



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

**Huellas emocionales en hijos adoptados, con conocimiento de su
situación en edad temprana. Estudio de Caso.**

Reporte de Investigación Teórica

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Blanca Paola Santoyo López.

Directora: Mtra. Alba Nubia Tabares Arellano

Dictaminadoras:

Lic. Judit Rivera baños. Vocal.

Mtra. Adriana Concepción Rojas Baltazar. Secretaria.



Los Reyes Iztacala, Estado de México a 23 de mayo del 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice	Pág.
Concepto	
Introducción	5
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	
Justificación	8
Propósito del planteamiento del problema	
Descripción de ejes temáticos	
Capítulo I. La Adopción	9
1.1. Adopción	10
1.2. Tipos de Adopción	
1.2.1. Por el lugar donde se lleva a cabo la adopción	
1.2.2. Por el contacto con la familia que da en adopción	11
1.3. Instituciones a cargo de la adopción	12
1.4. Estadísticas	
1.5. Características de los niños adoptados	
1.6. Problemas conductuales en niños adoptados	18
1.6.1 Tendencias suicidas	19
Capítulo II. Huellas Emocionales generadas por la Adopción	20
2.1. Pérdida	21
2.2. Rechazo	23
2.3. Vergüenza y Culpa	
2.4. Duelo	24
2.5. Identidad	25
2.5.1. Autoconcepto	26
2.6. Intimidad o Apego	
2.6.1. Tipos de apego	27
2.7. Dominio y Control	30
2.8. Niveles bajos de serotonina	31
2.8.1. Causas de los niveles bajos de serotonina	
2.8.2. Efectos de los efectos bajos de serotonina	32
2.8.3. Aumento de niveles de serotonina	
2.8.3.1. Formas naturales para aumentar los niveles de serotonina	
2.8.3.2. Formas artificiales para aumentar los niveles de serotonina	34
A) Vitamínicos para aumentar los niveles de serotonina	
B) Fármacos para aumentar los niveles de serotonina	35
2.9. Distorsiones Cognitivas	37
2.10. Creencia irracional	39
Capítulo III. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	41
3.1 Modificación de la Conducta bajo el enfoque cognitivo - conductual.	42
3.1.1. Enfoque cognitivo	43
3.1.1.1. Regulación emocional	
3.1.1.2. Técnicas Cognitivas	45
a) Técnica de autoregistros	
b) Diálogo socrático	46
c) Técnica de Detención de pensamiento	
d) Técnica de Mindfulness	47

Concepto	Pág.
3.1.2. Enfoque conductual	
3.1.2.1. Adaptabilidad de la conducta	48
3.1.2.2. Técnicas de modificación conductual con el uso de la Desensibilización Sistémica	
3.1.2.2.1 Técnica de modelado de Bandura	49
3.1.2.2.2. Técnica de autoinstrucciones	
3.1.2.2.3. Técnica de debate	
Capítulo IV. Estudio de Caso	51
4.1. Caso	52
4.1.1. Datos generales de la consultante	
4.1.2. Motivo de la consulta	
4.1.3. Planteamiento del problema	
4.1.4. Objetivo de la evaluación para el establecimiento de la línea base	53
4.1.4.1. Pruebas psicológicas	
4.1.5. Estrategias evaluativas	
4.2. Método A-B-A	54
4.2.1. Evaluación Inicial	55
4.3. Análisis Funcional de Conducta	58
4.3.1. Hipótesis del problema	60
4.3.2. Metas conductuales	
Capítulo V. Propuesta de Intervención	61
5.1. Área afectada	62
5.2. Objetivo general de intervención	
5.3. Objetivos específicos de intervención	
5.4. Operativización del área	
5.5. Variables disposicionales	
5.6. Modificación de la conducta bajo el enfoque cognitivo - conductual	63
5.6.1. Técnicas propuestas	64
5.6.1.1. Diálogo Socrático	
5.6.1.2. Técnica de detención del pensamiento	
5.6.1.3. Técnica de Mindfulness	
5.6.1.4. Técnica de modelado de Bandura	
5.6.1.5. Técnica de autoinstrucciones	
5.6.1.6. Técnica de debate	65
5.6.2. Tareas en casa	
5.7 Elevación de los niveles de serotonina	
5.8 Evaluación final	66
5.9. Cuadro resumen de modificación cognitiva – conductual	
5.10. Cartas Descriptivas	67
Conclusiones	75
Discusión	76
Referencias	78
Anexos	88
Anexo 1. Formato de bitácora de sesión	89
Anexo 2. Consentimiento Informado	90
Anexo 3. Transcripción de la Entrevista Inicial	91
Anexo 4. Inventario de Autoestima de Coopersmith	95

Concepto	Pág.
Anexo 5. Inventario de Depresión Rasgo-Estado IDERE	98
Anexo 6. Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)	102
Anexo 7. Formato de Autorregistro	123
Anexo 8. Ejemplo de Informe Psicológico	124

Índice de Cuadros

Cuadro	
Cuadro 1. Operativización del área	62
Cuadro 2. Variables disposicionales	63
Cuadro 3. Resumen modificación de cogniciones y conductas	67

Índice de Diagramas

Diagrama	Pág.
Diagrama 1. AFC – Diagrama analítico	60

Índice de Tablas

Tabla	Pág.
Tabla 1. Análisis Funcional de Conducta	59

Introducción

Tener una familia, es uno de los derechos básicos de todo niño, derecho reconocido por la Convención de los Derechos del Niño en 1989 y suscrito por México en 1990 junto con otros 196 países alrededor del mundo (UNICEF, s/f).

Cuando una familia no puede cumplir con el cuidado del niño, éste puede ser entregado en adopción formando así una familia adoptiva. Es aquí donde entra la figura de la adopción cuyo objetivo fundamental es velar por el interés superior del niño, amparando el derecho a vivir y desarrollarse con una familia que le brinde afecto y satisfaga las necesidades que no puede cubrir su familia biológica (Espinoza, Yuraszeck, Salas, 2004).

Más allá de haber garantizado los derechos del niño adoptado, ¿qué pasa con las consecuencias que la propia figura de la adopción trae consigo?. Es a través del presente reporte de investigación que se realiza un análisis teórico de la problemática a nivel emocional y cognitivo conductual, reforzado por un estudio de caso sobre una consultante adoptada.

En el aspecto emocional se plantea desde el punto de vista del apego, entendido este como la tendencia estable a buscar la proximidad, el contacto, el establecimiento de un vínculo entre un niño y sus padres (Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar, s/f.) y cuando existe una separación del niño con su familia biológica se genera en el niño el sentimiento de abandono, entendido este como la sensación inconsciente de que ha sido abandonado y no es merecedor de amor.

En el aspecto cognitivo-conductual se analizará el problema de identidad, la autopercepción y las distorsiones cognitivas detectadas en la consultante, resultado de la adopción y que generan conductas como la búsqueda incansable de reconocimiento a través de mantenerse estudiando muchas cosas (la consultante ha estudiado dos carreras, una maestría y un sin número de cursos y no puede parar).

Buscando no solo realizar el análisis de información respecto a las problemáticas arriba descrita, se propone y se aplica un programa de intervención buscando resolver los problemas relacionados con el apego, el sentimiento de abandono y esa constante urgencia de demostrar su valía, a través de una modificación cognitiva en cuanto a su autopercepción y las distorsiones cognitivas.

El trabajo se compone de la Introducción, a través de la cual se plantea un panorama general del trabajo, el objetivo general y los específicos, la justificación, el planteamiento del propósito del problema y la descripción de los ejes temáticos.

En el Capítulo I se desarrolla la figura de la adopción, sus tipos, las instituciones a través de las cuales se ejerce esta figura jurídica, estadísticas generales de nuestro país, los efectos de la familia biológica cuando ésta mantiene contacto con el adoptado y por último las características y problemas conductuales que llegan a presentar los niños adoptados.

En el Capítulo II, las huellas emocionales generadas por la adopción, se desarrollan temas como la pérdida, el rechazo, la culpa y la vergüenza, el duelo, la identidad, la intimidad y el dominio y control. Estos temas son desarrollados no sólo desde la perspectiva del adoptado sino de los padres biológicos y los adoptantes (triada de adopción).

En el Capítulo III se desarrolla la parte teórica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con las técnicas que se usarán en la propuesta de intervención sugerida para el estudio de caso presentado.

En el Capítulo IV se presenta el estudio de caso referente de una persona que se llamará Analilia por razones de identidad, mujer de 44 años quién experimenta pensamientos automáticos y conductas recurrentes de tristeza y llanto, derivadas del hecho de ser adoptada desde los tres años, y de lo cual tiene conocimiento desde que tenía 5 años y desde los 18 años mantiene contacto con su familia biológica además de la adoptada.

Desde los 18 años la consultante no ha dejado de estudiar además de trabajar, tiene dos carreras, mismas que estudió de manera simultánea y después estudió una maestría y ha tomado un sin número de cursos de actualización, pero no por el hecho de auto superarse sino con el afán de ser aceptada y aumentar su autoestima.

El caso práctico se desarrolla desde un proceso de intervención A-B-A, partiendo del planteamiento de la línea de base a través de una entrevista inicial, así como la aplicación del dos inventarios acorde con la problemática de la consultante. En este capítulo también se desarrolla un cuadro resumido del Análisis Funcional de Conducta AFC.

En el Capítulo V, se presenta la propuesta de intervención para la modificación cognitivo-conductual del consultante; intervención que busca conseguir las siguientes metas; Cambiar su autopercepción negativa sobre sí misma y su pensamiento sobre la valía de una persona si es o no adoptada; 2. Modificar sus distorsiones cognitivas de autopercepción; 3. Reducir las conductas de llanto y 4. Autorregular sus conductas para no inscribirse a estudiar más cosas por la motivación de aumentar su valor.

En el planteamiento de las conclusiones y discusión, se expone de manera breve pero concisa el tratamiento propuesto y el contraste con los postulados propuestos.

Como último componente de desarrollan las referencias sobre toda la información plasmado en el presente reporte y por último en los anexos, se integra toda la información que da soporte al caso práctico como el consentimiento informado, la transcripción de la entrevista inicial y los inventarios aplicados.

Objetivo general

Realizar una investigación sobre los efectos cognitivo-conductuales de la adopción en un sujeto en tal situación, e integrar una propuesta de intervención uno a uno.

Objetivos específicos

1. Revisar la información como estudios, referencias y bibliografía referente a la adopción, efectos cognitivo-conductuales, problemas y sentimientos generados por esta figura en los sujetos adoptados.
2. Seleccionar la información consistente en estudios, referencias y bibliografía referente a la adopción, efectos emocionales y cognitivo conductuales, generados por esta figura en los sujetos adoptados.
3. Identificar la problemática en los efectos emocionales y cognitivo conductuales a través del análisis de un estudio de caso de un individuo adoptado en edad temprana y que además mantenía contacto con su familia biológica.

Justificación

La adopción de una persona siempre se ve de manera positiva tanto para los padres como para el o los niños que son dados en adopción, pero existen situaciones que los menores en

adopción viven ya sea en sus familias biológicas, o mientras esperan en alguna institución a que su situación cambie. Son a este tipo de situaciones a las que en muchas ocasiones no se les da el peso en futuros problemas que presenten los adoptados no solo con sus padres sino en el nuevo medio en el que se desarrollan, llámese en el ámbito social, educativo o filial.

La realización de un análisis e investigación teórica de la información en torno de la adopción y sus efectos emocionales y cognitivos conductuales en un individuo adoptado y sabedor de esa situación a temprana edad permite proporcionar a compañeros estudiosos, profesionistas o catedráticos que así lo requieran, material de consulta con información actualizada respecto del tema.

Será una fuente más de consulta para personas adoptadas.

Pregunta o propósito derivado del planteamiento del problema

El propósito consiste en identificar los rasgos emocionales de un sujeto a quién se le hizo sabedor de que era adoptado desde una edad temprana.

Descripción de los ejes temáticos

Los ejes temáticos del manuscrito parten de la figura de la adopción, los tipos de adopción, las instituciones que la realizan, estadísticas generales en materia de adopción, las características del adoptado y los problemas que se llegan a presentar en los adoptados.

El segundo tema se fija en las huellas emocionales que la adopción puede dejar, en la triada de la adopción (quien da en adopción, el adoptado y el adoptante), abordando temas como la culpa y vergüenza, pérdida como tal y pérdida en cuanto al grado de dominio y control, el rechazo, el duelo, la identidad y la intimidad. Estos temas son desarrollados no sólo desde la perspectiva del adoptado sino de los padres biológicos y los adoptantes (triada de adopción).

El tercer tema versa sobre el método de intervención A-B-A, que se propone para un caso práctico, partiendo del establecimiento de la línea base a través de tres elementos de evaluación, la entrevista inicial, dos inventarios, Inventario IDERE de Depresión Rasgo-Estado, el Inventario de Autoestima de Coopermith.

Capítulo I
La Adopción

1.1. Adopción

“La adopción es el estado jurídico mediante el cual se confiere al adoptado la situación de hijo del o de los adoptantes y estos, los deberes y derechos inherentes a la relación paternofamiliar. La adopción es el vínculo filial creado por el derecho”. (Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, s/f, p. 131)

Es decir que la adopción es una figura jurídica, en donde por orden de un juez, un niño, procedente de su familia con vínculos biológicos, forma parte por ley de otra familia, que tendrá la obligación de cubrir las necesidades del niño que no fueron cubiertas por sus padres biológicos.

La adopción busca preservar ante todo el derecho del interés superior del niño, es decir que se busca la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral (CNDH México, s/f).

De acuerdo al artículo 390 del Código Civil Federal, cualquier persona mayor de 25 años puede adoptar cualquier persona, siempre y cuando sea 17 años mayor que el adoptado y siempre y cuando quien adopte demuestre ser adecuado, se vele por el respeto a los derechos e implique un beneficio para el adoptado y éste último de su consentimiento.

También pueden adoptarse personas incapaces, entendidos estos como las personas que no pueden actuar por sí mismos o ejercer por sí solas ciertos derechos (Enciclopedia Jurídica, s/f).

1.2. Tipos de Adopción

1.2.1. Por el lugar donde se lleva a cabo la adopción

Serán la adopción plena y la internacional. La adopción plena, provoca que se rompa por completo la relación del niño con sus progenitores y la relación con sus padres adoptivos se equipara en derechos y obligaciones al parentesco consanguíneo (Código Civil Federal, 2021, art. 296 y 410 A).

De acuerdo con el artículo 410 E del código Civil Federal, la adopción internacional consiste en la adopción de un sujeto por ciudadanos de otro país, con residencia

habitual fuera del territorio nacional; y tiene como objeto incorporar, en una familia, a un menor que no puede encontrar una familia en su propio país de origen.

“... La adopción privada, entendida como el acto mediante el cual quienes ejercen la patria potestad, tutela o guarda y custodia, o sus representantes legales, pacten dar en adopción de manera directa a niñas, niños o adolescentes, sin que intervengan las autoridades competentes...”. (Congreso de la Unión, 2022. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Art. 30 Bis 2 fr. II).

1.2.2. Por el contacto con la familia que da en adopción

Si fue una adopción cerrada, no se permitirá a los padres adoptivos tener información referente a la familia biológica o el nacimiento del adoptado.

Por el contrario, si se trata de una adopción abierta, se permite una amplitud de contacto como mantener comunicaciones y reuniones entre la familia biológica, los padres adoptivos y el niño adoptado, permitiendo la permanencia del vínculo entre su cultura y su origen. (Healthy children, Org., 2020).

En México y de acuerdo a la Ley General de Derechos de niñas, niños y adolescentes, en su artículo 30 Bis 2 fr. IV:

“El contacto de los padres biológicos que entregaron en adopción a una niña, un niño o un adolescente, con el adoptante, el adoptado o con cualquier persona involucrada en la adopción; con excepción de los casos en que los adoptantes sean familiares biológicos, de la familia extensa o cuando el adoptado desee conocer sus antecedentes familiares y sea mayor de edad. Niñas, niños y adolescentes que deseen conocer sus antecedentes familiares deberán contar con el consentimiento de los adoptantes, y siempre que ello atienda al interés superior de la niñez;...”

Es decir que en el caso de un menor de edad que desee tener información de su familia biológica deberá tener el consentimiento de los adoptantes, siempre y cuando

se proteja al menor, por ejemplo, puede tratarse de padres drogadictos o convictos o que puedan significar una mala influencia para el menor.

1.3. Instituciones a cargo de la adopción

En México el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) a través de los diferentes DIF's federales y estatales y las Procuradurías de Protección realizan los trámites de adopción nacional para la expedición del Certificado de Idoneidad, documento que determina que los solicitantes de adopción son aptos para ello (Congreso de la Unión, 2022, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, art. 4 fr. VI); adopción internacional; de personas residentes permanentes en México en su calidad de Autoridad Central, de niñas, niños y adolescentes albergados en sus centros asistenciales, denominados también Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC). La adopción a través del DIF puede demorar de 3 hasta 5 años, sumado el tiempo del juicio de pérdida de patria potestad puede tomar de 6 meses a 10 años, lo que implica que un menor puede pasar su vida entera en el sistema y nunca ser adoptado (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, s/f).

De manera particular la Fundación UNNIDO, que en la actualidad tiene 45 niños de entre 0 y 11 años y el tiempo para consolidar una adopción es entre 5 a 8 meses (Fundación UNNIDO, s/f).

En México existen 166 centros reconocidos como Centros de Asistencia Social (CAS), de los cuales 29 son públicos, 17 son privados y 120 son asociaciones sin fines de lucro. De esos 166 centros solo 23 no asisten a niñas, niños o adolescentes en riesgo, como víctimas o en estado de abandono (SNDIF, s/f).

1.4. Estadísticas en materia de adopción

Entre 2014 y 2022, se concretaron mil 600 adopciones, de dos mil 617 niños disponibles para adopción. Los lugares en donde más adopciones se realizaron durante ese periodo fueron Veracruz, Estado de México, Coahuila y Puebla. El menor número de adopciones se dio en Puebla (Durón, 2022).

Para noviembre del 2022 sólo se habían concretado 72 adopciones a nivel nacional (Durón, 2022).

1.5. Características de los niños adoptados

Las características aquí descritas están enfocadas únicamente el aspecto negativo que puede presentar una persona que estuvo en medio de un proceso de adopción.

Instinto de supervivencia

Los niños adoptados desde que son concebidos, el embarazo de la madre no es fácil, además de que normalmente no existe seguimiento y cuidados del bebe; cuando son abandonados ni el lugar ni las personas con quienes son dejados no cumplen con el modelo habitual que un bebe requiere en cuanto a sus cuidados (López Moteagudo, 2017. p. 21).

Cuando el adoptado no es cuidado adecuadamente y llega a generar reacciones hostiles, de angustia, rechazo o repulsión por parte de su cuidador, activa en el adoptado un sistema de adaptación que inhibirá la expresión de sus necesidades y afectos con tal de no ser maltratado (Chávez Contreras, 2022).

Cuando no existe disponibilidad emocional del cuidador para el adoptado, acciona conductas de ansiedad, exageración en sus conductas de apego a través de llanto, gritos, todo en búsqueda de atención (Chávez Contreras, 2022).

A fin de evitar una experiencia traumática o situaciones de estrés, el adoptado llega a adoptar conductas como no buscar consuelo ni dejarse consolar ante problemas, poca reacción social, pocas muestras de afecto, irritabilidad, tristeza, miedo inexplicado (Chávez Contreras, 2022).

El incomparable

De manera inconsciente el entorno en el que se desarrolla un niño adoptado lo compara con el desarrollo de un niño biológico, lo cual no será igual derivado de la diferencia de los orígenes de ambos (López Moteagudo, 2017. p. 21).

Como se cita en Grau (2009) las circunstancias que vive un niño adoptado son muy diferentes de los niños que no lo son desde el tipo de embarazo, las conductas de riesgo de la madre

durante el mismo, la forma y condiciones del parto, situaciones de pobreza extrema, diversos tipos y grados de maltrato infantil, largas estancias en instituciones de adopción con pocos recursos y la ausencia de vínculos y figuras a quién apegarse (Bustamante García, 2014).

Los sueños difíciles

Los niños adoptados llegan a presentar dificultades más grandes para conciliar el sueño, regularmente, durante primer año después de la adopción o por algún tiempo más. Estas inquietudes nocturnas van desde pesadillas, terrores nocturnos, sueños agitados más todo lo aprendido durante el día respecto a su nueva familia, costumbres, colores olores, tonos de voz. La salud del niño adoptado refleja su salud emotiva y física a través de la calidad de sueño que tiene. (López Moteagudo, 2017. p. 21).

El miedo al abandono, recuerdos o traumas vividos por los adoptados y la inseguridad que sienten ante su situación se refleja comúnmente, aunque no de manera permanente en los sueños o pesadillas (Asociación EMDR, s/f)

¿Niño Teflón o Velcro?

El niño emocionalmente independiente de las relaciones familiares es el denominado teflón, por el contrario, el niño velcro es aquel que muestra ser un dependiente absoluto de sus padres (López Moteagudo, 2017. p. 22).

El comportamiento del niño adoptado en su fase de desapego mantiene la relación con sus cuidadores o padres adoptivos con indiferencia ya que además dado el caso está acostumbrado a ser tratado de forma generalizada, pero además tiene miedo de establecer nuevos vínculos. Las situaciones de apego excesivo y de desapego cuando los niños han pasado largos periodos en instituciones se puede presentar obedeciendo a los diferentes turnos del personal que atienden las instituciones, comportamiento que se puede ver replicado al estar de manera permanente con su familia adoptiva (Bustamante García, 2014).

