para nadie.	
8.	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	
9.	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	
10.	Me preocupa que las personas a quienes quiero mueran pronto, aun cuando existen muy pocas razones médicas que sustenten mi preocupación.	
11.	Me descubro a mí mismo(a) aferrándome a las personas de quienes estoy cerca, porque temo que me abandonen.	
12.	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	
13.	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional.	
14.	No siento que las relaciones interpersonales importantes vayan a durar. Tengo la expectativa que ellas se acabarán.	
15.	Me siento adicto(a) a parejas que no pueden estar ahí para mí en forma comprometida.	
16.	Al final, estaré solo(a).	
17.	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	
18.	Algunas veces estoy tan preocupado(a) de que las personas vayan a abandonarme, que termino alejándolas.	
19.	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aun por un corto período de tiempo	
20.	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	
21.	No me permito acercarme de verdad a otras personas, ya que no puedo estar seguro(a) de que estarán ahí para siempre.	
22.	Pareciera que las personas importantes en mi vida siempre están yendo y viniendo.	
23.	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	
24.	Las personas que han estado cerca de mí han sido muy impredecibles, unas veces están disponibles y cariñosas conmigo y al minuto están enojadas, molestas, peleando, etc.	
25.	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	
26.	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	
27.	No puedo ser yo mismo(a) o expresar lo que en realidad siento, porque las personas me abandonarán.	

28.	Siento que las personas se aprovecharán de mí.
29.	Con frecuencia siento que tengo que protegerme de otras personas.
30.	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas, porque de otra manera van a herirme intencionalmente.
31.	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.
32.	Es sólo cuestión de tiempo antes de que alguien me traicione.
33.	La mayoría de las personas sólo piensan en sí mismas.
34.	Me da una gran dificultad confiar en la gente.
35.	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.
36.	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.
37.	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.
38.	Si pienso que alguien va a herirme, trato de hacerla(o) primero.
39.	Normalmente las personas me tienen que demostrar mucho antes de que yo pueda confiar en ellas.
40.	Les pongo "pruebas" a los demás para ver si me están diciendo la verdad y si son bien intencionados.
41.	Me identifico con la creencia "controla o serás controlado".
42.	Me enojo cuando pienso en las distintas formas en que he sido maltratado(a) por las otras personas a lo largo de mi vida.
43.	A lo largo de mi vida, aquellas personas cercanas a mí se han aprovechado o me han usado para sus propósitos.
44.	He sido abusado(a) sexual, emocional o físicamente por personas importantes en mi vida.
45.	No encajo.
46.	Soy fundamentalmente diferente de las otras personas.
47.	No pertenezco; soy un solitario.
48.	Me siento alejado de otras personas.
49.	Me siento aislado y sólo(a).
50.	Siempre me siento ajeno a los grupos.
51.	Nadie en realidad me comprende.
52.	Mi familia siempre fue diferente de las otras familias que nos rodeaban.
53.	Algunas veces me siento como si fuera un extraterrestre.
54.	Si desapareciera mañana, nadie lo notaría.
55.	Ninguna persona a quien yo deseara podría amarme si viera mis defectos.
56.	Nadie a quien yo quisiera desearía permanecer cerca de mí si conociera mi verdadero yo.
57.	Yo soy inherentemente imperfecto y defectuoso.
58.	No importa qué tanto lo intente, siento que no seré capaz de conseguir una persona significativa que me respete o que sienta que soy valioso.
59.	No merezco el respeto, la atención y el amor de los demás.
60.	Siento que no soy digno de ser amado.
61.	Soy demasiado inaceptable en muchos aspectos básicos como para revelarme ante otras personas.
62.	Si los demás se dieran cuenta de mis defectos básicos, no podría darles la cara.
63.	Cuando le gusto a las personas, siento que las estoy engañando.
64.	Con frecuencia me descubro a mí mismo atraído por personas muy críticas o que me rechazan.
65.	Tengo secretos muy personales que no quiero que las personas cercanas a mí los descubran.



66.	Es culpa mía que mis padres no pudieran amarme lo suficiente.
67.	No permito que las personas conozcan mi verdadero yo.
68.	Uno de mis mayores miedos es que mis defectos queden al descubierto.
69.	No puedo entender cómo alguien podría amarme.
70.	No soy sexualmente atractivo.
71.	Soy demasiado gordo.
72.	Soy feo.
73.	No soy capaz de mantener una conversación normal.
74.	Soy soso y aburrido en situaciones sociales.
75.	Personas que considero valiosas no se relacionarían conmigo, por mi posición social (por ejemplo, ingresos, nivel educativo, carrera, entre otros).
76.	Nunca sé qué decir en situaciones sociales.
77.	Las personas no quieren incluirme en sus grupos.
78.	Soy demasiado consciente de mí mismo cuando estoy con otras personas.
79.	Casi nada de lo que hago en mi trabajo (o estudio) es tan bueno como lo pueden hacer otras personas.
80.	Soy incompetente cuando de logros se trata.
81.	La mayoría de las personas son más capaces que yo en las áreas de trabajo y logro.
82.	Soy un fracaso.
83.	No soy tan talentoso como la mayoría de personas en su trabajo.
84.	No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).
85.	Estoy avergonzado por mis inadecuaciones y fracasos en la esfera del trabajo.
86.	Con frecuencia me siento avergonzado cuando estoy con otras personas, ya que yo no estoy a su nivel en términos de logros.
87.	Con frecuencia comparo mis logros con los de los demás y siento que ellos son mucho más exitosos.
88.	No me siento capaz de valerme por mí mismo en la vida diaria.
89.	Necesito que otras personas me ayuden a sostenerme.
90.	No siento que pueda enfrentar bien la vida por mí mismo.
91.	Creo que otras personas pueden ocuparse mejor de mí que lo que yo mismo lo hago.
92.	Tengo problemas emprendiendo nuevas tareas, aparte de mi trabajo, a menos que tenga a alguien que me guíe.
93.	Me veo a mí mismo como una persona dependiente cuando del funcionamiento de la vida diaria se trata.
94.	Echo a perder todo lo que intento aún cosas por fuera del trabajo o la escuela.
95.	Soy incapaz en la mayoría de los aspectos de mi vida.
96.	Si confío en mi propio juicio en situaciones cotidianas, tomaré malas decisiones.
97.	Me falta sentido común.
98.	En las situaciones cotidianas, no se puede confiar en mi juicio.
99.	No me siento seguro de mi habilidad para resolver problemas cotidianos cuando estos se presentan.
100.	Siento que necesito a alguien en quien pueda confiar para darme consejo sobre los problemas prácticos.
101.	Me siento más como un niño que como un adulto cuando se trata de las responsabilidades cotidianas.
102.	Encuentro agobiantes las responsabilidades de la vida cotidiana.

103.	No puedo escapar al sentimiento de que algo malo está a punto de pasar.
104.	Siento que un desastre (natural, delictivo, financiero o médico) podría golpearme en cualquier momento.
105.	Me preocupa volverme un indigente o vago.
106.	Me preocupa ser atacado.
107.	Siento que debo tener mucho cuidado con dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.
108.	Tomo grandes precauciones para evitar enfermarme o herirme.
109.	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.
110.	Me preocupa estar desarrollando una enfermedad grave aún cuando nada serio haya sido diagnosticado por un médico.
111.	Soy una persona temerosa.
112.	Me preocupa mucho la cantidad de cosas malas que ocurren en el mundo: contaminación, crímenes, entre otros.
113.	Con frecuencia siento que podría enloquecerme.
114.	Con frecuencia siento que voy a tener un ataque de ansiedad.
115.	Con frecuencia me preocupa llegar a tener un ataque al corazón, aún cuando hay muy poca evidencia médica para estarlo.
116.	Siento que el mundo es un lugar peligroso.
117.	No parezco haber sido capaz de separarme de mis padres del mismo modo que otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
118.	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.
119.	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.
120.	Mis padres y yo tenemos que hablarnos casi a diario o de otra manera alguno se sentirá culpable, lastimado, decepcionado o solo.
121.	Con frecuencia siento que no tengo una identidad separada de mis padres o mi compañero(a).
122.	Con frecuencia siento como si mis padres estuvieran viviendo a través mío o que no tengo una vida propia.
123.	Es muy difícil para mí tomar distancia de las personas con quienes intimo. Me da dificultad conservar un sentido de mí mismo separado de ellas.
124.	Estoy tan involucrado con mis padres o compañero(a) que en realidad no se quien soy o que quiero.
125.	Tengo dificultades en separar mi punto de vista u opinión de las de mis padres o compañero(a).
126.	Con frecuencia siento que no tengo intimidad cuando se trata de mis padres o compañero(a).
127.	Siento que mis padres se sienten o se sentirían muy lastimados y ofendidos si yo viviera solo por mis propios medios, lejos de ellos.
128.	Permito que otras personas hagan lo que quieran, porque temo las consecuencias.
129.	Pienso que si hago lo que quiero, sólo estaría buscando problemas.
130.	Siento que no tengo otra opción que rendirme a los deseos de otras personas, o de otra manera ellos se vengarán o me rechazarán de alguna forma.
131.	En relaciones interpersonales, yo dejo que la otra persona tome la delantera.
132.	Siempre he permitido que otros tomen decisiones por mí, de tal forma que en realidad no se lo que quiero para mí mismo.
133.	Siento que las principales decisiones de mi vida no fueron mías realmente.
134.	Me preocupa mucho complacer a otros, para que no me rechacen.