Ambos extremos pueden ser presentados de manera alternada por un mismo niño, estas posturas traen consigo efectos negativos en cuanto a las relaciones de apego con la familia (López Moteagudo, 2017. p. 22).

El seductor o el indiferente

Esta característica va de la mano con la anterior solo que esta se centra en la atención que llega a demandar o rechazar el adoptado ante sus adoptantes o cuidadores.

Cuando un niño adoptado reclama atención y cariño se encuentra en modo seductor, pero cuando los mimos y los cariños llegan son rechazados por él, cambiando a modo indiferente. Estos comportamientos tan cambiantes obedecen a que en el pasado el niño ha podido obtener beneficios de este tipo de comportamientos y busca operar en el mismo sentido con su nueva familia (López Moteagudo, 2017. p. 23).

Fragilidad de sus necesidades primarias

Las dos anteriores características dan como resultado la falta de seguridad y la cambiante rutina de vida que han llevado, provoca que los niños adoptados no sepan cómo expresar sus necesidades o por qué actúan de manera extraña (López Moteagudo, 2017. p. 24).

Reproducción de sus modelos de supervivencia

Habiendo estado de cara frente a los resultados de supervivencia, es común que el niño adoptado actúe permanentemente de la forma que le permitió sobrevivir como ocultar alimentos, golpearse, mecerse mientras se queda dormido, etc. (López Moteagudo, 2017. p. 22).

Los niños adoptados pueden mostrar comportamientos completamente indiferentes ante sus padres adoptivos, o hermanos o por el contrario mostrarse completamente atentos y habidos de atención y amor, pueden ser agresivos, es decir todo dependerá de que tipo de comportamiento les haya resultado mejor en cuanto a sus condiciones de vida.

Desarrollo en escala

A diferencia de un niño normal cuyo desarrollo es continuo y lineal, para un niño adoptado su desarrollo físico, emocional, social y cognitivo se desarrolla en etapas largas, ya que al enfrentarse a las nuevas estructuras de su entorno social y familiar los hace más volubles, por la necesidad de crear ese vínculo con sus padres intentando ser felices (López Moteagudo, 2017. p. 22).

Los adoptados llegan a presentar carencias físicas como resultado de su estancia en instituciones o al provenir de una familia con carencias económicas importantes o de ambientes altamente hostiles, situaciones que impactan de manera brutal en el adoptado, provocándole problemas en su desarrollo general como: deficiencias de nutrición, pudiendo o no provocar problemas de carácter neurológico, anemia, afecciones de piel, plagas en el cabello, problemas de alergias, problemas en el sistema endócrino, enfermedades intestinales parasitarias e incluso tuberculosis, etc.

El estado de salud física del menor incide directamente en su estado emocional y condiciona su desarrollo físico y psíquico y por tanto, las bases de su personalidad (Bustamante García, 2014. p. 23).

Las fases de regresión

En los niños adoptados y sobre todo en momentos de tensión o estrés, se presentan estas fases en los que parece que han olvidado todo lo que ya habían aprendido. Estos niños son propensos a sufrir crisis derivadas de la inseguridad que la situación les puede suponer; es necesario descifrar estos bloqueos, buscando entender la situación que los ha generado para ayudar al niño adoptado (López Moteagudo, 2017. p. 22).

Miedo exagerado al rechazo y al abandono

La vulnerabilidad es una cualidad prevalente en los niños adoptados, así como el miedo a ser rechazados y abandonados, son altamente sensibles a situaciones que les suponen pasar nuevamente por una situación de abandono; situación que afecta la personalidad del niño incluso durante toda su vida intentando controlar todo a su alrededor. Presentan por esta misma razón muy baja tolerancia a las críticas ya que estas son interpretadas como rechazo o censura, son desconfiados, por lo que las relaciones amorosas les son complicadas por el miedo a salir heridos (López Moteagudo, 2017. p. 23).

Las manifestaciones comunes que se presentan ante el miedo al abandono son:

- a) Acercarse a la gente, aparentando extroversión y establecimiento de comunicación de una manera fácil y fluida, con la finalidad de asegurar que no se va a quedar solo.

- b) Sentir pánico cuando no obtiene respuesta, esto sucede al momento de enviar un mensaje o llamar a alguien y no recibe una respuesta inmediata, se presenta en la persona un estado de nerviosismo y se gestan pensamientos de que ninguna persona se preocupa o que le van a abandonar.
- c) Utilizar el chantaje emocional para asegurar la permanencia de las personas a su lado.
- d) Adoptar conductas complacientes e incluso desagradables para ellos, con la finalidad de asegurarse de permanecer en compañía.
- e) Baja autoestima, derivada de una falta de valor y de autorreconocimiento de lo bueno que hay en la persona y de lo que es capaz.

(ACNUR, 2017).

La no permanencia de las cosas

Derivado de su movilidad de primero estar con su familia biológica, luego en alguna institución y por último con una familia adoptiva, los niños adoptados perciben su situación como temporal y que su nueva familia no durará mucho tiempo (López Moteagudo, 2017. p. 23).

El instinto del pequeño salmón

El regreso al origen, la curiosidad, el instinto de buscar y conocer de dónde vienen es una de las características de los niños adoptados, lo que en muchas ocasiones se percibe de manera negativa por los padres adoptivos ya que consideran que no están haciendo un buen papel, percepción incorrecta ya que el niño en su afán de encontrar su rumbo y saber hacia dónde va, siempre buscará su origen (López Moteagudo, 2017. p. 24).

La búsqueda del origen es un proceso encaminado a conocer, contactar y relacionarse con personas significativas de su familia o cultura de origen realizado por personas adoptadas (como se citó en Rosso Lobo, 2008). Como se citó en Brondinsky (2011), Este proceso es consecuencia de la desinformación de la condición de adoptado, donde de ser un proceso intrapsíquico, pasa a ser un proceso interpersonal (Tébar López, 2019. p. 12)

Como se citó en San Martino (2014), el proceso nace de la triangulación creada entre la persona adoptada, la familia biológica y la adoptiva, pudiendo variar las personas que intervinieron (Tébar López, 2019. p. 12)

Como muestra existen asociaciones de personas adoptadas con la finalidad de encontrar sus orígenes, por ejemplo, en Brasil esta Filhos Adotivos do Brasil creada en 2007, en Argentina la Asociación Quienes Somos formada en 2002 y Raíz Natal creada en 2003 (Gesteira, 2012). En Europa existe un programa en Madrid llamado Programa de Búsqueda de Orígenes, contenido en el Código Civil para personas adoptadas de la Comunidad de Madrid (FAPMI, 2019),

En México no se cuenta hasta la fecha con ninguna asociación con fines parecidos.

1.6. Problemas conductuales en niños adoptados

En un estudio realizado por Smith, Howard y Monroe analizaron el tipo de problemas manifestados por chicos de 292 familias adoptivas con problemas de adopción o en riesgo de fracaso de la adopción (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012).

De lo que resultó la identificación de comportamientos externalizados característicos de problemas de conducta en más de la mitad de los niños, por ejemplo, el 81% mentía y manipulaba a otros, el 80% presentaba conductas oposicionistas, el 77% era agresivo verbalmente, el 69% tendía a violar las normas de la familia, el 64% presentaba problemas con los iguales, el 45% tenía problemas de hiperactividad el 21% había presentado comportamientos suicidas y un 22% había tenido problemas con la justicia o había sido detenido (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012).

Los resultados varían de unas investigaciones a otras en función del tipo de adoptados en cuanto a los rangos de edad en los que tuvo origen la adopción, la historia previa de abandono, si el adoptado ha estado o no en alguna institución y cuánto tiempo, los malos tratos, etc. motivo por el cual los problemas pueden ser muy variados de estudio a estudio. El problema radica en la acumulación de experiencias adversas y mantenidas, así como el tipo de experiencias que serán las que determinen las características de los problemas y su persistencia al concretarse la adopción (Bustamante García, 2014).

Como se cita en Palacios (1996) las diferentes investigaciones muestran que los niños adoptados no parecen presentar patologías importantes en comparación con los no adoptados, lo que no implica que no existan diferencias, ya que se han encontrado tendencias incrementadas por parte de los adoptados en cuanto a la hiperactividad, agresividad y conductas relacionadas, asimismo la obtención de bajas calificaciones en concentración y niveles de rendimiento académico (Bustamante García, 2014. p. 25).

1.6.1. Tendencias suicidas

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y su lista, en donde se describen disfunciones familiares y acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que a menudo se encuentran en los niños y adolescentes con tendencia al suicidio, existen dos causales que se pueden presentar en las personas adoptadas. La primera es la existencia de antecedentes familiares de suicidios o intentos de suicidio y la segunda es familias adoptivas o afines (Chávez Contreras, 2022. P. 30).

La psicóloga de la Universidad de Minnesota, Margaret Keyes, realizó un estudio con 692 adolescentes adoptados y 540 no adoptados desde 1998 hasta el 2008, buscando si la condición de adopción representa un elemento para aumentar los intentos de suicidio y aparición de síntomas de trastornos psiquiátricos, rasgos de personalidad, entorno familiar y fracaso académico como factores asociados a la conducta suicida. Del estudio se desprendió que el intento de suicidio aumento hasta cuatro veces en adolescentes adoptados en comparación con los no adoptados (SAVAL, 2013).

CAPITULO II
Huellas Emocionales generadas por la Adopción

El doctor en neurociencia por la Universidad de Oxford, Francisco Mora, considera que es en la corteza cerebral donde se analiza toda la información percibida por los sentidos y que posteriormente es filtrado por el sistema emocional donde las percepciones son catalogadas como buenas o malas, atractivas o no atractivas, de interés o de desinterés y que pasan a un tercer filtro que es la corteza cerebral en donde se asocian estas experiencias y se construyen procesos mentales (razón y pensamiento) elaborando las funciones ejecutivas complejas, para posteriormente por último llegar al hipocampo en donde se registra la experiencia y eso es la huella, su sentido positivo o negativo y el aprendizaje obtenido de ello (Mora, 2017).

Habiendo definido lo que es una huella emocional y que esta puede ser positiva o negativa, para el desarrollo del presente capítulo el enfoque estará en las huellas emocionales negativas, que se han presentado en sujetos que han sido adoptados.

Las heridas emocionales surgen por la vivencia de experiencias negativas y percibidas de esa manera por un sujeto durante su niñez o adolescencia (Fundación Beca, 2022).

Estas heridas pueden causar ansiedad, pensamientos automáticos, mayor vulnerabilidad hacia determinados trastornos psicológicos o de la personalidad, problemas del sueño, problemas de conducta, entre otros (Fundación Beca, 2022).

El planteamiento del presente capítulo busca desarrollar las heridas desde el punto de vista de los padres adoptivos, los biológicos y el niño o adolescente adoptado; con la finalidad de contar con el antecedente para el estudio de caso del Capítulo IV.

2.1 Pérdida

La pérdida la pueden sufrir todos aquellos involucrados en un proceso de adopción, los padres biológicos porque pierden a un miembro de su familia y su rol como padres.

Las condiciones de las madres biológicas que entregan a sus hijos en adopción pueden coincidir en el hecho de ser madres solteras o con más de un hijo, con historias de abandono, desprovistas de protección por parte de sus propios padres, provenientes de familias uniparentales con severos problemas intrafamiliares, con insatisfacción de necesidades materiales y morales. Situaciones todas que causan un gran daño afectivo que dificulta su

interrelación con otras personas e incluso con su propio vástago (Espinoza, Yuraszeck y Salas, 2004).

Las motivaciones que llevan a una madre a entregar a su hija (o) en adopción pueden obedecer a razones económicas, por la incapacidad de ejercer el rol de madre, por inmadurez emocional, por falta de apoyo de su red familiar incluyendo el padre del niño, las causas o situaciones que dieron origen a la concepción como violación, incesto, etc. (Espinoza, *et al*, 2004).

En atención a lo anterior, la madre biológica que entrega un hijo en adopción experimenta un duelo. Debe resolver la ambivalencia del amor y del rechazo por su hijo y el sentimiento de pérdida. Posteriormente, debe asumir las dudas respecto del bienestar futuro de su hijo en la nueva familia que lo acogerá, los trámites judiciales y la separación del hijo, posteriormente debe sobreponerse a las fantasías sobre el futuro del hijo en su familia adoptiva, los padres adoptivos y los nuevos hermanos, el efecto de la revelación del secreto de la adopción, los triunfos, la forma en que se relaciona, los hijos de su hijo que nunca podrá ver. Situaciones y sentimientos que estarán de manera permanente durante toda la existencia de la madre biológica (Espinoza, *et al*, 2004).

Los padres adoptivos, pueden tener esta huella derivado de la pérdida de un hijo propio o ante la incapacidad de concebir hijos de manera natural (Children's Bureau, 2020).

Al tomar la decisión de “adoptar después de un largo período de ímprobos esfuerzos por tener hijos biológicos, lo que ha implicado tratamientos costosos en lo emocional, biológico y económico. El sufrimiento de la infertilidad producido por la frustración de no tener el hijo deseado, objetivo final de la vida en común; la desvalorización de no tener lo que biológicamente corresponde y la culpa por no poder hacer feliz a su pareja; la impotencia, rabia y lástima por el que no es fértil, son sentimientos y realidades que los padres adoptivos deben ir asumiendo”. (Espinoza, Yuraszeck y Salas, 2004).

La pérdida en el adoptado cuando tiene cierta edad al momento de ser dado en adopción puede representar no solo la pérdida de los padres biológicos, sino también de otros familiares como hermanos, tíos, abuelos e incluso amigos (Children's Bureau, 2020).

“La separación de madre e hijo produce también un duelo en éste. En oportunidades son muchos los cambios de hogar, cada uno de los cuales deja su huella negativa en el niño, que es de magnitud diferente dependiendo del grado de apego que alcanzó con una determinada guardadora. Cuanto de todo esto puede afectarlo en su futura vida con sus padres adoptivos es difícil de predecir y parece depender en mucho de la actitud, conductas y relaciones de cariño e integración emocional que tengan los padres adoptivos con el niño”. (Espinoza, *et al*, 2004).

2.2. Rechazo

El rechazo aumenta los sentimientos de pérdida del adoptado, este sentimiento es latente, pero respecto a sus padres biológicos por haberle dado en adopción, también se llega a sentir rechazado por los nuevos padres (aunque su adopción fuera desde una edad muy temprana). El sentimiento de rechazo origina problemas de autoestima, sentido de pertenencia y conducta evitativa ante ciertas circunstancias para evitar ser rechazado (Children’s Bureau, 2020).

En una persona adoptada se pueden presentar dos problemáticas en base del rechazo como sería las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales. Partiendo de los conceptos generales.

2.3. Vergüenza y Culpa

El adoptado en ocasiones se considera a sí mismo el culpable de no ser lo suficientemente bueno para que sus padres no se deshicieran de él y lo dieran en adopción. Estos sentimientos provocan una baja en la autoestima del adoptado y se puede sentir incapaz de amar y de recibir amor de otras personas (Children’s Bureau, 2020).

Los padres adoptivos pueden experimentar estos sentimientos por no haber podido concebir un hijo o por no haber cuidado lo suficientemente bien a ese hijo que se perdió (Children’s Bureau, 2020).

En los padres adoptivos pueden presentar sentimiento de injusticia, minusvalía, incluso el padre con el problema puede sentirse fracasada con relación a su pareja, a quien no puede

dar el hijo deseado, y quizá como añadido el no poder responder a las expectativas de la familia de origen. Cuando es el otro cónyuge el estéril, surge el reproche, el enojo y la recriminación, a la vez que sentimientos de culpa y vergüenza por lo sentido anteriormente. En ambos casos está presente la vivencia de defraudarse a sí mismo o a sí misma, al otro, a la familia y a la sociedad (Iosu Cabodevilla, 2006. p. 689 y 690).

Con base a lo anterior, la pareja adoptante debe resolver previamente a la adopción, su conflicto frente a la culpa de la presunta esterilidad conyugal, la fantasía del origen genético defectuoso del hijo y la fantasía de la fuga y el retorno del niño a sus padres biológicos (Iosu Cabodevilla, 2006. p. 690).

En cuanto a los padres biológicos se pueden sentir avergonzados y culpables por no haber sido capaces de conservarlo o por rechazar al niño sin importar los motivos que los llevaron a proseguir con la adopción (Children's Bureau, 2020).

2.4. Duelo

El duelo es el dolor que viene de la pérdida y el reconocimiento de la familia o la vida que se perdió con la adopción, este dolor es recurrente y dura toda la vida. Por su parte, los padres biológicos pueden experimentar un dolor intenso en el momento de la adopción, reapareciendo en determinados momentos de la vida como cumpleaños, fecha de adopción (Children's Bureau, 2020).

“El niño adoptado es una conjunción de un “no deseo” de padres biológicos con un “deseo” de padres adoptivos. Es un niño para el que no ha habido lugar, inicialmente. Si, posteriormente, prevaleciera el “no deseo” de origen, puede dar lugar a actitudes de resentimiento y hostilidad. Si, en cambio, el “deseo” de los padres es capaz de organizarse con suficiente fuerza, permitirá al niño/a reconciliarse con la vida”. (Muñoz Guillen, 2018)

Los niños adoptados que no han vivido su duelo pueden convertirse en conductas de agresión, agresión que de ser introyectada generará culpa, desvalorización, miedo a recibir un castigo o conductas de sometimiento al adulto para encubrir la hostilidad. Si se proyecta la culpa se alivia, los demás son los malos y pueden ser atacados (Muñoz Guillen, 2018).

Para la persona adoptada no hay rituales o ceremonias formales para marcar la pérdida causada por la adopción y el dolor resultante ya que, en nuestra cultura, una persona adoptada se considera afortunada por haber sido elegidas por otra familia, motivo que no da paso a la aflicción que se puede llegar a asentar, o reconocer y comprender el dolor de la pérdida (Children's Bureau, 2020).

Los comportamientos destructivos, la automedicación, la negación y la ira pueden ser resultado de un duelo no reconocido, afrontado y superado (Children's Bureau, 2020).

2.5. Identidad

Las personas adoptadas pueden enfrentar problemas con su identidad al sentirse incompletos, inestables y contrariado al tener primero a una familia y luego a otra. Incompleto porque carece de información genética, médica, religiosa y otra información histórica sobre su familia biológica, es aquí donde surgen las preguntas para completar información que permitan completar esa parte tan importante. Una de las preguntas más frecuentes es ¿Por qué sus padres biológicos lo dieron en adopción?, ¿qué paso con sus padres?, ¿tiene hermanos?, ¿se parece físicamente o en algunas otras características a su familia biológica? (Children's Bureau, 2020, pp. 5).

Es en ese momento donde el adoptado se llega a sentir fuera de lugar y surge el sentimiento de no pertenencia a su familia adoptiva, por lo que se recomienda tener la información genética y datos de salud para bienestar del adoptado (Children's Bureau, 2020).

La formación de identidad comienza en la infancia y se vuelve más importante durante la adolescencia. Cuando el adoptado está en periodo escolar esa falta de información y a las personas de su pasado puede causar mayores problemas o incluso cuando tiene una tarea orientada a la familia (Children's Bureau, 2020, p. 6).

En cuanto a los adoptantes el sentimiento de ser padres puede tardar en aparecer e incluso el sentimiento de no merecimiento o derecho de serlo. Los padres biológicos pueden no estar seguros de su papel en la vida de su hijo, ya que no están criando activamente a ese niño (Children's Bureau, 2020).

Dentro de la identidad de los sujetos adoptados, se presentan problemas en el autoconcepto. Una clave de pertenencia es la filiación, en cuanto a que el adoptado recibe un apellido y nombre que lo incluyen dentro de una familia, misma que forma parte de una sociedad con sus propias costumbres. La entrada a la vida de la nueva familia, a formar parte de los deseos de sus nuevos padres son los que dan las primeras señales para la formación de la nueva identidad del adoptado (Muñoz Guillen, 2018).

2.5.1. El autoconcepto

El autoconcepto es la imagen que una persona ha creado sobre sí misma, no es una imagen solamente visual, sino que está conformada por el conjunto de ideas que el individuo cree que lo definen, a nivel consciente e inconsciente.

Thompson (1990), plantea tres componentes en el constructo de la imagen corporal:

1. **Componente perceptivo:** Precisión con que se percibe o estima el tamaño de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobreestimación: percepción de un tamaño corporal inferior al que corresponde.
2. **Componente cognitivo-afectivo:** Consiste en el sentimiento, la actitud, la cognición y el valor que evoca el cuerpo en su persona, por ejemplo, el no sentirse satisfecho con el o la preocupación de su forma.
3. **Componente conductual:** Consiste en las conductas que el componente cognitivo – afectivo desencadenan como exhibirse o evitar ciertas personas o situaciones.

2.6. Intimidad o Apego

Como resultado de las pérdidas que generan en el adoptado sus vivencias previas, así como el proceso de adopción, subconscientemente buscan evitar una nueva pérdida provocando alejamiento emocional y un fuerte desapego (Children's Bureau, 2020).

Cuando el adoptado se encuentra en la primera infancia, es decir de los cero a los 12 años ya ha desarrollado apego a sus padres, pero sobre todo a su madre. “El psiquiatra Thomas Verny, plantea que el niño aún no nacido es un ser consciente, que siente y recuerda y que todo cuanto pase durante la gestación moldeará y formará la personalidad, impulsos y pensamientos del bebé” (Células de cordón Uruguay, 2016). Los bebés son sensibles a matices emocionales tan sutiles como el estado de ánimo de su madre (Verny y Weintraub, 1992).