135.	Me cuesta mucho trabajo exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.
136.	Recrimino a las personas de maneras sutiles en lugar de mostrar mi enojo.
137.	Voy mucho más lejos que la mayoría de las personas para evitar confrontaciones.
138.	Pongo las necesidades de los demás antes que las mías o de otra manera me siento culpable.
139.	Me siento culpable cuando traiciono o decepciono a otras personas.
140.	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.
141.	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.
142.	Podría soportarlo casi todo si amara a alguien.
143.	Soy una buena persona porque pienso en los demás más que en mí mismo.
144.	En el trabajo, soy el (la) que usualmente se ofrece voluntariamente a hacer tareas extras o dar tiempo extra.
145.	No importa que tan ocupada(o) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.
146.	Puedo conformarme con muy poco, ya que mis necesidades son mínimas.
147.	Solo soy feliz cuando los demás a mi alrededor están felices.
148.	Estoy tan ocupada(o) haciendo cosas por las personas que me son importantes, que tengo muy poco tiempo para mí.
149.	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.
150.	Estoy más cómodo(a) dando un regalo que recibéndolo.
151.	Los demás me ven demasiado entregado a otros y no lo suficiente a mí mismo.
152.	No importa cuánto de, nunca es suficiente.
153.	Si hago lo que yo quiero, me siento muy incómodo(a).
154.	Me es muy difícil pedir a otros ayuda cuando tengo necesidades.
155.	Me preocupa perder el control de mis acciones
156.	Me preocupa seriamente causarle daño físico o emocional a alguien, si mi enojo me hace perder el control.
157.	Siento que tengo que controlar mis impulsos o emociones, o es probable que ocurra algo malo.
158.	Hay mucha cantidad de ira y resentimiento creciendo al interior mío, y no soy capaz de expresarlo.
159.	Estoy demasiado conciente de mostrar mis sentimientos positivos hacia los demás (mostrar consideración, afecto, que los demás me importan).
160.	Encuentro embarazoso expresar mis sentimientos a los demás.
161.	Encuentro difícil ser cálido y espontáneo.
162.	Me controlo a mí mismo(a), tanto que los demás creen que yo no tengo emociones.
163.	La gente me ve como reconcentrado emocionalmente (cerrado, hermético).
164.	Tengo que ser el (la) mejor en lo que haga.
165.	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.
166.	Tengo que parecer el (la), mejor, la mayor parte del tiempo.
167.	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con los suficientemente bueno.
168.	Tengo tanto para hacer, que casi no tengo tiempo para relajarme.
169.	Casi nada de lo que haga es lo suficientemente bueno; siempre puedo hacerlo mejor.
170.	Tengo que cumplir con todas mis responsabilidades
171.	Siento que existe constante presión en cuanto a logro y llevar las cosas a cabo.
172.	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo exijo mucho.
173.	Mi salud está sufriendo porque ejerzo demasiada presión para hacer las cosas bien.
174.	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad para alcanzar mis propios estándares.