En los padres biológicos esta falta de intimidad se manifiesta en la dificultad de establecer relaciones con la familia o los niños que luego entran en sus vidas. Respecto a los padres adoptivos se pueden ver afectados por la incapacidad de concebir, lo que llega a afectar la relación de pareja y la dinámica familiar cuando llega un hijo adoptivo (Children’s Bureau, 2020).

2.6.1. Tipos de Apego

De acuerdo con la clasificación de Jorge Barudy, María José Cantero y María Josefa Lafuente:

1) **Apego seguro:** Resulta cuando el adoptado es criado por cuidadores competentes, quienes responden adecuadamente y de manera estable a las necesidades del adoptado. Este último percibe a sus cuidadores como personas confiables, a su disposición, y le generan sentimientos de seguridad y sentido de pertenencia, lo que le permite aprender modelos de crianza adecuados y que serán usados si en un futuro integra una familia (Chávez Contreras, 2022).

2) **Apego inseguro evitativo:** Es cuando el adoptado no es cuidado adecuadamente derivado de reacciones angustiosas, de rechazo, repulsión u hostilidad por parte de su cuidador. El cuidador puede llegar a distorsionar las necesidades reales no dando importancia a la necesidad requerida, lo que ocasiona la activación en el niño de un sistema de adaptación que inhibirá la expresión de sus necesidades y afectos con el objetivo de no provocar reacciones negativas de sus cuidadores (Chávez Contreras, 2022).

3) **Apego inseguro ansioso-ambivalente:** En este tipo de apego no existe disponibilidad emocional para el adoptado por parte de su cuidador (es), lo que genera en el adoptado, ansiedad, exageración en sus conductas de apego a través de llanto, gritos, demandando constantemente en búsqueda de atención (Chávez Contreras, 2022).

4) **Apego inseguro desorganizado:** En esta forma de apego el adoptado no puede conseguir acercarse o apegarse con sus cuidadores, lo que provoca colapso en su sistema de defensa, provocando caos y dolor en sus vivencias. Los cuidadores maltratan al adoptado, son negligentes con el e incluso presentan adicciones o patologías psiquiátricas (Chávez Contreras, 2022).

5) **Trastorno del apego reactivo:** Según Chávez Contreras (2022) Este último tipo de apego es referido en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) dentro de trastornos relacionados con trauma y estrés, denotando tres patrones:

“A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:

1. El infante raramente o muy pocas veces "busca" consuelo cuando siente malestar.
2. En las mismas circunstancias, raramente o muy pocas veces "se deja" consolar.

B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas:

1. Reacción social y emocional mínima hacia los demás.
2. Afecto positivo limitado.
3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicable que se muestran, incluso, durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

C. El adoptado ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social. No se cubren las necesidades emocionales básicas para asegurar su bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Repetido cambio de los cuidadores lo que disminuyen el apego estable.
3. Educación en espacios inadecuados que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (por ejemplo, instituciones con un número elevado de niños por cuidador)".

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la Organización Mundial de la Salud (OMS), da al trastorno de apego reactivo las siguientes características:

- “Comportamientos sociales extremadamente anormales en la primera infancia, al venir de una historia de cuidados sumamente inadecuados (por ejemplo, negligencia grave, maltratos, privación institucional).
- Incluso, cuando un cuidador principal adecuado está nuevamente disponible, el infante no acude a él para recibir consuelo, apoyo y cuidado.
- Raramente muestra comportamientos que busquen seguridad en cualquier adulto. - No responde cuando se le ofrece consuelo.
- Solo puede ser diagnosticado en niños.
- Las características del trastorno se desarrollan dentro de los primeros 5 años de vida.
- El trastorno no se diagnostica antes de la edad de 1 año (o una edad de desarrollo de menos de 9 meses), cuando la capacidad de apegos selectivos no puede ser completamente desarrollada, o en el contexto de un trastorno del espectro autista”.

(Chávez Contreras, 2022. p. 28)

El trastorno de apego es denominado el trastorno de trastornos por Barudy, ya que daña la capacidad de relacionarse consigo mismo y con otros de una forma constructiva y sana. Las conductas comunes son:

1. Actúan con grandiosidad.
2. Estallidos de rabia y actos violentos.
3. Comportamientos oposicionistas.
4. Evitan el contacto visual.
5. Tienden a culpabilizar a los demás que quieren ayudarle.
6. Tendencia a mentir.
7. En la adolescencia, pueden presentar conductas delictivas.
8. Crueldad hacia los animales.
9. Autolesiones y trastornos sexuales.

(Barudy y Dantagnan, 2005. p. 195)

2.7. Dominio y Control

En la triada de adopción (padres biológicos, adoptivos y el adoptado) es necesaria la renuncia en cierta medida del dominio y el control. En cuanto a los padres biológicos que dan en adopción a un niño los lleva a renunciar a sus derechos como padres o ver a su hijo ingresar en el sistema de crianza, lo que llega a genera sentimientos de victimización e impotencia que pueden continuar afectando su vida e identidad (Children's Bureau, 2020).

Respecto al adoptado, si era muy pequeño al momento de ser dado en adopción y al no estar involucrado en las decisiones que alteraron su vida y que estaban fuera de su control, el impacto pudo dificultar su crecimiento y causarle problemas de autocontrol y falta de responsabilidad. Respecto a los adoptados en la etapa de la adolescencia o los jóvenes mayores que fueron adoptados, incurren en luchas de poder con padres adoptivos y otras figuras de autoridad (maestros, entrenadores, consejeros). Los comportamientos descritos representan un intento de recuperar la pérdida de control que sintieron en la adopción (Children's Bureau, 2020).

Otro aspecto en el que se presenta falta de control es al momento de saber sobre el origen del niño adoptado, muchas veces esta información es negada por los padres adoptivos, lo

que lleva a sentir al adoptado a sentirse engañado y a lamentar la pérdida de control respecto a la información sobre su familia biológica (Muñoz Guillen, 2018).

Para los padres adoptivos, el dominio y el control se cede en dos aspectos, en el proceso de adopción que llega a ser largo y complicado, lo que genera impotencia y desesperación. El segundo aspecto es respecto al adoptado ya que se pueden generar autopercepciones de ellos mismos como impotentes o no dignos de ser padres, lo que puede llevar a un estilo de crianza menos comprometido o, por el contrario, puede llevar a la búsqueda de recuperación del control perdido, volviéndose estrictos, sobreprotectores y dominantes. Este último matiz provoca la inflexibilidad y tensión en la relación con el adoptado (Children's Bureau, 2020).

2.8. Niveles bajos de serotonina

La serotonina es un neurotransmisor, entendido este como una sustancia química que permite el paso del impulso nervioso de una neurona a otra o bien a la placa motriz de un músculo (Galimberti, 2002. p. 742). Así la serotonina, tiene por funciones principales el control emocional, el estado de ánimo y la modulación de algunos procesos físicos y neuropsicológicos como la percepción, recompensa, ira, agresión, apetito, memoria, sexualidad y atención (Centro Manuel Escudero, 2022).

2.8.1. Causas de los niveles bajos de serotonina

Las principales causas que dan lugar a que los niveles de serotonina sean bajos pueden ser:

1. Exposición prolongada a altos niveles de estrés, lo que provoca la elevación de cortisol, además de que se aumenta el antojo por consumo de alimentos ricos en grasas, carbohidratos y azúcares (mismos que disminuyen los niveles de serotonina).
2. Estar sometido a situaciones constantes de ansiedad, angustia o ambas, sumadas del estrés.
3. Cogniciones equivocadas, lo que provoca alteraciones emocionales desproporcionadas como ansiedad, dolor, irritabilidad, ira, frustración, malestar o una visión negativa sobre una situación.
4. Deficiente alimentación ya que no se consumen los niveles adecuados de triptófanos (aminoácidos que incrementan los niveles de serotonina).

(Centro Manuel Escudero, 2022)

2.8.2. Efectos de los niveles bajos de serotonina

Los principales efectos de presentar niveles bajos de serotonina son:

- Cambios en la salud mental,
 - Problemas de estado de ánimo tales como la tristeza, la depresión, la distimia,
 - Problemas con el manejo de las emociones, tales como la irritabilidad, la agresividad, la inestabilidad emocional, la ansiedad,
- Problemas de desempeño en la vida social, laboral, escolar y familiar,
- Baja autoestima,
- Problemas de sueño (falta de serotonina y melatonina),
- Problemas de memoria y concentración,
- Deterioro en la percepción y la función cognitiva y las habilidades motoras,
- Problemas con la regulación del apetito,
- Falta de libido,
- Problemas del intestino.

(Centro Manuel Escudero, 2022)

2.8.3. Aumento de niveles de serotonina

Una persona con niveles adecuados de serotonina muestra estados de ánimo estables, al poder controlar adecuadamente las emociones lo que genera sentimientos de satisfacción, resiliencia y aumento del sentimiento de relajación y control de la ansiedad.

2.8.3.1. Métodos naturales de aumentar los niveles de serotonina

• Disminución de los niveles de estrés

Destinar un tiempo de cada día para la realización de actividades placenteras como dibujar, tejer, leer, cantar, escuchar música, cocinar, etc.

• Llevar una dieta variada y rica en triptófanos

Evitar el consumo excesivo de alimentos ricos en grasas, carbohidratos y azúcares como: dulces o pastelillos elaborados de azúcar refinada, pan y arroz blanco, pasta no integral, refrescos.

Si bien la mayoría de los alimentos contienen triptófanos, se recomienda consumir más: Carne de pavo y pollo, pescado azul e hígado, aguacate, col, frijoles verdes, lentejas (producen vitamina B6 cofactor en la elaboración de serotonina) lácteos, piña, ciruela, espinacas, remolacha, zanahoria, apio, dátiles, brócoli, frutos secos, cereales y arroz integral, semillas de sésamo y calabaza, garbanzos, nuez, chía, soja, chocolate negro y alga espirulina.

- **Aumentar el consumo de omega-3**

Aumentar el consumo de ácidos grasos ayuda además del aumento de la serotonina, el de dopamina y adrenalina, a través del consumo de pescado.

- **Evitar el consumo de café y bebidas estimulantes**

Estas bebidas aumentan la secreción de adrenalina y cortisol y son antagonistas de la producción de serotonina, además en el caso de las bebidas estimulantes, sus altos contenidos de azúcar las vuelve altamente excitantes y de muy poco valor nutricional.

- **Dormir el tiempo adecuado**

Al dormir el tiempo necesario, el cuerpo reestablece los niveles de serotonina, a continuación, se desarrolla de acuerdo a la edad, el tiempo que se debe dormir:

- **Recién nacidos (0-3 meses):** lo ideal es que duerman entre 14-17 horas cada día, aunque también es aceptable que lo hagan entre 11 y 13 horas. Lo que no se aconseja es dormir más de 18 horas.
- **Bebés (4-11 meses):** se recomienda que duerman entre 12-15 horas, que descansen entre 11 y 13 horas, pero nunca más de 16 o 18 horas.
- **Niños pequeños (1-2):** no es recomendable que duerman menos de 9 horas y más de 15 o 16. Lo que se aconseja es que descansen entre 11 y 14 horas.
- **Niños en edad preescolar (3-5):** entre 10-13 horas sería lo adecuado. Menos que 7 y más de 12 horas no es aconsejable.
- **Niños en edad escolar (6-13):** lo recomendable sería dormir entre 9 y 11 horas.

- **Adolescentes (14-17):** el rango de sueño aumentó en una hora a 10,08 horas (antes era entre 8,5 y 9,5)
- **Adultos más jóvenes (18 a 25):** entre 7-9 horas al día, y no menos de 6 ni más de 10-11.
- **Adultos (26-64):** lo ideal sería dormir entre 7 y 9 horas, aunque no siempre se logra.
- **Adultos mayores (de 65 años):** lo saludable es descansar entre 7-8 horas al día.
(BBC Mundo, 2015)

- **Realizar ejercicio físico**

Se recomienda realizar cualquier tipo de ejercicio, como caminar, patinar, bailar, actividades que ayudan a la metabolización de la serotonina y aumenta los niveles de triptófano.

- **Rayos de sol y luz**

La exposición al sol y la luz permiten ayudar el aumento de la producción natural de vitamina D, que estimula la producción de serotonina.

(Asociación de Especialistas en prevención y Salud Laboral, 2018)

2.8.3.2. Métodos artificiales de aumentar los niveles de serotonina

A) Vitamínicos para el aumentar el nivel de serotonina

El cuerpo puede ser estimulado para la producción y asimilación de serotonina a través de los siguientes productos vitamínicos:

1. Vitamina B6

Su consumo ayuda para la conversión de aminoácidos en serotonina.

2. Vitamina D

Esta vitamina convierte el triptófano en serotonina, se produce en el cuerpo de manera natural únicamente al exponerse a los rayos solares, y su ausencia puede producir depresión, o de la llamada "depresión invernal".

3. Té verde (L-teanina)

Es un aminoácido presente en el té verde. El aminoácido aumenta la concentración de serotonina y dopamina en el cerebro, porque tiene la capacidad única de aumentar los niveles de actividad de las ondas cerebrales alfa, ondas presentes en estado de vigilia estando con una conciencia relajada.

4. Ácidos grasos omega-3

“Los ácidos grasos son vitales para construir células cerebrales sanas y para promover la formación de nuevas células cerebrales. Dos componentes principales de los ácidos grasos omega-3 son el ácido docosahexaenoico y el ácido eicosapentaenoico”.

(Brain Efect Magazine, 2019)

Estos dos ácidos actúan sobre los receptores corporales a los que llegan todas las hormonas para difundir su efecto, haciéndolos más sensibles a la serotonina, a la vez que aumentan su liberación.

5. Rhodiola (raíz de rosa)

Rhodiola rosea tiene muchos nombres - raíz de oro, raíz de rosa, raíz de rosa occidental, corona de rey, etc., Es un excelente amplificador de serotonina que también reduce la hormona del estrés cortisol. Esta raíz ayuda a que la serotonina llegue de forma más veloz al cerebro.

(Brain Efect Magazine, 2019)

B) Fármacos para aumentar los niveles de serotonina

Están los timo analépticos o antidepresivos pueden ser:

- Los inhibidores de la monoamina-oxidasa (IMAO) afectan a los mensajeros químicos (neurotransmisores) utilizados para comunicarse entre las células cerebrales, al efectuar cambios en la química cerebral.

Es decir que evita que la enzima monoamina-oxidasa quién participa eliminación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y dopamina del cerebro, lo que hace que más de estas sustancias químicas cerebrales realicen cambios en las células como en los circuitos.

La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó estos IMAO:

- Isocarboxazida (Marplan)
- Fenelzina (Nardil)
- Selegilina (Emsam)
- Tranilcipromina (Parnate)

(Mayo Clinic, 2019. Inhibidores de la monoaminoxidasa IMAO).

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) aumentan los niveles de serotonina en el cerebro a través del bloqueo de la reabsorción (recaptación) de la serotonina en las neuronas. Por lo tanto, habrá más serotonina para eficientar la comunicación entre neuronas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se denominan selectivos porque afectan principalmente a la serotonina, no a otros neurotransmisores.

La Administración de Alimentos y Medicamentos FDA aprobó los siguientes medicamentos:

- Citalopram (Celexa)
- Escitalopram (Lexapro)
- Fluoxetina (Prozac)
- Paroxetina (Paxil, Pexeva)
- Sertralina (Zoloft)

(Mayo Clinic, 2019. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS).

Los fármacos mencionados ayudan a equilibrar las sustancias químicas del cerebro, mejorando el estado de ánimo y el humor, la concentración y el sueño. Tardando de cuatro a seis semanas en hacer efecto pleno (NIH MedlinePlus, 2020).

2.9. Distorsiones Cognitivas

Son ideas sobrevaloradas en las que la distorsión se da por las emociones, creencias y aprendizajes (Ruiz Sancho, Alcázar Rodríguez, Muriel Herмосilla., s/f).

Algunas de las principales distorsiones cognitivas y alimentadas por las creencias del individuo pueden ser:

- **Abstracción selectiva o filtraje:** se centra la atención en detalles concretos, especialmente en aspectos negativos o inadecuados, ignorando el resto de información. Se utilizan palabras como: “No soporto que...”, “No aguanto que...”, “Insoportable...”.
- **Sobregeneralización:** creencia que, si algo ha ocurrido una vez, esto se repetirá de manera permanente. Se utilizan palabras como: “Todo”, “Nadie”, “Nunca”, “Siempre”, “Ningunos”.
- **Personalización o “falsa atribución”:** el sujeto se siente responsable del 100% de acontecimientos, aunque casi no hayan participado e incluso sin participar. Se utilizan palabras como: “Eso lo dice por mi...”, “Yo soy más/menos tal... que...”.
- **Afirmaciones de “debería” o “tengo que”:** son creencias rígidas e inflexibles acerca de cómo debe ser el sujeto con una excesiva autocrítica y cuando se trata de los demás favoreciendo la rabia y la agresividad. Se utilizan palabras como: “Debo de..”, “No debo de...”, “Tengo que....”, “No tengo que”, “Debe de.....”, “No debe de...”....etc.
- **Pensamiento polarizado o dicotómico:** toda cosa o situación es negra o blanca, falsa o verdadera, sin que se permitan medias tintas. Se utilizan palabras

como: “Inútil respecto a útil”, “Acertado en lugar de erróneo”, “Bueno frente a malo”.

- **Razonamiento emocional:** se asume que los sentimientos negativos son el resultado de cosas negativas. Es decir, si la persona se siente mal significa que la situación real es mala. Se utilizan palabras como: “Si me siento así entonces es cierto que...”.
- **Maximización y minimización:** consiste en magnificar los errores propios y los éxitos de los demás, minimizando los éxitos propios y los errores de los otros.
- **Inferencia arbitraria:** se dan por hecho determinadas suposiciones, aunque no exista evidencia real por ello. Las dos principales serían: adivinar lo que piensan los demás y del futuro.
- **Etiquetación:** usada principalmente en el mismo individuo, autoasignándose etiquetas peyorativas. Se utilizan palabras como: “Soy un...”, “Es un...”, “Son unos...”.
- **Interpretación del pensamiento:** se suponen las razones o intenciones de otras personas sin prueba alguna. Se utilizan palabras como: “Eso lo dice por...”, “Eso se debe a...”.
- **Falacia de control:** se cree de manera extrema que el sujeto tiene todo el control o responsabilidad de las cosas o bien que éste está controlado totalmente por las circunstancias y no puede hacer nada. Se utilizan palabras como: “No puedo hacer nada por...”, “Yo soy responsable de todo lo que...”.
- **Falacia de cambio:** se tiene la creencia que en un problema con otra persona o circunstancia no se puede hacer nada, a menos que cambie primero esa persona o circunstancia. Se utilizan palabras como: “Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”.

- **Falacia de justicia:** se cree que todo lo que ocurre debe de hacerlo de la forma en como el individuo lo considera correcto y que si no es así es injusto. Se utilizan palabras como: “No pueden hacer eso...”, “Se comete una injusticia...”.
- **Culpabilidad:** se asigna toda la responsabilidad de las acciones al propio individuo o a los demás, en el intento de mostrarse como personas viles e indignas. Se utilizan palabras como: “Es culpa mía...”, “Es su culpa...”, “La culpa la tiene ...”.
- **Tener razón:** los puntos de vista de otros no se consideran y se da un lucha por la imposición del criterio del sujeto en cuestión. Se utilizan palabras como: “Llevo la razón”, “Sé que estoy en lo cierto”.
- **Falacia de recompensa divina:** el individuo cree que un problema cambiará o se resolverá de manera paulatina sin necesidad de buscar una respuesta para solucionarlo. Se utilizan palabras como: “El día de mañana, esto cambiará”, “El día de mañana tendré mi recompensa”.

(Psicología Monzo, S/F).

2.10. Creencia irracional

Es una disposición, una potencia del sujeto, del mismo modo que también son disposiciones los rasgos del carácter, los hábitos o los instintos. Es decir, son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que el sujeto en su desarrollo se encuentra y adopta como interpretación de la realidad (Diez Patricio, 2017. pp. 129-130).

Las creencias irracionales más frecuentes son:

- Necesito ser amado por ciertas personas.
- Necesito ser perfectamente competente.
- Cierta gente debe ser castigada.
- Las cosas no salen como me son útiles y es terrible.
- Pis perturbaciones son imposibles de controlarlas.
- Voy a resolver mis problemas permaneciendo de manera constante preocupado.

- Es más fácil evitar que afrontar las dificultades.
- Necesito a los otros.
- Soy afectado por mi pasado y siempre me determinará.
- Uno debe preocuparse mucho por los otros.
- Existe una solución perfecta para los problemas.

(Luque, Z. 2020)

En cuanto a las distorsiones cognitivas y creencias irracionales se refiere a que algunos adoptados conciben el proceso de adopción más allá de un beneficio, como un proceso que solo les ha causado daño, lo que genera que sus creencias respecto a ellos mismos se vean afectadas ya que existe un profundo sentimiento de valor disminuido respecto a otros niños que crecieron con sus familias biológicas.

Capítulo III
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

3.1. Modificación de la Conducta bajo el enfoque cognitivo - conductual.

Dos corrientes de pensamiento (la aproximación cognoscitiva y la teoría del condicionamiento) dan origen a la terapia cognitivo conductual. Según Mahoney (1974) al no considerarse los sentimientos y pensamientos durante los análisis experimentales de la conducta son los que dan origen a la consideración del aspecto cognitivo en la conducta (Serrano Vargas, 2001).