175.	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	
176.	No me permito desatenderme de los errores o tener excusas que los justifiquen.	
177.	Soy una persona muy competitiva.	
178.	Le doy un gran énfasis al dinero y al estatus.	
179.	En términos de mi ejecución, tengo que ser siempre el número uno.	
180.	Me cuesta aceptar un “no” como respuesta cuando quiero algo de las demás personas.	
181.	A menudo me enojo y me irrita si no puedo conseguir lo que quiero.	
182.	Soy especial y o tendría por qué aceptar muchas de las restricciones que tienen las demás personas.	
183.	Odio sentirme restringido que se me impida hacer lo que quiero.	
184.	Siento que no tengo porqué seguir las reglas normales y otras convenciones que las personas tiene.	
185.	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es más especial que lo que ofrecen las otras personas.	
186.	Usualmente pongo mis necesidades por encima de las otras personas.	
187.	Con frecuencia estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para darle a la familia o a los amigos.	
188.	A menudo la gente me dice que soy controlador(a) de la manera como se hacen las cosas.	
189.	Me irrita mucho cuando las personas no hacen lo que les pido.	
190.	No puedo tolerar que otras personas me digan lo que tengo que hacer.	
191.	Tengo gran dificultad para convencerme de dejar de beber, de fumar, de comer en exceso u otros problemas de comportamiento.	
192.	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo(a) para completar tareas rutinarias o aburridas.	
193.	Con frecuencia me dejo llevar por mis impulsos y expreso emociones que me generan problemas o hieren a otras personas.	
194.	Si yo no consigo una meta, me frustró fácilmente y la abandono.	
195.	Es para mí muy difícil sacrificar la satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	
196.	A menudo me pasa que una vez empiezo a sentirme enojado ya no puedo controlarlo.	
197.	Tiendo a hacer las cosas en exceso aún cuando sé que son malas para mí.	
198.	Me aburro fácilmente.	
199.	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	
200.	No me puedo controlar en nada por mucho tiempo.	
201.	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aún cuando sé que son por mi bien.	
202.	Pierdo mi paciencia a la menor ofensa.	
203.	Rara vez he sido capaz de cumplir lo que he dicho.	
204.	Casi nunca me privo de mostrarle a las personas cómo me siento en realidad, sin importar lo que me pueda costar.	
205.	Con frecuencia hago cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	

### **CUESTIONARIO DE ESQUEMAS Jeffrey Young. Segunda edición.**

ISTRUCCIONES: Se encontrara aquí una serie de afirmaciones enumeradas que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida qué tan bien le

describe. Cuando no esté seguro, base su respuesta más en lo que usted siente, en lugar de lo que piensa que sea correcto. Elija el puntaje de 1 a 6 que mejor lo describa según la siguiente escala:

1 Completamente falso de mí

2 La mayor parte falso de mí

3 Ligeramente más verdadero que falso

4 Moderadamente verdadero de mí

5 La mayor parte verdadero de mí

6 Me describe perfectamente

**Digite en el cuadro azul el número de su respuesta**

**TEST DE IDEAS IRRACIONALES (I. B. T. Modificado)**  
**INSTRUCCIONES**

Este es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta en su hoja de respuestas, en el cuadro correspondiente. Escriba el número que mejor exprese su actitud hacia el enunciado. Asegúrese de indicar lo que realmente cree o siente y no como cree que debería sentir.

Responda espontáneamente; no es necesario pensar mucho. Trate de evitar la respuesta 3 (neutro) tanto como le sea posible; solamente utilice este número si en realidad no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

Su sinceridad es muy importante

1. MUY DE ACUERDO
2. MODERADAMENTE DE ACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. MODERADAMENTE EN DESACUERDO
5. MUY EN DESACUERDO

1. Es importante para mí que otros me aprueben.
  - 1a. Me empeño por mantener mi intimidad a toda costa.
2. Odio equivocarme en cualquier cosa.
  - 2a. Me siento mal cuando me dejo llevar por mis emociones positivas o negativas.
3. Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen.
  - 3a. Pienso que si las normas se hicieron fue para respetarlas.
4. Generalmente acepto lo que pasa.
5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias.
6. Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarte.
7. Generalmente aplazo decisiones importantes.
8. Todos necesitamos alguien de quien depender.
9. "Árbol que nace torcido nunca su tronco endereza".
10. No hay una solución perfecta para nada.
11. Quiero agradecerle a todas las personas.
  - 11a. Opino que "los trapos sucios deben lavarse en casa".
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
  - 12a. Cuando tengo una discusión acalorada con alguien pienso mucho en lo que hice o dije.
13. Aquellos que obran mal deben ser sancionados.
  - 13a. Me siento culpable si violo una norma aunque sea necesario hacerlo.
14. Las frustraciones no me afligen.
15. Yo creo mi propio estado de ánimo.
16. Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que puedan suceder en el futuro.
17. Trato de dejar de lado las tareas o labores difíciles.

18. La gente necesita algo externo que le dé fuerzas.
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado.
20. Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida.
21. Puedo gustarme a mí mismo aunque a muchos yo no les guste.
- 21a. Me siento intimidado cuando alguien que acabo de conocer quiere saber muchas de mis cosas personales.
22. No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo.
- 22a. Odio excederme.
23. Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad.
- 23a. Gracias a las normas, no somos como unos salvajes.
24. Con frecuencia me siento molesto por cosas que no me gustan.
25. La gente que es infeliz es así porque ellos mismos lo buscaron.
26. En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan.
27. Evito enfrentar problemas.
28. Hay ciertas personas de quienes dependo enormemente.
29. Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, sería más como yo he querido ser.
30. Algunos problemas siempre estarán con nosotros
31. Aunque me gusta la aprobación, no es una necesidad real para mí.
- 31a. No soporto que otras personas se metan mucho en mi vida.
32. Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo.
- 32a. Me siento como un estúpido si lloro.
33. Todas las personas son fundamentalmente buenas.
- 33a. Siempre averiguo cuáles son las normas o reglas que operan en un lugar antes de actuar.
34. Generalmente acepto las cosas como son, inclusive si no me gustan.
35. Depende de uno mismo el tiempo que dure un estado de ánimo desagradable.
36. Algunas veces no puedo liberar temores de mi mente.
37. Generalmente soy rápido para tomar decisiones.
38. Yo soy el único que puede entender y enfrentar mis problemas.
39. Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora.
40. Vivimos en un mundo de azar y de probabilidades.
41. Me preocupo con frecuencia sobre cuánta gente me aprueba.
- 41a. Detesto que me hagan preguntas muy personales o indiscretas.
42. Me molesta cometer errores.
- 42a. Vigilo con cuidado todas mis emociones.
43. "No es justo que llueva sobre justos e injustos".
- 43a. Cuando hago algo que está mal hecho, me siento culpable aunque nadie se dé cuenta de ello.
44. Si las cosas me molestan, simplemente las ignoro.
45. Cuantos problemas tenga una persona, menos feliz será.
46. Casi nunca pienso en cosas como la guerra o la muerte.
47. La vida es corta para gastarla haciendo cosas desagradables.
48. Me disgusta que otros tomen decisiones por mí.