Según Kazdin (1978) son los procesos del pensamiento los que toman el control de la conducta, por su parte Beck (1980-1990) consideró que el hecho de ignorar los aspectos cognitivos y afectivos por parte del modelo conductual es lo que permitió el surgimiento cognitivo conductual comparándola con la aproximación psicodinámica. Es importante recordar que la psicodinámica considera un mundo interno inconsciente que tiene impacto en los sentimientos, decisiones, relaciones, perspectiva del mundo, el comportamiento y en los estados de ánimo (Psicología psicodinámica, s/f).

La revolución cognitiva, surge primero con Tolman (1948) y su sugerencia de que los animales podían aprender sin ser reforzados a través de la formación de mapas cognoscitivos del entorno, la obra de maquina universal de Alan Turing y la invención de la computadora durante los años '50. Estos tres eventos despertaron las ideas de que los aspectos psicológicos deben estar dentro de cada persona, postura basada en programación algorítmica y estudio centrado en el análisis de información obtenida de la estimulación sensorial. Es decir, la información entra, se procesa, se transforma, se recupera y se usa, tal como en un computador (Serrano Vargas, 2001).

En cuanto a la postura conductual, arranca de la teoría del condicionamiento de Skinner (1938), partiendo de los reflejos condicionales en fisiología y el conexionismo americano. Entendiendo como conducta "el movimiento de un organismo o de una de sus partes en un marco de referencia provisto por el mismo organismo o por varios objetos externos o campos de fuerza" (Skinner; 1938, pág. 6 como se citó en Serrano Vargas, 2001).

La modificación de la conducta está basada en el condicionamiento, que es una forma de aprendizaje, y posteriormente fue la modificación de conductas derivadas de las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov, la ley del efecto de Thorndike y las formulaciones de Watson sobre el conductismo (Sánchez Martínez, s/f).

Una vez desarrollados ambos conceptos, se puede definir a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como una forma de psicoterapia cuyo propósito consiste en trabajar con emociones y conductas disfuncionales, “tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos” (Vernon y Doyle, 2018 como se citó en Mendoza Fernández, 2020. p.11).

Considerando que la Terapia Cognitivo Conductual considera muchas y diferentes técnicas, en el presente apartado únicamente se describirá de forma breve las técnicas que se propone se utilicen para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

3.1.1. Enfoque Cognitivo

De acuerdo con el enfoque cognitivo, en el cual se conjuntan los procedimientos privados o internos para modificar las pautas de pensamiento que determinarán el cambio en la conducta, se propone el uso de la Terapia Cognitiva propuesta por Aaron Beck, que se utiliza para el reconocimiento de cogniciones, pensamiento o idiosincrasia distorsionadas por parte del paciente (pensamientos automáticos).

La Reestructuración Cognitiva, buscará que el consultante identifique en qué momento y situación surgen los pensamientos automáticos, analizar dicho sentimiento (¿es cierto?, tiene otra explicación?). Además de cambiar un sentimiento negativo por uno positivo se debe realizar un análisis de las circunstancias en que anteriormente dichos pensamientos han surgido (Olivares y Méndez, 2008, p. 7).

3.1.1.1. Regulación Emocional

Las emociones son cambios y respuestas neuroquímicas y hormonales regulados por el sistema límbico para reaccionar ante un estímulo externo. En base a lo anterior, se considera que las emociones son instintivas e involuntarias, por lo que son innatas, es decir que se traen desde el nacimiento y no son aprendidas. Las emociones básicas son cinco: ira, el miedo, la felicidad, el amor y la tristeza (Instituto Europeo de Educación, 2021).

En cuanto a los sentimientos, son diferentes a las emociones ya que de un sentimiento si se tiene consciencia ya que es el resultado de un pensamiento más una emoción, es de carácter subjetivo derivado de la predisposición de sentirlo partiendo de la propia interpretación del individuo de éste. Los sentimientos surgen a partir de la consciencia y el aprendizaje, por eso son considerados complejos y lo que diferencia a los animales de los seres humanos (Instituto Europeo de Educación, 2021).

La diferencia entre emociones y sentimientos es que las emociones aparecen espontáneamente por lo que son temporales y los sentimientos incluyen un proceso de interpretación de las emociones, estos pueden ser duraderos, congruentes o incongruentes con la conducta ya que pueden ser ocultados (Instituto Europeo de Educación, 2021).

Cuando se da una reacción emocional es porque el individuo estuvo expuesto a estímulos inductores, cuya función es detonar una respuesta, marcando el punto de inicio de una emoción. En el estado de ánimo el estímulo no se identifica de manera clara y es resultado de experimentar e interactuar con emociones intensas o repetidas (especialmente emociones negativas, intensas y con gran carga afectiva) que provocan que la expresión emocional se inhiba, pudiendo provocar también la reducción en la respuesta ante estímulos positivos y ser mayormente vulnerables a experiencias negativas. En la misma tesitura, el estado de ánimo puede provocar respuestas y reacciones altamente emocionales en diferentes circunstancias (Delgado Carretero y Serrano Zarate, s/f).

Habiendo definido los conceptos anteriores, la regulación emocional es el proceso a través del cual una persona influencia, controla o modifica las emociones que experimenta respecto del momento, la forma y la expresión de éstas (Vargas Gutiérrez y Milena Muñoz-Martínez, 2013).

Brenner & Salovey, 1997; Luna, 2010; Murphy, Eisenberg, Fabes, Shepard, & Guthrie, consideran la regulación emocional partiendo del papel de la persona y la forma en que este funciona, para lo cual se centran en tres conceptos: el temperamento, el afrontamiento y la autorregulación conductual. Visto desde esta óptica, la regulación emocional consiste en manejar con éxito la activación emocional, lo que permite un

funcionar de manera efectiva en la sociedad, iniciando, manteniendo, modulando la ocurrencia, intensidad y duración de los estados afectivos, los procesos fisiológicos implicados en la expresión de la emoción. Esto permitirá a la persona operar de manera efectiva en la sociedad modulado sus estados afectivos internos y procesos fisiológicos relacionados con la emoción (Vargas Gutiérrez y Milena Muñoz-Martínez, 2013).

Otra definición de regulación emocional es la proporcionada por Carver y Scheiner (1996), misma que centra en la autorregulación conductual, la cual considera el ajuste al inicio, la adaptación, interrupción, terminación o alteración de la conducta de acuerdo a la búsqueda de alcanzar determinadas metas. Este concepto parte de tomar rasgos muy humanos como lo es la capacidad de modificar sus propias respuestas y alejarse de manera inmediata de los efectos de las situaciones.

3.1.1.2. Técnicas Cognitivas

Conjunto de técnicas que facilitan el diálogo socrático¹ para la identificación y modificación de pensamientos automáticos (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos, 2012).

a) Técnica de Autorregistros.

Permiten recolectar información desde el inicio del tratamiento, durante él (detección de surgimiento de cogniciones nuevas ante situaciones que las activen, permitiendo evidenciar su aparición para confirmarlas o refutarlas) y para evaluar los resultados sobre el estado emocional del consultante (Ruiz Fernández *et al*, 2012)

El Registro diario de pensamientos distorsionados (DTR) es el normalmente más ocupado.

¹ El psicólogo lleva al consultante a dudar de sus creencias irracionales o distorsiones cognitivas, poniéndolos a prueba a través del uso de juicios críticos y racionales. Siempre y cuando el estado emocional del paciente dependa de sus pensamientos e ideas (Ruiz Fernández *et al*, 2012).

b) Diálogo socrático.

Tiene como finalidad de mostrar al consultante a través de preguntas abiertas cuáles son sus distorsiones cognitivas o creencias irracionales, pero solo como una guía dejando que el propio consultante asocie y argumente de manera propia (Ruiz Fernández *et al*, 2012).

El diálogo socrático parte de tres cuestionamientos:

1º ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? Se utiliza para debatir y cuestionar el aspecto disfuncional del pensamiento o cognición distorsionada (Ruiz Fernández *et al*, 2012. p. 387).

2º ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? Su uso es cuando ya se han identificado las distorsiones cognitivas que forman los pensamientos automáticos y busca que el consultante encuentre diferentes alternativas (Ruiz Fernández *et al*, 2012. p. 387).

3º ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera? Esta pregunta busca detectar creencias o esquemas disfuncionales que son base de pensamientos y sesgos cognitivos negativos, dando por validos los argumentos planteados (Ruiz Fernández *et al*, 2012. p. 387).

c) Técnica de detención del pensamiento

Esta técnica consiste en que el terapeuta, con el consentimiento del paciente ingrese al pensamiento automático y cuando el paciente este lo suficientemente concentrado en la actividad, el terapeuta grita "Para" y da un golpe fuerte en la mesa, esta acción sacará a consultante de manera impetuosa del pensamiento automático y preguntará al consultante si aún sigue concentrado en ese pensamiento. Esto se realiza en varias ocasiones cediendo el control al paciente quien parará el pensamiento, primero en voz alta hasta poderlo realizar de manera encubierta y tocando una parte de su cuerpo (Ruiz Fernández *et al*, 2012).

d) Técnica de mindfulness

Ésta técnica, conocida también como atención plena, es una técnica extraída de la meditación budista y traída a Occidente por el Dr. Jon Kabat-Zinn. Mindfulness permite entrenar a la mente para que pueda estar en el aquí y el ahora, en lugar de divagar entre preocupaciones, recuerdos o miedos futuros, buscando conectar con el momento presente para vivir con plenitud la vida. Se ha empleado con relativo éxito en el tratamiento de la ansiedad, crisis de pánico, agorafobia, fobia social, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones, los trastornos de personalidad, TDAH, etc. (López Gómez, 2019)

3.1.2. Enfoque Conductual

El enfoque conductual parte del condicionamiento, mismo que se divide en dos partes, el clásico, basado en un estímulo o señal particular que provoca una acción; y el operante, a través del cual a través de recompensas o castigos es que se consigue modificar una conducta. Es aquí donde la conducta puede ser modificada, ya que, si se aprende, también pueden revertirse o disminuirse a través del uso de diversas técnicas (Sánchez Martínez, s/f).

El condicionamiento operante es un procedimiento de aprendizaje que se basa en que la probabilidad de que se dé una respuesta determinada depende de las consecuencias esperadas, es decir, la conducta es controlada por estímulos discriminativos presentes en la situación de aprendizaje que transmiten información sobre las consecuencias probables de la respuesta (Zanón, Matías, Luque, Moreno-Agostino, Aranda, Morales, García y Márquez-González, S/F).

Los términos principales en el condicionamiento operante son Respuesta Operante RO, que es la conducta en función de sus consecuentes (cuyos efectos dependen de la proximidad temporal, consistencia y magnitud y pueden ser estímulos reforzantes positivos, negativos o variantes y por el castigo que podrá ser positivo o negativo) y se opera sobre el medio para producir sus consecuentes; Consecuencias a Mediano y Largo Plazo CMLP, que son los efectos que tiene el comportamiento de la persona a medio y largo plazo; Estímulo Discriminativo ED, el cual señala si una determinada conducta está disponible para un consecuente; Estímulo Delta, el cual nos informa de la no disponibilidad de un consecuente ante una conducta determinada; Extinción, que consiste en no presentar el refuerzo que sigue

a un comportamiento que hasta ese momento era reforzado, buscando la eliminación o desaparición de una RO (Zanón *et al*/s/f., pp. 15-18).

Para la aplicación del condicionamiento operante, se plantea una meta conductual, que consistirá en el aumento o la reducción de un comportamiento determinado, en función de lo cual, se reforzarán las conductas que se quiere desarrollar y se reducirán los incentivos existentes para la realización de las conductas que se pretende inhibir. Es deseable retirar los reforzadores que el castigo positivo, puesto que genera menos rechazo y hostilidad por parte del sujeto. No obstante, el castigo puede ser útil en casos en que la conducta problema es muy disruptiva y requiere una reducción rápida. Todo el proceso debe ser monitoreado de forma sistemática con la finalidad de comprobar si los objetivos planteados se están cumpliendo, por lo que debe realizarse un registro de datos minucioso.

3.1.2.1. Adaptabilidad de la conducta

Es la capacidad que tiene una persona para adaptarse y avenirse a los cambios, extinguiendo, cambiando o modificando su propia conducta con la finalidad de lograr alguna meta u objetivo (Instituto Jalisciense de Salud Mental, 2020).

La adaptabilidad de una persona le permitirá aceptar y adaptarse fácilmente a los cambios; responder de manera flexible; manejo adecuado de diversas situaciones, priorizando, ante todo; desarrollo de la capacidad de adaptación a la cambiabilidad de las situaciones y flexibilización de la visión ante diferentes eventos (Instituto Jalisciense de Salud Mental, 2020).

3.1.2.2 Técnicas de modificación conductual basadas uso de la desensibilización sistémica

La desensibilización sistémica tiene por objetivo desaparecer una respuesta de ansiedad o miedo al exponer al consultante de manera gradual o directa a lo que le provoca esas respuestas (Vallejo, 2016).

3.1.2.2.1. Técnica de modelado de Bandura

Se utiliza reforzando una respuesta débil, es decir superior a cero y se parece, aunque sea de forma vaga al comportamiento deseado. Cuando la respuesta aparece ya de manera frecuente se deja de reforzar y se establece otra conducta más cercana al efecto deseado (método de aproximaciones sucesivas). Es decir, se usa un modelo para implementar conductas con las que no cuenta el individuo (Martin y Pear, 2008), en atención a la falta de autorregulación.

Establece comportamientos que la persona nunca realiza (Martin, G. y Pear, J., 2008. p. 134).

El terapeuta comienza reforzando una respuesta débil, es decir superior a cero y se parece aunque sea de forma vaga al comportamiento deseado. Cuando la respuesta aparece ya de manera frecuente se deja de reforzar y se establece otra conducta más cercana al efecto deseado (método de aproximaciones sucesivas). Es decir, se usa un modelo para implementar conductas con las que no cuenta el individuo (Martin, G. y Pear, J., 2008).

3.1.2.2.2. Técnica de autoinstrucciones

Esta técnica, surge en Meinchebaum en la década de los '60 con niños hiperactivos y agresivos. Las técnicas que puso en marcha surgieron con motivo del estudio de los modelos soviéticos de Luria y Vygotsky y, más tarde, del trabajo de Piaget (Gabinete Psicodiagnóstico, 2020). Esta técnica se pone en práctica a través del llenado de formatos por un determinado periodo de tiempo.

3.1.2.2.3 Técnica de debate

Esta técnica se basa en los principios de Albert Ellis, considerados los dos principales teóricos cognitivos (Pollini, Micheff y Pedrowicz Better, 2009).

“Ellis utiliza tres tipos de argumentos para debatir creencias irracionales: argumentos empíricos que animen al cliente a buscar evidencias que confirme o refuten las creencias irracionales y argumentos lógicos que le

permitan analizar la lógica de sus creencias irracionales y argumentos pragmáticos que le ayuden a cuestionarse la utilidad sus creencias irracionales” (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, A. 2012., p. 320).

Capítulo IV
Estudio de Caso

4.1. Caso

El caso práctico se desarrollará con el objetivo de proteger a la consultante real, efectos para los cuales y por efectos de identidad, la consultante se llamará Analilia.

4.1.1. Datos Generales de la Consultante.

Nombre: Analilia.

Sexo: Femenino.

Edad: 44 años.

Bitácora de sesión (Anexo 1), Consentimiento informado (Anexo 2) y Transcripción de la entrevista inicial (Anexo 3).

4.1.2. Motivo de Consulta

Analilia refiere experimentar pensamientos recurrentes de minusvalía, tristeza y llanto, derivadas del hecho de ser adoptada desde los tres años, se enteró a los 5 y desde los 18 años mantiene contacto con su familia biológica además de la adoptada.

Analilia comenta que desde sus 18 años se ha sentido menos, motivo que la ha llevado a estudiar sin parar, hasta el momento tiene dos carreras, mismas que estudio de manera simultánea y después estudio una maestría y ha tomado un sinnúmero de cursos de actualización, pero no por el hecho de auto superarse sino con el afán de ser aceptada ya que no se siente suficientemente buena porque su madre no se quedó con ella. Refiere frecuentemente sentirse mal consigo misma, entristecerse y llorar recurrentemente.

Analilia se siente cansada de esa situación y desea dejar de tener esos pensamientos de minusvalía y deshacerse de esa tristeza y llanto frecuente. También pide apoyo para controlar su impulso de siempre estar estudiando y no hacerlo a menos que sea por gusto o en busca de su realización profesional.

4.1.3. Planteamiento del Problema

La participante presenta un bajo autoconcepto y autoestima a raíz de que se enteró a temprana edad de que provenía de un proceso de adopción, lo que genera distorsiones

cognitivas. Derivado de lo anterior la consultante experimenta conductas de tristeza y episodios de llanto frecuentes, además y con la finalidad de demostrar su valor, ha desarrollado una dinámica de estudiar diferentes carreras y seguir sin parar.

4.1.4. Objetivo de la Evaluación para el establecimiento de la línea base

Determinar los estados emocionales, así como la frecuencia, intensidad, ocurrencia y duración de los momentos en que la consultante se siente triste y llora.

4.1.4.1. Pruebas psicológicas

Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopermith con la finalidad de medir la autoestima de Analilia en cuanto a confianza en sí misma, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad y relaciones interpersonales, la consultante obtuvo 14 puntos lo que se traduce en un nivel medio de autoestima (Anexo 4).

Se aplicó el Inventario IDERE de Depresión Rasgo-Estado, donde Analilia obtuvo 55 puntos como depresión estado y 61 como depresión de rasgo, obteniendo nivel alto tanto en rasgo como en estado (Anexo 5).

De las pruebas aplicadas se concluye que Analilia presenta depresión alta como rasgo y como estado, así como una autoestima de nivel medio, se temía que existieran tendencias suicidas ya que la consultante tuvo un episodio fallido, pero derivado de lo planteado por la misma consultante durante la Entrevista Inicial (Anexo 3), se descartó dicha posibilidad.

4.1.5. Estrategias evaluativas

- Se desarrolló el planteamiento de la línea de base a través de una entrevista inicial, así como la información arrojada por Inventario IDERE de Depresión Rasgo-Estado, derivado de lo manifestado por la consultante respecto a su estado de ánimo ya que plantea que se siente poca cosa desde que sabe que es adoptada por lo que se siente triste y llora a menudo.

- Así mismo la información obtenida del Inventario de Autoestima de Coopermith, respecto a la queja sobre la falta de control que tiene con sus distorsiones cognitivas respecto a su autoimagen por ser adoptada.
- El último elemento de la línea base lo integran los auto informes del 13 al 20 de febrero del 2023 en cuanto a distorsiones cognitivas sobre la autoimagen de la consultante, que le lleven a sentir tristeza y a llorar.

4.2. Método A-B-A.

El diseño de caso único o replicación se caracterizan por el registro sucesivo a lo largo del tiempo (sesiones, días, semanas, etc.) de la conducta de un caso único, antes, durante, y en algunos casos, tras la retirada del tratamiento, en situaciones muy controladas, sin utilizar datos promediados, y utilizados en investigación básica como en la aplicada (psicología clínica) de “carácter no terapéutico, de diagnóstico y evaluación, y terapéutico y de intervención (Kratochwill, 1992). Históricamente han contribuido a los estudios de casos y al análisis experimental de la conducta” (Psicología UNED, s/f., Diseños de caso único).

Paso A, corresponde a la línea base (registro de conducta) antes

El registro de la conducta se realiza por un lapso corto, requisitando los instrumentos como autoregistros, con la finalidad de conocer la frecuencia, duración, intensidad y ocurrencia, con la que ocurre la conducta. Este registro se recaba a través de la información asentada por el terapeuta, pero proporcionada por el consultante, a su vez este último hace un registro propio de la conducta.

Paso B, corresponde a la intervención para modificar la conducta

La intervención para modificar la conducta cognitivo-conductual se registra por parte del consultante de los incidentes relacionados con autorregulación, autoconcepto, distorsiones cognitivas que intervengan con el sistema de creencias del consultante y cumplimiento de los objetivos y técnicas planteadas.

Paso A corresponde a la línea base (registro de conducta) después

Este método se considera el más adecuado para el caso que la consultante presenta, y la información recabada se obtendrá de los autorregistros y de la aplicación del Inventario Multifacético de Personalidad MMPI.

4.2.1. Evaluación inicial

Para el establecimiento de la línea base, se realizó una entrevista inicial no estructurada con la finalidad de conocer los problemas y quejas de la consultante.

Derivado de lo manifestado por la consultante en cuanto a su estado de ánimo, manifestando que se siente poca cosa desde que sabe que es adoptada, está triste y llora a menudo, se aplicó el Inventario IDERE de Depresión Rasgo-Estado (Anexo 5) de Martin y Grau consistente en 20 ítems y que permite evaluar la depresión como estado como una condición transitoria o como rasgo como la propensión de sufrir estados de depresión (González Llanesa, 2007. p.194).

Se considera que la consultante presenta las siguientes huellas emocionales derivado de su proceso de adopción:

- **Perdida** respecto a su madre biológica, aunque el contacto se reestableció 15 años después se ahondo el sentimiento de pérdida.
- **Rechazo** por las distorsiones cognitivas que la misma consultante manifiesta, lo que genero dificultades con su familia adoptiva.
- **Vergüenza y culpa** por no haber sido lo suficientemente valiosa para que su madre biológica se quedara con ella y luchara porque permanecieran juntas.
- **Duelo** generado por el dolor de haber perdido a su madre biológica y la posibilidad de tener una madre con quién si se entendiera.

- **Identidad** se vio trastocada derivada de que por lo que manifiesta la consultante presenta tipo de carácter e ideología muy parecido al de su madre biológica y totalmente discordante al de su madre adoptiva.

Por consiguiente, su autoconcepto también se vio afectado por la presencia de dos figuras maternas en la vida de la consultante y las diferencias de carácter, ideologías y formas de vida.

- **Intimidad y apego**, en cuanto a tipos de apego, con la madre biológica y derivado a que ésta trabajaba y en ocasiones, los cuidadores no eran la familia que adoptó a la consultante, cuidadores que no mantenían bien aseada y correctamente alimentada a la consultante, configurando el apego inseguro desorganizado.

Una vez habiendo dado en adopción a la consultante y considerando que el mayor tiempo de cuidado pasaba con la familia que la terminó adoptando, al haber continuidad en los cuidadores y atención adecuada, se trata del apego seguro.

- **Dominio y control**, considerando que la consultante era muy pequeña cuando fue dada en adopción, es claro que la huella de falta de control se hace presente ya que no tenía la capacidad de tomar la decisión por ella misma.
- **Niveles bajos de serotonina**, que se considera se presentan en la consultante, pero no como producto de su infancia, sino de su devenir histórico, ya que manifiesta que desde los 18 años entró a trabajar y a estudiar sus dos carreras de manera simultánea. Situación que generó que la consultante permanezca durante muchos años bajo altos niveles de estrés, su alimentación no fue la adecuada y sus horas de sueño llegaba a ser como máximo de cuatro horas por noche, todos factores para la reducción de los niveles de serotonina.

Las distorsiones cognitivas también provocan niveles bajos de serotonina, causando emociones desproporcionadas como malestar y visión negativa sobre determinada vivencia.

Lo anterior descrito tuvo efectos en la salud mental de la consultante respecto a que presenta lapsos de tristeza, problemas de manejo de emociones como poca regulación emocional y baja autoestima.

Respecto a la segunda queja sobre la falta de control que tiene con sus distorsiones cognitivas respecto a su autoimagen por ser adoptada, se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopermith (Anexo 4) del autor con su mismo nombre, con la finalidad de medir la autoestima del individuo en cuanto a la confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad, relaciones interpersonales favorables sin centrarse en ellos mismos; está integrada por 25 ítems (González Llanesa, 2007. p. 158).

Se determinó también que la consultante presenta las siguientes distorsiones cognitivas tras la entrevista inicial:

- **Abstracción selectiva o filtraje:** la consultante centra toda su atención en incidentes concretos de su relación con su familia adoptiva que considera negativos
- **Sobregeneralización:** considera que su madre adoptiva como su hermana sobreviviente no cambian.
- **Pensamiento polarizado o dicotómico:** en este tipo de distorsión la consultante manifiesta que no se puede hablar con su familia.
- **Maximización y minimización:** la consultante minimiza constantemente los logros académicos que ha conseguido a lo largo de su vida.
- **Etiquetación:** es usada para con ella misma.
- **Falacia de control:** se considera en el sentido de que la consultante no puede hacer nada para cambiar la forma de pensar de su familia adoptiva.
- **Falacia de cambio:** aun sabiendo que su madre es un adulto mayor y su hermana sobreviviente también está en espera de que el cambio se dé iniciando con ellas.

- **Falacia de justicia:** la consultante manifiesta que es injusto que quien se ha portado siempre mal y de manera abusiva sea tratada con los brazos abiertos.
- **Culpabilidad:** esta distorsión es muy usada por la consultante en cuanto a que culpa a su madre por consentidora de sus hijas biológicas y nietos. Respecto a su hermana superviviente por permitir muchas conductas inadecuadas y que representan una traición a la propia familia.
- **Tener razón:** la consultante ha intentado muchos años imponer su criterio a su familia adoptiva, por lo que se han generado las incontables discusiones.

4.3. Análisis Funcional de Conducta AFC

Para Haynes y O'Brien (2000), el análisis funcional consiste en la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo.

Se considera el AFC como una hipótesis dinámica por su capacidad de cambio con el tiempo sobre:

- a) Los problemas de comportamiento y los objetivos del tratamiento del cliente,
- b) Las relaciones funcionales entre ellos,
- c) "Las variables que influyen en los problemas y en las metas del cliente y son influidas por ellos,
- d) La fuerza y la forma de las relaciones causales y no causales relacionadas con dichos problemas y objetivos de intervención y
- e) las facetas y atributos importantes de todas estas variables".

(Keawe, 'aimoku Kaholokulaa, Godoyb, O'Brienc, Haynesa y Gavinob, 2013).

Derivado de la entrevista inicial se planteó el siguiente cuadro de Análisis Funcional de Conducta de la consultante.

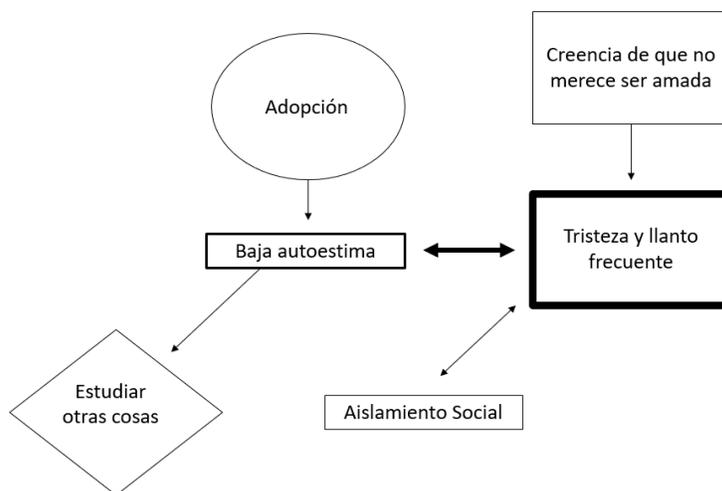
Tabla 1.

Análisis Funcional de Conducta

Antecedentes	Organismo	Conductas	Contingencias
<p>Situación Específica Sin motivo alguno se siente menospreciada, triste y llora.</p> <p>Cognoscitiva Piensa que no es suficientemente valiosa porque fue dada en adopción, que tiene que agregarse más valor a través del estudio.</p> <p>Emocionales Siente tristeza y decepción hacia sí misma.</p> <p>Sociales Dada en adopción</p>	<p>Aspectos Individuales Edad: 44 años. Sexo: Femenino. Historia de enfermedad: Ninguna. Historia de accidentes traumáticos: Ninguno. Antecedentes psicológicos, neuropsicológicos y/o neuronales: Revela un intento de suicidio por acoso de su madre adoptiva. Sin rastros de intención de volverlo a hacer.</p>	<p>Conductas Específicas: Se entristece, demerita su autoimagen.</p> <p>Sentimientos Tristeza por no sentirse suficientemente valiosa.</p> <p>Cognoscitivos Piensa que por ser adoptada no vale.</p> <p>Fisiología Respiración agitada, llanto</p>	<p>Consecuencias a corto plazo Sentirse triste muy seguido, volverse melancólica.</p> <p>Consecuencias a mediano plazo. Alejarse de su familia y de los demás. Problemas para dormir. Sensación de vacío en su vida.</p> <p>Consecuencias a largo plazo. Depresión.</p>

Diagrama 1.

Análisis Funcional del Caso (Diagrama Análítico)



4.3.1. Hipótesis del problema

Las distorsiones cognitivas de Analilia respecto a que al haber sido adoptada le resta valor respecto a las demás personas, lo que genera tristeza y llanto frecuente, lo que la ha llevado a estudiar diferentes carreras y un sin número de cursos, buscando de esa manera aumentar su valor. Qué diferencia existe entre

4.3.2. Metas terapéuticas

En función del AFC se plantearon las siguientes metas terapéuticas.

1. Cambiar su autopercepción negativa sobre sí misma y su pensamiento sobre la valía de una persona si es o no adoptada.
2. Modificar sus distorsiones cognitivas de autopercepción.
3. Reducir las conductas de llanto.
4. Autorregular sus conductas para no inscribirse a estudiar más cosas por la motivación de aumentar su valor.

Capítulo V

Propuesta de Intervención

5.1. Área afectada

El área afectada en la vida de la consultante o área del comportamiento problemático es una baja autoestima por el hecho de ser adoptada.

5.2. Objetivo General de la intervención

Modificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales de Analilia entorno a la adopción, la autoestima y la autopercepción.

5.3. Objetivos Particulares de la intervención

1. Aumentar la autoestima de la consultante.
2. Modificar sus creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre el valor de las personas.
3. Disminuir las ganas constantes de llorar.
4. Autorregular las conductas que la llevan a seguir estudiando.

5.4. Operativización del área problemática

Cuadro 1.

Operativización del área.

Baja autoestima por el hecho de ser adoptada.

La consultante refiere:

1. Pensamientos automáticos como: “no sirvo para nada”, “no valgo nada”, “ni siquiera fui lo suficientemente buena para que mi madre no me diera en adopción”, “solo me daré valor agregado estudiando y valdré”
2. Ganas constantes de llorar
3. Tensión (alta activación) que dificulta el sueño.
4. Agobio ante lo que percibe como una gran presión por demostrar a su familia lo valiosa que es
5. En cuanto estoy por terminar de estudiar algo, busco que más poder estudiar para que reconozca mi familia lo mucho que valgo a pesar de ser adoptada
6. Estudio para no sentirme triste y llorar, mientras más ocupada este menos tiempo tengo para ponerme mal

5.5. Variables disposicionales

Cuadro 2.

Variables.

Baja autoestima por el hecho de ser adoptada.

Variables Disposicionales Psicológicas y Conductuales.

- Creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre la valía de las personas adoptadas.
- Ganas intensas de llorar.
- Poca autorregulación para no seguir estudiando.

Variables o Facilitadores Ambientales.

- Estar sola en su habitación cuando llega de trabajar cada tarde.
- Está inscrita en varios sitios donde le llegan promociones de estudios de posgrado.

Variables de protección o fortaleza.

- La consultante comprende su problema, y muestra disposición para modificarlo.
- Pareja como fuente de apoyo

5.6. Modificación de la Conducta bajo el enfoque cognitivo - conductual

Si se considera que los problemas psicológicos son distorsiones en los pensamientos de las personas, que se traducen en conductas que se tornan anormales, entonces se podría asumir que el sentir genera el pensar, y el pensar genera el actuar; por ende, lo adecuado es trabajar primeramente en las emociones y pensamientos, para poder iniciar los procesos terapéuticos que modifican la conducta con posterioridad.

En ese sentido y con la finalidad de ayudar a la consultante para aumentar su regulación emocional y considerando que en las pruebas aplicadas se detectó un nivel medio de autoestima y niveles altos de depresión de estado y rasgo.

5.6.1. Técnicas propuestas.

5.6.1.1. Diálogo socrático.

Se sugiere esta técnica con la finalidad de mostrar a la consultante cuáles son sus distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

5.6.1.2. Técnica de detención del pensamiento

Habiendo detectado junto con la consultante a través del diálogo socrático sus distorsiones cognitivas, se sugiere el uso de esta técnica para detener esos pensamientos redireccionándolos a recuerdos agradables.

5.6.1.3. Técnica de Mindfulness

Habiendo aplicado las técnicas anteriores, se propone el uso de la técnica de Mindfulness, a través de meditaciones guiadas con la finalidad de aumentar su autoestima.

5.6.1.4. Técnica de modelado de Bandura

Esta técnica en particular se propone para controlar el impulso de la consultante para no inscribirse a estudiar más cursos, en cuanto termina alguno ya iniciado y por los motivos inadecuados. La respuesta utilizada es la revisión de todos los reconocimientos con los que ya cuenta por los estudios realizados en lugar de la inscripción impulsiva a cualquier otro curso.

5.6.1.5. Técnica de autoinstrucciones

La técnica cognitiva que se propone busca el cambio de comportamiento a través de auto verbalizaciones con las que cuenta el sujeto (verbalizaciones internas o pensamientos) ante cualquier tarea o situación problemática, cambiándolas por otras que, en general, facilitan la realización de la actividad.

Esta técnica se propone para reducir las conductas de llanto de la consultante, haciendo presente atribuciones positivas y cosas con las que ya cuenta como su familia y amistades.

5.6.1.6. Técnica de debate

Se propone esta técnica al caso de la consultante ya que constituye una técnica utilizada para debatir y modificar: ideas irracionales, pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales. El objetivo del debate es cambiar cognitivamente (pensamientos, emociones y conductas) alguna estructura en el paciente que le resulten más funcionales y permitan una mejor adaptación. Las estrategias de debate se ocupan del contenido, mientras que el estilo de debate del terapeuta se define por la forma como se realiza el debate cognitivo (Pollini, *et al* 2009).

Lo que se busca con el uso de las técnicas arriba descritas es cambiar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales de la consultante sobre sí misma y reestablecer su autoestima, desestimando las creencias irracionales que solo a través de seguir estudiando recuperará su valor.

5.6.2. Tareas para casa

Por último, pero no menos importante, se propone que la consultante realice diferentes tareas en casa, con la finalidad de reforzar y dar continuidad al trabajo terapéutico:

- Reflexionar o comparar etapas de su vida, desde la infancia, adolescencia, adulto joven etc., con la finalidad de concientizar a la consultante de cómo estaba y como está en la actualidad.
- Realizar trances en autoestima de la Doctora María Antonieta Dorantes Gómez, catedrático de la FES Iztacala y que están disponible a través de la plataforma de Youtube.

5.7. Elevación de niveles de serotonina

Considerando que los bajos niveles de serotonina traen como consecuencia la mayor recurrencia de pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas se sugiere:

- Que la consultante incorpore a su rutina diaria de ejercicios de bajo impacto, iniciando con 20 minutos hasta llegar a los 40 minutos.
- Mejoramiento de su tipo de alimentación para obtener mayores niveles de serotonina.

- Consumir vitamínicos que incrementen los niveles de serotonina.

5.8. Evaluación final

Se sugiere para la evaluación de la eficiencia de la terapia propuesta (dentro de la sesión de cierre) así como las técnicas terapéuticas implementadas, la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), ver Anexo 7, así como los autorregistros (Anexo 8). Estos últimos serán contrastados con los obtenidos de la línea base.

El MMPI-2 permite realizar una evaluación objetiva de las dimensiones más importantes de la personalidad a través del análisis de los factores como la salud, el sistema nervioso, sensibilidad, familia, hábitos, ocupación, educación, actitudes, fobias, así como la adaptación personal y social, entre otros. El inventario consiste en 566 afirmaciones a las que el sujeto responde con falso o verdadero, de acuerdo a su experiencia, siendo aplicable a personas mayores de 16 años de nivel escolar básico (Zambrano-Guerrero, Caicedo-Padilla, Matabanchoy-Tulcán, 2015).

Se sugiere poner especial atención en la escala L de validez, escala de mentira o de la "buena imagen"; en cuanto a las escalas clínicas, la "D" de depresión, la "Dp" de desviación psicopática en cuanto a la pobreza de juicios de valores, la escala "P" de paranoia en cuanto a percepciones inadecuadas; la escala "Es" del ego para la evaluación de la respuesta de la consultante a la terapia, la escala "Dy" para evaluar el grado de dependencia entre la consultante y la relación terapéutica, y por último la escala "Re" de responsabilidad en cuanto a la aceptación de las consecuencias de sus cogniciones o conductas en la consultante (Zambrano-Guerrero *et al* 2015).

5.9. Cuadro resumen de modificación cognitivo - conductual.

Cuadro 3.

Resumen modificación de cogniciones y conductas.

Modificación de cognitivo - conductual.
Disminución de conductas <ul style="list-style-type: none">- Ganas intensas de llorar- Mantenerse en constante estrés por tener que demostrar lo valiosa que es
Incremento de conductas <ul style="list-style-type: none">- Autocontrol para no seguir estudiando por los motivos equivocados.
Modificación cognitiva <ul style="list-style-type: none">- Creencias irracionales y distorsiones cognitivas respecto a las personas adoptadas.- Creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre el autoconcepto.- Creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre el valor que tienen las personas que estudian mucho.

5.10. Cartas descriptivas

A través de las cartas descriptivas se plantea la intervención propuesta a través de sesiones terapéuticas, planteando el objetivo, las actividades, los materiales que se utilizarán, el tiempo que se llevará cada actividad en el desglose de la sesión y el objetivo particular de cada actividad.

Considerando que para el establecimiento de la línea base se aplicaron tres elementos de evaluación inicial, consistentes en la entrevista y dos inventarios.

A través de las propuestas se pretende dar cumplimiento a los objetivos particulares de la intervención:

1. Aumentar la autoestima de la consultante.
2. Modificar sus creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre el valor de las personas.
3. Disminuir las ganas constantes de llorar.
4. Autorregular las conductas que la llevan a seguir estudiando.

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Primera

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Detectar las distorsiones cognitivas que presenta la consultante.

Metas terapéuticas: Modificar sus creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre el valor de las personas.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Encuadre y forma de trabajo	Bitácora de sesión (Anexo 1)	5 min	Mostrar la forma de trabajo
Diálogo socrático	Diálogo orientando al autodescubrimiento	Bitácora de sesión (Anexo 1)	30 min	Detectar distorsiones cognitivas sobre adopción
Tarea. Manejo de autoestima	Práctica a través de trance vía internet sobre autoestima.	Canal de la Dr. Ma. Antonieta Dorantes, catedrático de la FES Iztacala Video en Youtube https://www.youtube.com/watch?v=7cPOrwATYEA	5 min	Aumentar la autoestima y el autoconcepto
Resolución de dudas	Aclaración de puntos	Ninguno	5 min	Despejar las posibles dudas
Cierre	Agenda de la siguiente sesión y conclusión la sesión	Ninguno	2 min	Cerrar la sesión y agendar la siguiente cita

Comentarios y Observaciones:

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Segunda

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Modificar distorsiones cognitivas

Metas terapéuticas: Modificar sus creencias irracionales y distorsiones cognitivas sobre el valor de las personas.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Saludo y recabado de impresiones de la sesión anterior	Bitácora de sesión (Anexo 1)	5 min	Recabar impresiones
Revisión de la tarea	Efectos del trance de autoestima	Ninguno	5 min	Fortalecer la autoestima
Técnica de debate	Discusión respecto a distorsiones cognitivas	Bitácora de sesión (Anexo 1)	15 min	Modificar distorsiones cognitivas sobre falta de valía
Técnica de detención del pensamiento	Práctica con distorsiones cognitivas.	Bitácora de sesión (Anexo 1)	15 min	Modificar distorsiones cognitivas
Tarea. Autorregistro	Explicación del llenado de formato de autorregistros. Se entrega al paciente un formato donde pueda registrar todas actividades entre sesiones. Ejercitarse diariamente por 20 minutos, comer sano y proporcionar formato.	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	2 min	Aumentar niveles de serotonina
Resolución de dudas	Aclaración de puntos	Ninguno	5 min	Despejar las posibles dudas
Cierre	Concluir segunda sesión agendando la siguiente	Ninguno	3 min	Cerrar la sesión y agendar la siguiente cita

Comentarios y Observaciones:

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Tercera

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Fortalecer la autorregulación emocional.

Meta terapéutica: Disminuir las ganas constantes de llorar.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Saludo y recabado de impresiones de la sesión anterior	Bitácora de sesión (Anexo 1)	5 min	Recabar impresiones
Revisión de Tarea / incidentes	Seguimiento de actividades encomendada y dar nuevos formatos	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	5 min	Seguir progreso y posterior evaluación (ejercitación y correcta alimentación)
Diálogo socrático	Diálogo Socrático	Bitácora de sesión (Anexo 1)	10 min	Detectar emociones de tristeza
Entrenamiento en Autoinstrucciones	Explicación de la técnica y el llenado del formato. Se entrega al paciente un formato donde pueda registrar todas las conductas y pensamientos entre sesiones. Encontrar instrucciones adecuadas y dar formatos autorregistro	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	20 min	Autocontrol de pensamientos automáticos
Tarea. Autorregistro	Explicación del llenado de formato. Ejercitarse diariamente por 20 minutos y comer sano	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	2 min	Aumentar niveles de serotonina
Cierre	Concluir tercera sesión agendando la siguiente, recordatorio de autorregistros.	Ninguno	5 min	Cerrar la sesión y agendar la siguiente cita

Comentarios y Observaciones:

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Cuarta

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Trabajar el control de impulsos respecto a la inscripción de nuevos estudios por parte de la consultante como medio de aumentar su autoconcepto y autoestima.