49. Somos esclavos de nuestra historia personal.
50. Rara vez hay una solución ideal para cada cosa.
51. Me interesa bastante lo que la gente piensa de mí.
- 51a. Soy muy desconfiado.
52. Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas.
- 52a. Temo perder el control.
53. Nadie es malo, aún cuando sus actos lo sean.
- 53a. No se debe ser siempre correcto.
54. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero y eso no me preocupa.
55. Nada es deprimente por sí mismo, depende de cómo lo interpretes.
56. Con frecuencia pienso: Qué haría yo en situaciones de peligro.
57. Rara vez aplazo las cosas.
58. Me disgusta tener que depender de otros.
59. Una vez que algo te haya afectado en la vida, siempre te afectará.
60. Es mejor buscar una solución práctica que una solución perfecta.
61. Si al hacer algo que yo quiero pierdo la aprobación, prefiero no hacerlo.
- 61a. Todos tenemos nuestro pequeño mundo y nadie debe entrar en él.
62. No temo hacer cosas que no puedo hacer bien.
- 62a. Cuando me salgo de mis casillas me siento muy mal.
63. Hay personas que no merecen haber nacido.
- 63a. Siempre trato de cumplir las normas aunque eso me perjudique.
64. Soy bastante calmado para enfrentar la vida.
65. Nunca hay una razón para estar preocupado mucho tiempo.
66. No me preocupo dañándome el día por cosas que pudiesen ocurrir.
67. Es difícil para mí hacer tareas poco placenteras.
68. He aprendido a no esperar que alguien, distinto de mí, se preocupe por mi bienestar.
69. Aunque quisiera, nunca podría cambiar mi vida.
70. No hay nada que se aproxime a lo ideal.
71. Me empeño por mantener la aprobación a toda costa.
- 71a. Me doy a conocer fácilmente.
72. Pienso que no es importante ser competitivo en casi todas las cosas.
- 72a. La razón siempre debe primar sobre la emoción.
73. Cualquier persona "mala" puede llegar a ser "buena" sin ser castigada.
- 73a. Las normas asfixian a las personas.
74. Rara vez me inquietan los errores de los otros.
75. Los hombres hacen su propio infierno con ellos dentro.
76. Mi filosofía es vivir el aquí y el ahora.
77. Una vida de tranquilidad rara vez es gratificante.
78. No me gusta enfrentar sólo las experiencias nuevas de la vida.
79. No tengo por qué repetir los errores del pasado.
80. Hay un lugar para cada cosa.



81. Hago planes para agradar a las personas.
- 81a. Me aterra contar secretos y confidencias.
82. Me exijo demasiado a mí mismo.
- 82a. Soy poco efusivo.
83. Las personas no eligen ser buenas o malas.
- 83a. Es estúpido acatar ciegamente las normas porque algunas de ellas pueden perder vigencia.
84. Soy contemplado.
85. Cada quien es arquitecto de su propio destino.
86. Tiendo a anticiparme demasiado a lo que pueda ocurrir.
87. No tolero pasar trabajos.
88. Para mí es vital sentirme protegido.
89. Tiene sentido esforzarme en el presente independiente de mi pasado.
90. Soy muy ordenado y meticuloso con mis cosas.
91. Pienso que uno debe hacer todo lo posible para evitar ser rechazado.
- 91a. Me siento amenazado si alguien traspasó los límites que impongo.
92. No soporto decir "no sé".
- 92a. Expresar las emociones es signo de debilidad.
93. La ley natural es que los malos sufran.
- 93a. Las normas se hicieron para violarlas.
94. Si las cosas no salen como yo quiero, me da rabia.
95. La gente está triste porque quiere.
96. Tiendo a anticipar mayor número de peligros y riesgos que el común de la gente.
97. Suelo regirme por la ley del mínimo esfuerzo.
98. Dependo demasiado de las personas.
99. Los primeros años de la vida nos marcan definitivamente para el resto de vida.
100. Soy perfeccionista.

## Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

2

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.

- ☹ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - ☹ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - ☹ Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- ☹ No creo que esté siendo castigado.
  - ☹ Me siento como si fuese a ser castigado.
  - ☹ Espero ser castigado.
  - ☹ Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- ☹ No estoy decepcionado de mí mismo.
  - ☹ Estoy decepcionado de mí mismo.
  - ☹ Me da vergüenza de mí mismo.
  - ☹ Me detesto.
- 8) .
- ☹ No me considero peor que cualquier otro.
  - ☹ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
  - ☹ Continuamente me culpo por mis faltas.
  - ☹ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 3
- 9) .
- ☹ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - ☹ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
  - ☹ Desearía suicidarme.
  - ☹ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) .
- ☹ No lloro más de lo que solía llorar.
  - ☹ Ahora lloro más que antes.
  - ☹ Lloro continuamente.
  - ☹ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) .

- ☹ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☹ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☹ Me siento irritado continuamente.
- ☹ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- ☹ No he perdido el interés por los demás.
- ☹ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☹ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☹ He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- ☹ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☹ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☹ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☹ Ya me es imposible tomar decisiones.

4

14) .

- ☹ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☹ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☹ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☹ Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- ☹ Trabajo igual que antes.
- ☹ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☹ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☹ No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- ☹ Duermo tan bien como siempre.
- ☹ No duermo tan bien como antes.
- ☹ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta

difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

- ⌘ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ⌘ He perdido totalmente mi interés por el sexo.