Meta terapéutica: Autorregular las conductas que la llevan a seguir estudiando.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Saludo y recabado de impresiones de la sesión anterior	Bitácora de sesión (Anexo 1)	5 min	Recabar impresiones
Revisión de Tarea / Incidentes.	Seguimiento de actividades encomendadas y dar nuevos formatos	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	5 min	Seguir progreso y posterior evaluación (ejercitación y correcta alimentación)
	Seguimiento de actividades encomendadas y dar nuevos formatos	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	5 min	Seguir progreso y posterior evaluación (Autoinstrucciones / tristeza)
Técnica de Debate	Discusión respecto a distorsiones cognitivas	Bitácora de sesión (Anexo 1)	20 min	Modificar distorsiones cognitivas sobre seguir estudiando
Técnica de Modelado de Bandura	Explicación de la técnica y del llenado de formato. Se utilizará una conducta recurrente para alterar el patrón de conducta de seguir estudiando indiscriminadamente. Entrega de formatos.	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	10	Incrementar autocontrol para iniciar otros estudios indiscriminadamente.
Cierre	Concluir cuarta sesión agendando la siguiente y recordatorio de autorregistros	Ninguno	2 min	Cerrar la sesión y agendar la siguiente cita

Comentarios y Observaciones:

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Quinta

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Evaluar la efectividad de las técnicas aplicadas para la modificación cognitiva conductual de la consultante en cuanto a autoimagen, autoestima, distorsiones cognitivas y autocontrol de impulsos en cuanto al estudio para aumentar su autoconcepto y autoestima.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Saludo y recabado de impresiones de la sesión anterior	Bitácora de sesión (Anexo 1)	5 min	Recabar impresiones
Revisión de Tarea / Incidentes.	Seguimiento de actividades encomendadas y dar nuevos formatos.	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	5 min	Seguir progreso y posterior evaluación (ejercitación y correcta alimentación)
	Seguimiento de actividades encomendadas y dar nuevos formatos	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	5 min	Seguir progreso y posterior evaluación (Autoinstrucciones / tristeza)
Seguimiento de técnicas	Discusión de avances	Bitácora de sesión (Anexo 1)	15 min	Evaluar la eficiencia de las técnicas utilizadas
Redes de apoyo	Puntualizar la importancia de las redes de apoyo de la usuaria	Bitácora de sesión (Anexo 1)	10 min	Fortalecer recursos emocionales
Cierre	Informar del término del tratamiento y que se evaluará en la siguiente sesión. Concluir quinta sesión agendando la siguiente y recordatorio de autorregistros	Ninguno	2 min	Cerrar la sesión y agendar la siguiente cita

Comentarios y Observaciones:

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Sexta

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Evaluar la efectividad de las técnicas aplicadas a través del análisis de autorregistros y aplicar inventario de evaluación MMPI-2.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Saludo y recabado de impresiones de la sesión anterior	Bitácora de sesión (Anexo 1)	3 min	Recabar impresiones
Revisión de Tarea / Incidentes.	Seguimiento de actividades encomendadas.	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	3 min	Seguir progreso y posterior evaluación (ejercitación y correcta alimentación)
	Seguimiento de actividades encomendadas.	Formato de Autorregistro (Anexo 7)	3 min	Seguir progreso y posterior evaluación (Autoinstrucciones / tristeza)
Evaluación Final	Explicar contestación y aplicación de instrumento.	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) (Anexo 7)	40 min	Evaluar la eficiencia de la intervención psicológica.
Cierre	Concluir sexta sesión agendando la siguiente para entrega de resultados.	Ninguno	2 min	Cerrar la sesión y agendar la última sesión.

Comentarios y Observaciones:

Carta Descriptiva

Nombre de la Institución: FES Iztacala

Consultante: Analilia

Nombre de la estudiante de psicología: Blanca Paola Santoyo López

No. de Sesión: Cierre

Fecha:

Hora:

Objetivo de la sesión: Entrega de resultados y cierre de tratamiento.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Objetivo Particular
Inicio	Saludo y recabado de impresiones de la sesión anterior	Bitácora de sesión (Anexo 1)	3 min	Recabar impresiones
Resultados	Informe de resultados de autorregistros y del inventario MMPI- 2	Informe Psicológico (Anexo 8)	20 min	Analizar metas terapéuticas alcanzadas y no alcanzadas.
Pendientes	Discusión de pendientes	Bitácora de sesión (Anexo 1)	10 min	Terminar la intervención si es el caso o en su defecto preparar todo para una nueva.
Resolución de dudas y retroalimentación	Solventación de dudas y retroalimentación de la forma del trabajo	Ninguno	5 min	Despejar las posibles dudas y retroalimentar la forma de trabajo para mejorar
Despedida	Cierre de tratamiento / inicio de nuevo metas no conseguidas o parcialmente logradas.	Ninguno	2 min	Cerrar la sesión y tratamiento y/o agendar la siguiente cita.

Comentarios y Observaciones:

Conclusiones

La adopción en su estado más puro, además de representar un acto de amor para con una persona que no es de la familia adoptante pero que se unirá a ella, puede llegar a ser un acto que, de no tratarse de manera adecuada los aspectos cognitivos conductuales en el sujeto adoptado, puede generar problemas, mismos que impactan incluso por el resto de su vida y por consecuencia directa a su entorno.

Las huellas emocionales que comúnmente son originadas por la adopción son: pérdida, duelo, vergüenza o culpa, identidad, dominio y control, intimidad y rechazo, siendo esta última huella la que más comúnmente provoca distorsiones cognitivas y creencias irracionales en el sujeto adoptado (Children's Bureau, 2020)

De acuerdo con López Moteagudo (2017), los principales problemas parten desde el origen del adoptado, el medio del que proviene y el número y rotación personas que se han hecho cargo de él. Estos problemas que van desde mentir y manipular a las personas con las que conviven, agresividad verbal, conductas oposicionistas, hiperactividad, violación de normas familiares, conductas suicidas y hasta problemas con la autoridad.

Una forma de tratar psicológicamente los problemas mencionados en el párrafo anterior es a través de la Terapia Cognitivo Conductual y la utilización del método socrático para encontrar las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales y el uso de técnicas como la detención de pensamiento, autoinstrucciones y debate para modificarlas.

Discusión

En cuanto a los problemas conductuales de su estudio, Smith, Howard y Monroe (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012), respecto al caso práctico, en la adolescencia principalmente se presentaron conductas opositoras, violación de las normas de la familia y comportamientos suicidas.

De acuerdo con lo planteado por Palacios (1996) respecto a las diferentes investigaciones, a través de las cuales existe un aumento en las tendencias en las que los adoptados presentan bajos niveles de concentración y un rendimiento académico básico, en el caso práctico, el rendimiento académico siempre fue alto, ya que a través de este se consolidaba la autovalidación.

De acuerdo a la información referente a la figura de la adopción y dentro de las características comunes de las personas adoptadas planteado por López Monteagudo (2017), la consultante es afectada por el hecho de que ha sido comparada con sus hermanas biológicas a pesar de que es considerable el número de años que hay entre generaciones; la consultante manifiesta que solo puede conciliar el sueño si se mece, reproduciendo así modelos de supervivencia, ya que su madre biológica lo hacía cuando ella era pequeña; en cuanto al miedo al rechazo y al abandono, la consultante presenta todas las características, la extroversión como máscara de contacto, el chantaje emocional, ha llegado a hacer cosas que no le agradan con tal de no quedarse sola y su autoestima es de media a baja, esto último de acuerdo a los resultados del Inventario de Depresión Rasgo – Estado IDERE.

En cuanto a la característica de la “no permanencia de las cosas”, siguiendo con López Monteagudo, la consultante si bien estuvo oscilando entre dos familias los primeros tres años de su vida, manifiesta que derivado del trabajo de su padre adoptivo como policía de caminos, la llevo a cambiarse frecuentemente de ciudad, hecho que replica la consultante durante su vida adulta, manifestando que se cambió por lo menos 23 veces de casa a partir de que comenzó a vivir sola. Situaciones que reafirman su percepción de la baja permanencia de las cosas.

Respecto a la búsqueda del origen de las personas adoptadas (como se citó en Rosso Lobo, 2008) la consultante no fue la excepción, con la diferencia de que su familia adoptiva le proporcionó desde que tuvo uso de razón la información correspondiente.

Como se muestra durante el desarrollo del presente trabajo, las situaciones emocionales que pueden experimentar las personas adoptadas van a variar y a depender del ambiente social y las circunstancias particulares en las que el proceso se llevó a cabo. En el caso práctico y derivado de los datos recabados de la entrevista y los resultados obtenidos del Inventario IDERE de Depresión Rasgo-Estado y del el Inventario de Autoestima de Coopermith, se recomienda que la participante acuda de manera inmediata con un psicólogo, lo anterior derivado de la delicadeza de los temas expuestos y en pro del bienestar de la persona.

Referencias

- Abateam. (2021). *Reforzamiento: aprender nuevas conductas*. <https://www.theabateam.com/2021/10/05/reforzamiento-aprender-nuevas-conductas/#:~:text=El%20reforzamiento%20es%20el%20proceso,de%20nuevo%20e n%20el%20futuro.>
- ACNUR. (2017). *¿Cómo se manifiesta el miedo al abandono?*. https://eacnur.org/blog/se-manifiesta-miedo-al-abandono-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Aragón, L.E. y Silva, A. (2004). *Fundamentos Teóricos de la Evaluación Psicológica*. Ed. Pax México. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CPTAIYmjU8MC&oi=fnd&pg=PA36&dq=evaluaci%C3%B3n+psicol%C3%B3gica+pdf&ots=GiGx_fUY9R&sig=J6iBn--OY-s4mZtuHdz_BNL3OY#v=onepage&q&f=false
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. <https://enlinea.iztacala.unam.mx/2023-2/mod/folder/view.php?id=12035>
- Asociación de Especialistas en prevención y Salud Laboral. (2018). *Cómo aumentar nuestro nivel de serotonina de manera natural: 8 consejos*. <https://www.aepsal.com/serotonina/>
- Asociación EMDR. (s/f). *Niños adoptados: Trauma por abandono y la psicoterapia EMDR*. <https://adopcionpuntodeencuentro.com/web/ninos-adoptados-trauma-por-abandono-y-su-curacion-con-la-psicoterapia-emdr/>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia, parentalidad, apego y resiliencia*. México: Editorial Gedisa. <https://irp-cdn.multiscreensite.com/a8c32bb2/files/uploaded/318106899-286-Los-Buenos-Tratos-a-La-Infancia-Barudy-Dantagnan.pdf>

- BBC Mundo. (2015). *¿Cuántas horas necesitamos dormir según nuestra edad?*.
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150209_salud_horas_de_sueno_dormir_il
- Biblioteca Jurídico Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (s/f). Capítulo Decimoprimer. *La Adopción*.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3270/13.pdf>
- Brain Efect Magazine. (2019). *Aumenta tu felicidad elevando tus niveles de serotonina*.
<https://www.brain-effect.com/es/magazin/aumenta-niveles-serotonina>
- Buela, G. y Sierra. J. (1997). *Evolución histórica de la evaluación psicológica*. En G. Buela y Sierra (dirs). *Manual de Evaluación Psicológica*. Madrid: Siglo XXI.
<https://enlinea.iztacala.unam.mx/2021-1/course/view.php?id=278>
- Bustamante García, A. (2014). *La Adopción: Aspectos Psicológicos y Educativos*.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4985/BustamanteGarc%C3%ADaAndrea.pdf?sequence=1>
- Carver, C., & Scheier, M. (1996). *Self-regulation and its failures*. *Psychological Inquiry*, 7, 32-40.
- Células de cordón Uruguay. (2016). *Las emociones de la madre moldean personalidad del bebé en el vientre*. <https://celulasdecordon.com/las-emociones-de-la-madre-moldean-personalidad-del-bebe-en-el-vientre/>
- Centro Manuel Escudero. (2022). *La serotonina y como aumentarla*.
<https://www.manuelescudero.com/que-es-la-serotonina-y-como-aumentarla/#:~:text=Debido%20a%20una%20mala%20nutrici%C3%B3n,de%20disminuci%C3%B3n%20de%20sus%20niveles.>
- Chávez Contreras, M. I. (2022). *Aquí no pasa. Retos de la adopción*.
<https://www.pjenl.gob.mx/Publicaciones/Libros/117/docs/117.pdf>

- Children's Bureau. (2020). *El impacto de la adopción*.
https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/impacto_adopcion.pdf
- Congreso de la Unión. (2021). *Código Civil Federal. Adopción*.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_110121.pdf
- Congreso de la Unión. (2022). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*.
https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-08/Ley_GDNNA.pdf
- CNDH México (s/f). *El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial*.
https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri_interes_superior_NNA.pdf
- Delgado Carretero, A. y Serrano Sarate, B (s/f). *Diseño de una intervención basada en técnicas de regulación emocional y psicología positiva para un caso de trastorno de depresión mayor y rasgos de personalidad límite*.
https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173700/TFM_2017_Delgado_Carretero_Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Diez Patricio, A. (2017). *Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias*.
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf>
- Dorantes, A. (2019). *Trances y Meditaciones*.
<https://www.youtube.com/@AntoniettaDorantes/videos>
- Durón, E. (2022). *En 2022 solo hubo 72 adopciones en todo México*.
<https://atiempo.tv/nacional/en-2022-solo-hubo-72-adopciones-en-todo-mexico/>
- Enciclopedia Jurídica (s/f). *Incapacidad*. <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/incapacidad/incapacidad.htm>

- Espinoza M. J., Yuraszeck T. Y, Salas U. C., (2004). *Adopción: Una familia para un niño o una forma de hacer familia.*
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100002#15
- Expand your mind. (s/f). *Psicología psicodinámica.*
<http://www.expandyourmind.eu/es/psicodinamica/index.html>
- FAPMI. (2019). *Programa de Búsqueda de Orígenes para personas adoptadas de la Comunidad de Madrid.* <https://bienestaryproteccioninfantil.es/programa-de-busqueda-de-origenes-para-personas-adoptadas-de-la-comunidad-de-madrid-soy-adoptado-y-quiero-buscar-mis-origenes-donde-empiezo/>
- Fundación Beca. (2022). *Heridas Emocionales de la Infancia.*
<https://fundacionbeca.net/heridas-e/#:~:text=Las%20heridas%20emocionales%20son%20como,como%20adultos%20normales%2C%20se%20supone.>
- Fundación UNNIDO (s/f). *Adopciones.*
<https://unnido.org.mx/adopciones/#:~:text=Las%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20en,de%20adopci%C3%B3n%20por%20una%20familia.>
- Gabinete Psico diagnóstico. (2020). *Entrenamiento en autoinstrucciones.*
<https://psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/entrenamientoenautoinstrucciones/index.php>
- Galimberti, H. (2002). *Diccionario de Psicología.*
https://www.academia.edu/37098840/Galimberti_umberto_diccionario_de_psicologia
- García Cirilo, H. (2001). *El refuerzo y el estímulo discriminativo en la teoría del comportamiento. Un análisis crítico histórico-conceptual.* Revista Latinoamericana de Psicología, 33(1),45-52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80533105>

- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. UNED. Desclée de Brouwer.
- García P., A.F. (1983). *Adaptado de la modificación Cognitiva de la conducta y e autocontrol*. Cap 9. <https://es.studenta.com/content/114796931/cap-9-material-i>
- Gesteira, M.S. (2012). "Nosotros lo sentimos". *Emociones y saberes en las búsquedas de origen biológico de personas adoptadas o inscriptas falsamente en Argentina*. <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/GesteiraArt.pdf>
- González Llanesa, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editoria Ciencias Médicas. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Healthy children, Org. (2020). *Hablemos de Adopción*. <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/family-dynamics/adoption-and-foster-care/Paginas/respectful-ways-to-talk-about-adoption-a-list-of-dos-donts.aspx#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20adoptados%20podr%C3%ADan%20buscar,padres%20que%20adoptaron%20al%20ni%C3%B1o>.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (1990). *The functional analysis in behavior therapy*. *Clinical Psychology Review*, 10,649-668.
- Instituto Europeo de Educación. (2021). *¿Cuál es la diferencia entre emoción y sentimiento?*. <https://ieeducacion.com/diferencia-entre-emocion-y-sentimiento/>
- Instituto Jalisciense de Salud Mental. (2020). *Adaptación al cambio es salud mental*. <https://salme.jalisco.gob.mx/1767#:~:text=Capacidad%20para%20adaptarse%20y%20avenirse,requerimientos%20del%20trabajo%20en%20s%C3%AD>.
- Iosu Cabodevilla, E. (2006). *Duelo en la Adopción*. <file:///C:/Users/blanc/Downloads/6631-Texto%20del%20art%C3%ADculo-14450-1-10-20160215.pdf>

- Kazdin, A. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Caps. 2, 9. <https://enlinea.iztacala.unam.mx/2021-1/mod/folder/view.php?id=4481>
- Keawe, ʻaimoku Kaholokulaa, J., Godoyb, A., O´Brienc, W. H., Haynesa, S. N. y Gavinob, A. (2013). *Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos*. Revista Clínica y Salud vol.24 no.2 Madrid. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000200007
- Lega, L., Sorribes, F. & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. https://books.google.com.mx/books?id=c6i4DgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=qbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- López Gómez, D. (2019). *Mindfulness centrado en la respiración en 5 sencillos pasos*. <https://www.menteamente.com/blog-salud-mental/mindfulness-respiracion-en-5-pasos#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20el%20mindfulness&text=Consiste%20en%20entrenar%20a%20la,vivir%20con%20plenitud%20nuestras%20vidas>
- López Moteagudo, S. (2017). *El Sentimiento de Abandono en Niños Adoptados*. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/27268/TFM-G734.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Luque, Z. (2020). *Terapia racional emotiva conductual: qué es, características, técnicas y ejemplos*. <https://www.psicologia-online.com/terapia-racional-emotiva-conductual-que-es-caracteristicas-tecnicas-y-ejemplos-5187.html>
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta, Qué es y Cómo Aplicarla*. México: Prentice Hall. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Martin-G.-Pear-J.-Modificación-de-conducta-ebook.pdf>
- Mayo Clinic. (2019). *Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/maois/art-20043992>

- Mayo Clinic. (2019). *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/ssris/art-20044825>
- Mendoza Fernández. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=De%20acuerdo%20a%20Vernon%20y,aprendizaje%2C%20pensamientos%20y%20las%20verbalizaciones.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personality: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Mora, F. (2017). *Neuroeducación. Solo se puede aprender aquello que se ama*. Madrid: Alianza Editorial.
- Moreno Almazan, O. (2019). *Ejemplo de evaluación bas*.
<https://enlinea.iztacala.unam.mx/2023-2/mod/folder/view.php?id=12035>
- NIH MedlinePlus. (2020). *Los antidepresivos más recetados y cómo actúan*.
<https://magazine.medlineplus.gov/es/art%C3%ADculo/los-antidepresivos-mas-recetados-y-como-actuan>
- Olivares, J. y Méndez, X. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. 11.a revisión: <https://icd.who.int/es>
- Pollini, G., Micheff, M. y Pedrowicz Better, M. (2009). *Estudio exploratorio: uso del debate cognitivo en terapia cognitivo-conductual*. Revista de Psicología da IMED, vol.1, n.1, p. 72-81. <file:///C:/Users/blanc/Downloads/Dialnet-EstudioExploratorio-5154995.pdf>
- Psicología Monzo (s/f). *Distorsiones cognitivas o del pensamiento: ¿Qué son?*.
<https://psicologiamonzo.com/distorsiones-cognitivas-o-del-pensamiento-que-son/>

Psicología UNED (s/f). *Diseños de caso único. Diseño ABA.*
<http://psicologia.isipedia.com/primerofundamentos-de-investigacion/07-disenos-de-caso-unico>

Psicólogos Córdoba. (s/f). *Informe Psicológico ¿Qué es? tipos y modelos.*
<https://psicologoscordoba.org/wp-content/uploads/Modelo-de-informe-psicologico-clinico.pdf>

Ruiz Fernández, M. A., Díaz García, M. I. y Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9nicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>

Ruiz Sancho, A.M., Alcázar Rodríguez, C., Muriel Herмосilla, A. (s/f). *Distorsiones cognitivas o alteraciones de la percepción de la realidad. Interacción Psicoterapia.*
<https://interaccionpsicoterapia.com/areas-trabajo/distorsiones-cognitivas/>

Sánchez Martínez, F. (s/f). *Modificación de la conducta: historia, técnicas y aplicaciones.* Liferder.com.
<https://www.liferder.com/modificacion-conducta/#:~:text=La%20modificaci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20se%20basa%20en%20el%20concepto,de%20Watson%20sobre%20el%20conductismo.>

Sánchez-Sandoval, Y. y Palacios, J. (2012). *Problemas Emocionales y Comportamentales en Niños Adoptados y No Adoptados.* https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742012000300003&script=sci_arttext&tlng=pt

Serrano Vargas, M. A. (2001). *Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo?*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22825/21551#:~:text=La%20terapia%20cognitivo%20conductual%20surge,con%20la%20teor%C3%ADa%20del%20condicionamiento.>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF. (s/f). *Adopción.*
http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/adopciones/

- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas. México.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- SNDIF. (s/f). *Registro Nacional de Centros de Asistencia Social*.
<https://portusderechos.dif.gob.mx/rncasvp/vistas/>
- SAVAL. (2013). *Niños adoptados son más propensos a conductas suicidas*.
<https://www.savagnet.cl/cienciaymedicina/destacados/nios-adoptados-son-mas-propensos-a-conductas-suicidas.html>
- Tébar López, L.S. (2019). *Búsqueda de Orígenes en Adopción Internacional*. Estudio De Caso: Etiopía. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/336319/retrieve>
- Thomson, J.K. (1990). *Body imagen disturbance: Assessment and Treatment*. New York. Pergamon Press.
- UNICEF. (s/f). *30 aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño*.
<https://www.unicef.org/mexico/30-aniversario-de-la-convenci%C3%B3n-sobre-los-derechos-del-ni%C3%B1o>
- Vargas Gutiérrez, R. M. y Milena Muñoz-Martínez, A. (2013). *La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual*.
[https://www.scielo.br/j/psp/a/cT9JgNg4bW6wKQQjfm9zXGw/?lang=es#:~:text=Para%20la%20terapia%20cognitivo%2Dconductual,metas%20a%20nivel%20social%20\(Tompson%2C](https://www.scielo.br/j/psp/a/cT9JgNg4bW6wKQQjfm9zXGw/?lang=es#:~:text=Para%20la%20terapia%20cognitivo%2Dconductual,metas%20a%20nivel%20social%20(Tompson%2C)
- Vallejo-Slocker, L. y Vallejo, M. A. (2016). *Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada*.
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000200157#:~:text=La%20desensibilizaci%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20\(DS\)%20es,de%20un%20procedimiento%20de%20extinci%C3%B3n](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000200157#:~:text=La%20desensibilizaci%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20(DS)%20es,de%20un%20procedimiento%20de%20extinci%C3%B3n)

- Verny, T. y Weintraub, P. (1992). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*.
<https://celulasdecordon.com/las-emociones-de-la-madre-moldean-personalidad-del-bebe-en-el-ventre/>
- Ybarra Sagurduy, J.L. (2021). *Formulación de Casos Clínicos y Análisis Funcional*.
<https://es.slideshare.net/JosLuisYbarraSagardu/analisis-funcional-244952761>
- Zambrano-Guerrero, C.A., Caicedo-Padilla, D. A., Matabanchoy-Tulcán, S. M. (2015).
Revisión sistemática del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000200010#:~:text=para%20la%20b%C3%BAsqueda.-.Inventario%20Multif%C3%A1sico%20de%20Personalidad%20de%20Minnesota,evaluar%20patrones%20de%20conducta%20futuros.
- Zanón O. I., Matías L. T., Luque G. A., Moreno-Agostino D., Aranda R. E., Morales P. C., García T. M. y Márquez-González, M. (S/F). *Guía para la elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Facultad de Psicología UAM. Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de
http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_analisis_funcional.pdf

Anexos

Anexo 1.

Formato de Bitácora de Sesión

BITÁCORA DE SESIÓN			
Nombre del consultante:			
Sesión No.	Fecha y lugar:	Hora de entrada:	Hora de salida:
Actividad:			
Objetivo de la actividad:			
Instrumentos y/o materiales: Entrevista ___ Observación ___ Otro (mencionar)			
Descripción de sesión:			
Observaciones o comentarios personales:			
Firma del responsable			

Anexo 2

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USO DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA MANUSCRITO RECEPCIONAL

Este documento desglosa todas las cuestiones relativas al uso de la información que se le dará a sus datos personales para elaboración de manuscrito recepcional. Por favor léalo atentamente y consulte con el estudiante todas las dudas que tenga.

1. INFORMACIÓN OBTENIDO EN LAS SESIONES CON LA PASANTE DE PSICOLOGÍA.

En el lugar que previamente hayan acordado el estudiante y la participante, se llevarán a cabo la sesiones, para efectos del manuscrito recepcional, con una duración de máximo 45 minutos donde se aplicará un instrumento de entrevista y los derivados de manera subsecuente con fines formativos y de desarrollo profesional para la estudiante de psicología:

BLANCA PAOLA SANTOYO LOPEZ

La información personal será utilizada únicamente como apoyo para la supervisión de la práctica del alumno en el desarrollo de sus habilidades profesionales y como evidencia de la realización de esta práctica para cumplir con una actividad académica de su formación profesional.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte del alumno y el profesor que evalúa la práctica académica, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información sin nuestro consentimiento expreso.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Si, en el caso de participar y consentir la colaboración, en algún momento usted ya no quisiera que se sigan empleando los datos y los materiales obtenidos, le pedimos lo haga saber para dejar de utilizarlos con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DESTINO DE LA GRABACIÓN, INFORMACIÓN Y MATERIALES OBTENIDOS.

Después del uso académico y profesional de la información obtenida, el estudiante y el profesor se comprometen a no conservar ningún documento y/o archivo electrónico o físico relacionado con esta práctica académica, para ello, procederán a la destrucción de documentos y/o archivos electrónicos sin conservar ninguna copia de ello y su nombre será sustituido por un nombre genérico como el de María Pérez López.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Yo, Analilia Garnica Salcedo, he leído el consentimiento informado de la práctica académica que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de las sesiones de práctica académica y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional del estudiante de psicología.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en las sesiones y que los datos se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en este documento.

En Pachuca de Soto, Hidalgo, a 13 de Febrero de 2023.

Analilia Garnica Salcedo, Nombre de la participante


Firma

Anexo 3.

Transcripción de la Entrevista Inicial.

Estudiante de Psicología: Santoyo López Blanca Paola (T).

Consultante: Analilia (C).

Sexo: Femenino.

Edad:44 años.

Fecha de realización 13 de febrero del 2023.

Duración: 1:45 hrs.

I. Inicio de la entrevista.

T. Hola muy buenos tardes soy alumna de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Licenciatura en Psicología del Sistema Abierto y a Distancia. Estoy en preparación de mi manuscrito recepcional para la titulación de la carrera en Psicología, por lo que debo realizar una entrevista semiestructurada con el fin de hacer una recolección de información línea base para un proceso cognitivo conductual.

¿Con quién tengo el gusto?

C. Hola buenas tardes soy Analilia Garnica Salcedo.

T. Hola Analilia mucho gusto, mira, antes de comenzar es importante solicitar tu consentimiento para la realización de este ejercicio y para ello manejamos un documento que es el consentimiento informado, es un documento que después te haré llegar a tu correo y necesito que por favor me hagas favor de leerlo y siempre y cuando estés de acuerdo, firmármelo y me lo regresas por el mismo medio. ¿Para qué es este consentimiento? es únicamente para poder usar la información que será recabada a través de este ejercicio y de sesiones subsecuentes es meramente académico, tu información permanece confidencial, si es tu deseo que yo no mencione en este ejercicio tu nombre se utilizarán datos ficticios. **¿Estarías de acuerdo en que utilice tus datos personales?** es meramente académico y se usará para tales efectos.

C. Si claro estoy de acuerdo.

T. Ok perfecto, entonces a partir de este momento comenzaremos la entrevista y el objetivo de este ejercicio es buscar una problemática con la que tu cuentes y buscar la manera en cómo te puedo ayudar a generar un cambio en tu conducta y determinar todos los aspectos que están generando esa conducta. Entonces quiero que me platicues un poquito, que te trae por acá, pero más bien te agradezco el apoyo para este ejercicio, pero yo como que te veo que algo me quieres externar

¿Qué problema tienes?

C. Eh gracias, mira si efectivamente si tengo problemas y que bueno que se presenta esta oportunidad verdad.

Bien yo tengo un problema y es que no me siento reconocida por mi familia, he estudiado mucho y he hecho hasta lo imposible por ser sobresaliente pero nada más no logro el reconocimiento ni tener consideraciones, que considero tengo derecho por lo mucho que me he esforzado.

T. ¿Analilia cuantos años tienes?

C. Tengo 44 años

T. ¿Padeces alguna enfermedad?

C. No ninguna soy muy sana gracias a Dios.

II. Indagación sobre la conducta problema.

T. ¿A ver cuéntame a que te refieres con que tu familia no te reconoce, dame ejemplos?

C. Pues si estudie dos carreras, tengo una maestría, me independice de mi familia desde los 18 años y siempre parece que estoy en tela de juicio.

T. ¿Pero a que te refieres con que estas en tela de juicio, hay reproches, juicios o cómo?

C. No ahora que lo dices nunca me han dicho nada, pero en su mirada, su forma de hablar me hace sentir que no es suficiente. Seguro es porque soy adoptada.

III. Indagación sobre determinantes de la conducta problema.

T. Ok, a ver entonces cuéntame ¿Desde cuándo sabes que eres adoptada?

C. Desde que tenía 5 años de edad.

T. ¿A esa edad te adoptaron?

C. No me adoptaron a los 3 años, pero mis papas me dijeron que era adoptada a los cinco, ya sabes primero todo bonito que me recogieron en una canastita muy bonita en la puerta de la casa y que la habían dejado los angelitos y después pues la historia se fue modificando hasta como a los 14 ya me platicaron toda la historia.

T. ¿Y cuál fue toda la historia?

C. Pues que mi madre biológica no tenía dinero para hacerse cargo de mí, además era muy joven y pues me dejó con mis papas adoptivos.

T. ¿Bueno y escuchando que ya tienes unos añitos que tienes conocimiento de tu situación, que piensas al respecto?

C. Pues si te soy honesta desde que me enteré a pesar de que me lo plantearon con mucha dulzura y de manera paulatina, algo como que se rompió dentro de mí y no pude evitar preguntarme una y otra vez ¿Qué tan mala soy que no me pude quedar con mi mama... vaya porqué mi mama no me quiso?

T. ¿Bueno y el hecho de que el que no tuviera los medios económicos para mantenerte no lo consideras un buen motivo?

C. Mira, no sé cómo explicártelo, si lo justifico y lo entiendo, pero mis sentimientos no cambian, vaya no sé cómo explicártelo.

De hecho conforme fui creciendo y con este sentimiento cargando, comencé a tener muchos problemas con mi mamá, tengo dos hermanas, la mayor tiene 65 años y la que le sigue, quien falleció en septiembre pasado tenía 63 años....es decir te estoy hablando de que cuando me adoptaron mis hermanas estarían entrando a la carrera, ósea prácticamente tuve tres mamás, y si una es difícil, imagínate lidiar con tres, pero bueno, el chiste es que empecé a tener muchos problemas porque siempre fui muy preguntona, no me conformaba con las respuestas que me daban ni en la escuela, ni en otros lugares (siempre estuve en clases de algo, cuando no era

ballet era, natación, de todo, en fin, siempre ocupada)... siempre me sentí como de otro planeta, como que me robaron de mi noble cuna (risas). Todo se puso peor después de cumplir los 18 años, hubo un intento de suicidio de mi parte.

T. ¿Querías morir?

C. Nooooo!!!! eso es lo peor de todo, solo quería que se callara mi madre, lo único que recuerdo es que tome un crucifijo de cerámica y le pedí a Dios que me permitiera despertar y que ella me dejara de torturar con sus reclamos. No recuerdo que paso, años después me dijo mi madre que la ataque diciéndole que me tenía hasta la madre con sus pendejadas y fue con esa actitud cuando se dio cuenta que estaba drogadísima.

Pase dos días en el seguro, me lavaron el estómago dos veces, lo que si recuerdo es como flashazos

- Recuerdo que le preguntaba a mi madre si algún día yo podría tener un bebe tan bonito como ese (veía un bebe flotando, hermoso).
- Recuerdo que grite "suéltame cabrón" y recuerdo al doctor que ordeno que me hicieran una prueba de embarazo... recuerdo que reí porque sabía que no estaba embarazada.

T. ¿Y qué pasó después?

C. Pues me llevaron a casa para terminar de recuperarme, funcionó mi madre nunca volvió a decirme una palabra de lo que había pasado. Después entre a la universidad y comenzó mi lucha incesante por demostrar que era una buena hija y que valía tanto como mis hermanas.

T. ¿A ver explícame bien lo de tu lucha incesante, a que te refieres?

C. Si de por si me sentía no valiosa porque mi madre biológica no se quedó conmigo pues el "intento de suicidio" para mí había reducido mi valor a menos que nada. Buscaba logros académicos y reconocimiento para demostrar a mi familia que si valía.

T. Me comentas que eso fue a los 18, desde ese momento has estado en contacto con tu mama bilógica?

C. Si, y con mi hermana que es 10 años menor que yo. Desde que reestablecí la comunicación con ellas fue increíble la forma en como nos entendíamos, en opiniones, en gustos, en la manera tan independiente en la que llevamos la vida y nuestras personas.

T. ¿Bueno y como toma tu familia adoptiva tu contacto con tu familia biológica?

C. Nada bien, porque además se han acentuado las diferencias entre nosotros.

T. ¿A qué te refieres con las diferencias en qué consisten esas diferencias?

C. Mi familia adoptiva es muy apapachadora cuando los mismos miembros hieren o lastiman y yo... yo creo que por todo lo que pasé me hice muy delicada para ese tipo de cosas yo creo que hasta el árbol genealógico se poda... yo me alejo de gente que no es buena para mí, que busca aprovecharse o lastimarme o joderme, no sé creo que gente que busca joderte hay mucha como para que permitas que tu propia familia te desgracie. Por ejemplo, este punto lo tengo muy en común con mi mamá biológica, en ese aspecto somos iguales.

T. ¿Es una situación complicada, dime por favor que es lo quieres trabajar?

C. Me siento que no valgo, nadie reconoce mi valía y mi familia me ha traicionado, lloro frecuentemente, me entristezco cuando pienso en eso.

T. ¿Me comentas que te sientes triste y lloras, que tan frecuentemente pasa?

C. No se varias veces por semana.

T. ¿Ana has pensado en algún momento en el suicidio derivado de tu situación actual?

C. No, mi hija es lo más hermoso que tengo, además ya te comenté que cuando hice mis tonterías fue para callar a mi mamá, no he considerado ni por un momento repetir una estupidez así. No quiero sentirme menos por más tiempo, me he matado estudiando para demostrarle mi valía a una familia que no me valora, siento el impulso de inscribirme en cursos y lo que más pueda para demostrarles que no soy mala.

Observación Directa: La consultante derrama lágrimas, se le ve triste y decepcionada.

T. Lo vamos a trabajar Ana, creo que has dado un paso muy importante al tomar la decisión de acercarte a buscar ayuda, veo en ti a una mujer exitosa e integra que no tiene por qué sentirse insuficiente.

VI. Cierre de la entrevista.

T. Déjame analizar toda la información que me acabas de dar.

T. ¿Tienes alguna duda, o hay algún tema que tu digas sabes que, es que siento que por este lado me está afectando algún otro problema que me quieras comentar o estamos bien?

C. Yo creo que estamos bien y es en lo que me quiero enfocar, ojalá me puedas ayudar. ¿Qué tengo?

T. Aún falta que te aplique algunas pruebas, pero considero que solo hay que trabajar en tus percepciones y creencias sobre ti misma y controlar tus impulsos para el estudio sin medida.

C. Esta bien, pues a trabajar.

T. Perfecto Ana, te agradezco la confianza con temas que se son muy delicados, además de tu colaboración para este ejercicio académico.

C. Muchísimas gracias, nos estamos mirando, hasta luego.

T. Hasta luego.

Anexo 4.

Inventario Coopersmith.

Inventario de autoestima de Coopersmith	
Nombre: _____	Edad: _____ Sexo: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____	
<p>Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.</p>	
	Si NO
1. Generalmente los problemas me afectan muy poco	
2. Me cuesta trabajo hablar en público	
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi	
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	
5. Soy una persona simpática	
6. En mi casa me enoja fácilmente	
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	
8. Soy popular entre las personas de mi edad	
9. Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos	
10. Me doy por vencido (a) fácilmente	
11. Mi familia espera demasiado de mí	
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	
13. Mi vida es muy complicada	
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	
15. Tengo mala opinión de mi mismo	
16. Muchas veces me gustaría irme de casa	
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	
18. Soy menos guapo(o bonita) que la mayoría de la gente	

	SÍ	NO
19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Los demás son mejores aceptados que yo		
22. Siento que mi familia me presiona		
23. Con frecuencia me desanimo con lo que hago		
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25. Se puede confiar muy poco en mi		

Calificación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La calificación se realiza otorgando 1 punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente (SI). Estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20. • Cuando el sujeto contesta "NO", en cualquiera de los restantes, ítems se le asigna un punto (1) a ese ítem. • Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total. • Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles: 	
CALIFICACION:	PUNTAJE
Nivel alto de autoestima.	19 a 24 puntos
Nivel medio de autoestima	13 a 18 puntos
Nivel bajo de autoestima	menos de 12 puntos

Anexo 5.

Inventario de Depresión Rasgo-Estado IDERE

IDERE (INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO) Grau, Martín, Ramírez, 1989	
Nombre: _____	
Edad: _____	Fecha: _____
<p>Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.</p>	
	No, en absoluto —1 Un poco —2 Bastante —3 Mucho —4
Primera Parte	
1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación	()
2. Estoy preocupado	()
3. Me siento con confianza en mí mismo	()
4. Siento que me canso con facilidad	()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme	()
6. Siento deseos de quitarme la vida	()
7. Me siento seguro	()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo	()
9. Me canso más pronto que antes	()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas	()
11. Me siento bien sexualmente	()
12. Ahora no tengo ganas de llorar	()
13. He perdido la confianza en mí mismo	()
14. Siento necesidad de vivir	()
15. Siento que nada me alegra como antes	()
16. No tengo sentimientos de culpa	()
17. Duermo perfectamente	()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	()
19. Tengo gran confianza en el porvenir	()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir	()

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

Casi nunca — 1
Algunas veces — 2
Frecuentemente — 3
Casi siempre — 4

Segunda Parte

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo ()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas. ()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal ()
4. Creo que he tenido suerte en la vida ()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás ()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro ()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones ()
8. Me deprimó por pequeñas cosas ()
9. Tengo confianza en mí mismo ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento aburrido ()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen ()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales ()
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales ()
15. Todo me resulta de interés ()
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza ()
17. Me falta confianza en mí mismo ()
18. Me siento lleno de fuerzas y energías ()
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente ()
20. Me ahogo en un vaso de agua ()
21. Soy una persona alegre ()
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago ()

IDARE

Hoja de Respuesta

Nombre: _____

Fecha: _____

ESTADO					RASGO				
	No	Un poco	Bastante	Mucho		Casi Nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
1.					1.				
2.					2.				
3.					3.				
4.					4.				
5.					5.				
6.					6.				
7.					7.				
8.					8.				
9.					9.				
10.					10.				
11.					11.				
12.					12.				
13.					13.				
14.					14.				
15.					15.				
16.					16.				
17.					17.				
18.					18.				
19.					19.				
20.					20.				
					21.				
					22.				

Calificación IDERE:

D. Estado

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B$$

$$(A-B)+50=$$

___ Alto ($> = 43$)

___ Medio (35-42)

___ Bajo ($< = 34$)

D. Rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 = A$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 = B$$

$$(A-B)+50=$$

___ Alto ($> = 47$)

___ Medio (36-46)

___ Bajo ($< = 35$)

Anexo 6

Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI-2)

Caracterización de la prueba

Nombre de la prueba: Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)

Autores: Starke Hathaway y Charles McKinley

Procedencia: La prueba aparece en 1940 y la publicación oficial de su primer manual se produce en 1943.

No. de ítems: 550

Adaptación Cubana: Carmen Barroso, Miguel A. Álvarez y Rafael Alvisa. Psicólogos del Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. La adaptación del test para la población cubana consta de 356 ítems.

Aplicación: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva, a sujetos mayores de 16 años de edad y con no menos de 6to. Grado de escolaridad.

Tiempo de aplicación: No tiene tiempo límite de aplicación. La demora habitual de una persona en completar el test oscila alrededor de 1 hora

Material de la prueba: Folleto y una hoja de respuesta para el sujeto trabajar. El examinador posee varias claves para la calificación, una para cada una de las escalas, una de las escalas posee clave de calificación por sexo y un modelo de perfil, también por sexo, donde queda registrado la disposición de las calificaciones obtenidas por escala.

Objetivo: El objetivo de la prueba es valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica.

Instrucciones al examinador: Entrega la hoja de respuesta al sujeto y le orienta que escriba en ella sus datos personales, dando un margen de tiempo para efectuar dicha operación. Después, entrega el folleto y aclara que sobre este folleto no puede realizar marca alguna, y orienta que no lo abran hasta que se les indique que lo hagan. A continuación lee la consigna en voz alta, en tanto los sujetos siguen con la vista dichas instrucciones en sus respectivos folletos. Posteriormente, se les recuerda que no pueden realizar marcas en este folleto. El examinador debe instruir al sujeto para que clasifique los ítems, de acuerdo a su realidad personal, en tres grupos: Ciertas, falsas y no sé (para aquellas situaciones en que no puede precisar una respuesta). El examinador no debe mostrar interés en las respuestas que ofrece el sujeto para no despertar recelos u otro tipo de situación que entorpezca la ejecución de la perso-

na, aunque debe efectuar observación sistemática de la conducta del examinado.

Calificación:

- Para ello se dispone de claves para calificar cada una de las escalas clínicas y escalas de validez que contiene la prueba, y confeccionar el Perfil de salida de toda la información que ofrece la misma.
- Las claves de calificación deben confeccionarse siguiendo los ítems que corresponden a cada una de las escalas.
- El perfil de salida presenta ajustes de acuerdo al sexo de la persona evaluada, por lo que existe un perfil femenino y otro masculino.
- Las escalas de validez son: Escala V, Escala L, Escala F, Escala K.
- Las escalas clínicas son: Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si.
- Mediante la Clave de calificación de cada escala se otorga un punto a las respuestas que aparecen marcadas, y de ese modo se obtiene el puntaje bruto de calificación para las respectivas escalas.
- En el perfil, en el espacio comprendido para el Puntaje de cada escala, se coloca la anotación bruta obtenida mediante estas claves. En algunas escalas como son: Hs, Pd, Pt, Sc, Ma, se puede apreciar que debajo de la línea de Puntajes en bruto se encuentra otra línea denominada "K añadida". Para estas escalas se ha encontrado que al agregar una cantidad apropiada del factor K se aumenta la capacidad discriminatoria de dichas escalas.
- En la línea con el nombre "Puntaje con K" se coloca el resultado de la suma indicada en el perfil.
- El valor de la fracción de K (1, 0.5, 0.4, 0.2), para agregar en estas escalas se encuentra ya determinado; dicho valor K aparece en un cuadro a la derecha del perfil, bajo el nombre "Fracción de K".
- La fracción de K se busca en esta tabla a partir del valor bruto de K, es decir se busca en la columna Puntaje de 1K el valor que obtiene la Escala K, después se busca en la columna correspondiente a la Fracción de K (1, 0.5, 0.4, 0.2) que señala la escala clínica a la cual se le añade el valor, y el número convergente es el valor de K añadida a la escala clínica correspondiente.
- Para trazar el perfil se realiza una marca (x) en la columna que corresponde a cada escala según sea el valor bruto alcanzado en ellas, teniendo presente que dicha marca en las escalas con puntaje K agregado se realiza con el valor que adquiere la escala posterior a esta suma; subsiguientemente se traza una línea que una dichas marcas. El trazo del perfil para las escalas clínicas y el

trazo del perfil para las escalas de validez se realiza de modo independiente, es decir, uno para las escalas de validez (a la izquierda del perfil) y otro trazo de perfil para las escalas clínicas, comenzando por Hs.

- Se aprecia, a la derecha y a la izquierda del perfil, una numeración que corresponde a los puntajes T, puntajes estándar, para las puntuaciones brutas de cada escala.

Tabla 9.7. Fracciones de K

Puntaje 1 K	0.5 K	0.4 K	0.2 K
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Calificación de la Validez del perfil:

- Si el puntaje bruto de L es igual o mayor que 10 o si el puntaje bruto de F es igual o mayor que 16 existe la posibilidad de que el perfil no sea válido.
- Si el número de respuestas no contestadas (?) excede el 10%, se invalida la prueba.
- Esta información debe resaltarse por escrito y utilizar algún color que lo señale en el perfil.

Descripción: El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) es el instrumento más utilizado para la medida de la personalidad y es también el que ha generado mayor número de investigaciones hasta el momento, según criterios de diversos autores.

La primera versión del MMPI fue creada por Hathaway y McKinley en 1943 y su revisión más reciente, MMPI-2, se realizó en 1986 e incluye una forma especial para adolescentes, MMPI-A. Las modificaciones en esta revisión permiten el uso de la prueba, tanto con fines clínicos, como en otros ámbitos no clínicos, por ejemplo, puede ser en asesorías laborales, pedagógicas, jurídicas etc.

Este inventario está constituido por numerosas escalas de varios tipos que se pueden dividir en tres grupos:

Escalas de validación. Estas escalas informan sobre la correcta o incorrecta cumplimentación de la prueba por el sujeto.

- Escala ? Escala de duda o de abstención, se valora a través del número de ítems que el sujeto deja sin responder, el 10% invalida la prueba.
- Escala L. Escala de sinceridad, el sujeto puede querer dar una luz favorable sobre su persona, seleccionando las respuestas que lo sitúan en una posición social favorable; de los 15 ítems de esta escala se aceptan, dentro de lo esperado, valores de 3 a 5. Valores igual o mayor que 10 pueden invalidar la prueba. El puntaje de L puede ser de interés por su propio valor como una medida de la personalidad del sujeto.
- Escala F (Escala de consistencia o comprensión; esta escala se utiliza como una forma de evaluar la validez del protocolo. Un puntaje bajo en F es índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales y relativamente pertinentes.

La calificación alta tiene varios significados:

1. Sujetos que no comprenden lo que leen o que no cooperan.
2. Personas que tomar falsas por verdaderas y viceversa.
3. Sujetos esquizoide y enfermos en general.

4. Sujetos que desean colocarse bajo una luz desfavorable.

Se acepta como lo esperado puntuaciones de 3 a 7, y se valora como alta puntuaciones entre 10 a 16, (16 o más pueden invalidar la prueba)

- Escala K. El puntaje K es utilizado como un factor de corrección para aumentar el poder discriminatorio de las escalas clínicas medidas por el inventario. Como tal, el puntaje K actúa como variable supresor. Se añaden valores de K a 5 escalas clínicas. Se entiende también como escala de defensa, es decir, K es una medida de la actitud del sujeto ante la situación de prueba y se relaciona con las actitudes de L y F, pero es algo más sutil y se refiere a un grupo diferente de factores distorcionantes. Si la puntuación K es alta, la defensa es contra la debilidad psíquica y puede referirse a una distorsión deliberada para aparentar ser más normal. Si la puntuación es baja, se considera que la persona finge anormalidad, o es muy autocrítica, o tiene mala opinión de sí, o está deprimido. Se debe tener mucho cuidado a la hora de hacer un uso independiente de esta variable.

Escalas Clínicas (cuyas puntuaciones permiten elaborar un perfil con los aspectos psicopatológicos más relevantes del sujeto)

- Hipocondría (Hs). Esta escala aporta información acerca de la preocupación anormal que se tiene sobre las funciones corporales. Las personas con calificaciones altas en Hs, frecuentemente aquejan molestias físicas no identificables como correspondientes a entidades médicas. La enfermedad "somática" no aumenta la calificación apreciablemente.
- Depresión (D). La depresión se mide mediante 70 ítems. El resultado del valor obtenido en esta escala puede indicar hacia un trastorno, primariamente de tipo depresivo o aparecer como secundario a otros factores. Calificaciones altas son propias de personas con estado de ánimo deficiente, sentimientos de incapacidad, etc., es importante destacar que este es el rasgo menos estable.
- Histeria (Hy). Esta escala mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes que han desarrollado síntomas del tipo de histeria de conversión. Sujetos que presentan desmayos, ataques etc., de tipo histérico, suelen obtener calificaciones altas en esta escala. Este valor correlaciona alto con Hs y D, conformando la llamada Triada Neurótica.
- Desviación psicopática (Pd). Las puntuaciones en esta escala miden el parecido con personas pertenecientes a grupos que pre-

sentan falta de respuesta emocional profunda, desprecio por normas sociales y morales, etc. A menudo, pueden comportarse como personas normales entre una crisis y otra. Tiende a correlacionar alto con Mf y Ma, integrando el perfil psicopático.

- Masculinidad-Femineidad (Mf). La calificación alta en esta escala mide la tendencia del patrón de intereses del sujeto hacia la masculinidad o la femineidad, en relación al sexo opuesto. Esta escala se relaciona con Pd y Ma.
- Paranoia (Pa). La Pa mide los síntomas que han desarrollado los sujetos esquizofrénicos paranoides, paranoicos y estados paranoides. Muchos esquizofrénicos no son identificados por Sc y sí por Pa. Puntajes entre 70 y 80 deben considerarse significativos de perturbación anómala
- Psicastenia (Pt). La puntuación en esta escala ofrece información acerca de aquellas personas que se caracterizan por compulsiones, fobias, ideas obsesivas, preocupación excesiva, duda. Estos sujetos presentan alta ansiedad. La escala Pt correlaciona alto con Sc, pero muy baja con las demás.
- Esquizofrenia (Sc). La escala Sc mide la similitud de las respuestas con aquellas características de sujetos que poseen pensamientos o conductas extrañas. La escala, identifica el 60% de los esquizofrénicos y correlaciona con Pt y Pa. Estas tres escalas conforman la triada psicótica.
- Hipomanía (Ma). Puntuaciones en el rango de 60-70 mide el factor de personalidad típico de personas que se caracterizan por una marcada productividad en pensamiento y en acción. Esta escala identifica cerca del 60% de los casos.
- Introversión social (Si). No es propiamente una escala clínica. Mide la tendencia a rehuir los contactos sociales.

Escalas suplementarias (Estas escalas son muy diversas, y son producto de investigaciones que tratan de evaluar aspectos "normales" de la personalidad, las mismas aparecen muy posterior a la creación del MMPI) Estas escalas son poco utilizadas.

La aplicación de la prueba, calificación y confección del perfil de salida de la información que ofrece este instrumento, puede hacerlo un personal calificado para ello, pero el proceso de interpretación del MMPI es sumamente delicado, requiere de formación específica en el inventario, por lo que no puede ser realizada por otra persona que no sea psicóloga.

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MMPI ABREVIADO

(No abra este folleto hasta que se le diga)

Dr. Starke R. Hathaway Dr. Charley Mckinley

Adaptación Cubana de los Lics. Carmen Barroso, Miguel A. Álvarez y Rafael Alviza.
Psicólogos del Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

INSTRUCCIONES

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas.

Lea cada una y decida si es verdadera o falsa, considerada en relación con Ud.

Usted debe marcar sus respuestas en la Hoja de Respuestas que se le ha dado.

Si la proposición es verdadera, o mayormente verdades en relación con Ud., marque con el lápiz el círculo del renglón V, inicial de verdadero y que está arriba del número.

Si la oración es falsa, o mayormente falsa en relación con usted, marque con el lápiz el círculo del renglón F, inicial de falso y que, está debajo del número.

Al marcar sus respuestas, asegúrese de que el número de la proposición corresponde exactamente con el número de la respuesta.

Si una proposición no tiene nada que ver con usted o trata de algo que usted desconoce, déjela en blanco.

No obstante, procure contestar todas, o casi todas las proposiciones, con sinceridad, de acuerdo a su propio criterio.

NO HAGA MARCA ALGUNA, NI ESCRIBA NADA EN ESTE FOLLETO AHORA ABRA SU FOLLETO Y COMIENCE

1. Me gustan las revistas que tratan de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. La mayor parte de las mañanas me levanto fresco y descansado.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. Me despierta fácilmente cualquier ruido.
6. Me gusta leer artículos periodísticos sobre crímenes.
7. Por lo general, mis manos y pies conservan la temperatura cálida del cuerpo.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me interesan.
9. Me siento ahora tan capacitado para trabajar como siempre.
10. Con frecuencia me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Uno debe tratar de comprender sus sueños y guiarse por ellos, o tenerlos en cuenta como aviso.
12. Me gustan los cuentos de misterio o detectivescos.
13. Trabajo sometido a una gran tensión.
14. Tengo diarreas una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida me trata duramente.
17. Mi padre ha sido un buen hombre.
18. Rara vez sufro de estreñimiento.
19. Cuando entro en un empleo me gusta que me indiquen a quién me conviene acercarme.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he tenido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. De vez en cuando me dan ataques de risa y llanto que no puedo controlar.

23. Padezco de ataque de náuseas y vómitos.
24. Soy un incomprendido.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Realmente creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en un aprieto.
27. De cuando en cuando espíritus malignos se posesionan de mí.
28. Cuando alguien me hace un mal, pienso que debo pagarle con la misma moneda, por una cuestión de principios.
29. Sufro de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento ganas de decir malas palabras.
31. Me dan pesadillas con frecuencia.
32. Encuentro difícil fijar la mente en una ocupación o tarea.
33. Me han pasado cosas muy extrañas y peculiares.
34. Casi siempre tengo tos.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Rara vez siento preocupación por mi salud.
37. Me he visto en dificultades por causa de mi conducta sexual.
38. En cierta época, cuando era más joven, cometí pequeños robos
39. Algunas veces me dan ganas de desbaratar las cosas
40. Preferiría pasar la mayor parte del tiempo sentado, soñando despierto, antes de ponerme a hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses en los cuales no podía ocuparme de las cosas porque no tenía ánimo para hacerlo.
42. A mi familia no le agrada el trabajo o carrera que he elegido (o pienso elegir) para ganarme la vida.
43. Mi sueño es intranquilo o irregular.
44. Siento a cada rato como si me doliera toda la cabeza.
45. Yo digo siempre la verdad.
46. Mi capacidad para formar juicios está ahora mejor que nunca
47. Una vez a la semana o más a menudo, siento repentinamente fogaie por todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con otras personas me molesta oír cosas extrañas.
49. Más valiera que todas las leyes fueran eliminadas
50. Algunas veces el alma abandona mi cuerpo
51. Soy en realidad tan saludable físicamente, como la mayor parte de mis amigos.
52. Cuando me encuentro con compañeros de colegio o personas conocidas, pero a quienes hace tiempo que no veo, prefiero seguir de largo a menos que ellos me hablen primero a mí.
53. Algunas personas tienen poder para curar una enfermedad rezando y poniendo su mano sobre la cabeza de uno.
54. Le caigo bien a la mayoría de las personas que me conocen.
55. Casi nunca he sentido dolor en el corazón o el pecho.
56. En mi niñez, me expulsaron de la escuela una o varias veces por hacer travesuras.
57. Me llevo bien con los demás.
58. Me es fácil recordar cómo estaba una persona con la que hablé sólo unos minutos.
59. A menudo he tenido que recibir órdenes de alguien que sabía menos que yo.
60. Yo leo diariamente todas las noticias de los periódicos.
61. Yo he seguido el camino correcto de la vida.
62. Con frecuencia siento en algunas partes del cuerpo, hormigueos, cosquilleos, ardor o adormecimiento.

63. A veces, he tenido dificultades para iniciar la evacuación intestinal, o aguantarla.
64. Algunas veces insisto tanto en una misma cosa, que acabo por hacerle perder la paciencia a los demás.
65. Yo he querido a mi padre.
66. Veo a mi alrededor cosas, animales o personas que los demás no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como los demás parecen ser.
68. A veces siento dolor en la nuca.
69. Siento atracción por la persona de mi propio sexo.
70. Me gusta bailar la suiza (saltar la cuerda).
71. Creo que muchas personas exageran sus desgracias para que los demás se con-
duelan de ellos y los ayuden.
72. Sufro de malestar en la boca del estómago cada varios días o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. (Para hombres) frecuentemente he deseado ser mujer.
(Para mujeres) siempre he estado satisfecha de ser mujer.
75. Algunas veces me pongo brava (o).
76. La mayor parte del tiempo estoy triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Yo soy muy susceptible
80. Algunas veces jugueteo con los animales.
81. Me gustaría un trabajo como guardabosque
82. Me vencen fácilmente en una discusión
83. Todo hombre capacitado y deseoso de trabajar duro, tiene una buena oportuni-
dad de éxito.
84. En estos días tengo tendencia a perder la esperanza de llegar a ser algo.
85. Algunas veces me siento tan fuertemente atraído por artículos personales de
otros, como plumas, zapatos, etc, que deseo tomarlos o robarlos aún cuando
luego no me sirva para nada.
86. Realmente siento falta de confianza en mí.
87. Me gustaría ser florista
88. Pienso casi siempre que la vida vale la pena.
89. Es necesario explicar mucho para llegar a convencer de la verdad a la mayoría de
las personas.
90. Algunas veces dejo para mañana lo que debía hacer hoy
91. Me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero.
93. Creo que la mayor parte de las personas serían capaces de mentir con tal de ir
adelante.
94. Hago muchas cosas de las cuales me arrepiento después (me arrepiento más de
las cosas o más a menudo que los demás).
95. Asisto a casi todas las reuniones de las organizaciones a las que pertenezco.
96. Peleo poco con los miembros de mi familia.
97. A ratos siento un fuerte impulso a hacer algo dañino o chocante.
98. Tengo fe en el futuro
99. Me gusta ir a reuniones o fiestas y a cualquier lugar donde haya diversión y
alegría.
100. Me he encontrado con problemas tan llenos de posibilidades que he sido incapaz
de llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener la misma libertad sexual que el hombre.
102. Mis más duras batallas son las que libro conmigo mismo.

103. A veces, he sentido los músculos engarrotados o que me saltan
104. Yo doy la impresión de que no me preocupo por lo que me pase.
105. A veces, cuando no me siento bien, me pongo de mal humor.
106. Creo, muy a menudo, haber hecho algo incorrecto o malévolo.
107. Casi siempre me siento feliz.
108. Muy frecuentemente siento una cargazón en la cabeza, en la nariz.
109. Algunas personas son tan dominantes que me dan ganas de hacer lo contrario de lo que mandan, incluso cuando pienso que tienen razón.
110. Pienso que alguien tiene algo contra mí.
111. A veces, he hecho cosas peligrosas por sentir la emoción del peligro.
112. Siento frecuentemente la necesidad de salir a la defensa de lo que estimo correcto o justo.
113. Creo que se debe hacer cumplir las leyes.
114. Frecuentemente siento como si una venda me estuviera apretando la cabeza.
115. Trato de leer diariamente el periódico.
116. Disfruto viendo un juego de pelota.
117. La mayor parte de las personas son honradas, principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me mandaron ante el director, varias veces, por haber hecho travesuras.
119. Mi modo de hablar es el mismo de siempre (no más rápido, no más lento o desarticulado, ni tampoco tengo ronquera).
120. Mis modales en la mesa son tan correctos en mi casa, como cuando voy a comer fuera.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Yo parezco ser tan capacitado y listo como la mayoría de las personas que me rodean.
123. Creo que me persiguen.
124. La mayoría de las personas son capaces de apelar a algo injusto con tal de obtener provecho o ventaja.
125. Padezco mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.
128. Ver sangre me asusta o me pone mal.
129. A menudo me cuesta trabajo comprender por qué he estado tan mal humorado y bravo.
130. Alguna vez he vomitado o escupido sangre.
131. Me gusta la idea de coger enfermedades.
132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas
133. A veces he tenido prácticas sexuales raras.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con tal rapidez, que no podría explicarlos con palabra.
135. Si pudiera colarme en un cine sin pagar, estando seguro de que nadie me veía, probablemente lo haría.
136. Generalmente me pregunto qué oculta razón podrá tener una persona para hacer algo bueno por mí.
137. Creo que la vida es tan agradable en mi hogar como en el de la mayor parte de las personas que conozco.
138. Las críticas o los regaños me hirieron terriblemente.
139. Algunas veces siento como si tuviera necesidad de hacerme daño a mí mismo o a alguna otra persona.

140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada por las costumbres de aquellos que me rodean.
142. En realidad, a veces me siento inútil.
143. Yo pertenecía, cuando era niño, a un grupo que se mantenía unido en cualquier circunstancia.
144. Me gustaría ser soldado.
145. Hay veces que me dan ganas de fajarme con alguien.
146. Yo para sentirme feliz, tengo que estar como los gitanos, viajando de un lado a otro.
147. Frecuentemente pierdo oportunidades porque no puedo decidirme a tiempo.
148. Me impacienta que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Antes, yo escribía el diario de mi vida.
150. Prefiero ganar, a perder en los juegos.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormir sin que me molesten pensamiento o ideas
153. Durante los últimos años me he sentido bien la mayor parte del tiempo.
154. Alguna vez me ha dado algún ataque o convulsión.
155. Yo, ni aumento ni bajo de peso.
156. He tenido épocas en las cuales he hecho cosas que después no he recordado haber hecho.
157. Creo que a menudo he sido castigado sin motivos.
158. Llora fácilmente.
159. Yo comprendo lo que leo, tan bien, como antes.
160. Ahora me siento mejor que nunca en mi vida
161. A veces, me siento muy sensible la parte superior de la cabeza.
162. Me duele que me tomen el pelo de un modo tan hábil que me vea obligado a admitir que me engañaron.
163. Me canso fácilmente.
164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
165. Me gusta conocer personas importantes, porque esto me hace sentirme importante.
166. Me da miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. Yo me pondría nervioso si alguien de mi familia tuviera problemas con la justicia, con los tribunales.
168. Mi mente funciona bien.
169. Me da miedo manipular dinero.
170. Me preocupa qué otras personas piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que pujar una gracia, en una fiesta, aunque todos los demás lo estén haciendo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Me he desmayado alguna vez
175. He tenido mareos algunas veces (o muchas)
176. Siento horror por las serpientes
177. Mi madre ha sido una buena mujer
178. Parece que mi memoria está perfectamente.
179. Estoy preocupado por asuntos sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación cuando me presentan a alguien.
181. Cuando me siento aburrido, me gusta formar alboroto.
182. Temo perder el juicio
183. Soy contrario a dar dinero para colectas.

184. Frecuentemente oigo voces que no sé de donde vienen.
185. Me parece que oigo tan bien como la mayoría de las personas
186. Noto con frecuencia que mis manos tiemblan cuando trato de hacer cualquier cosa.
187. A veces, se me han puesto las manos torpes o poco débiles.
188. Puedo leer un largo rato sin que se me cansen los ojos.
189. Sufro de debilidad general con mucha frecuencia.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy pasando apuros, comienzo a sudar copiosamente, lo que me molesta muchísimo.
192. A veces he tenido dificultad para mantener el equilibrio al caminar.
193. Padezco de crisis de alergia o asma
194. He tenido ataques, en los cuales no podía controlar mis movimientos ni mi palabra, pero me daba cuenta de lo que estaba ocurriendo a mi alrededor.
195. Me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar los lugares a donde nunca he ido antes.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Con frecuencia me pongo a soñar despierto.
199. A los niños debe dárseles educación sexual.
200. Hay personas que están tratando de robarme mis pensamientos e ideas.
201. Quisiera no ser tan tímido.
202. Creo que yo soy una persona condenada, fatal.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho ocuparme de la información teatral.
204. Me gustaría ser periodista
205. Algunas veces me ha sido imposible resistir la tentación de robar o llevarme algo de una tienda.
206. Yo tengo un altísimo sentido del deber (más que la mayoría de las personas).
207. Me gustan muchas clases diferentes de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.
211. Puedo dormir durante el día pero no por la noche.
212. Mi familia me trata más como muchacho que como adulto.
213. Al caminar, me cuido de no pisar las líneas de las aceras.
214. A veces, me han salido cosas en la piel que me han preocupado.
215. He abusado de las bebidas alcohólicas.
216. Existe muy poco cariño y camaradería en mi familia, comparado con lo que existe en otros hogares.
217. Frecuentemente, estoy preocupado por algo.
218. Ver sufrir a los animales me produce especial molestia.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo he querido a mi madre.
221. Me gusta el ballet.
222. Me cuesta trabajo el pedir ayuda a mis amigos si pienso que yo no puedo devolverles el favor.
223. Me gusta mucho cazar.
224. Con frecuencia, mis padres han criticado a la clase de personas con quien yo andaba.
225. De cuando en cuando chismeo un poquito.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me apena y molesta.
227. Me han dicho que yo camino dormido.

228. A veces creo que puedo decidirme con una facilidad extraordinariamente grande.
229. Me gustaría pertenecer a varias asociaciones u organizaciones.
230. Casi nunca me doy cuenta del latir de mi corazón y rara vez me ha faltado la respiración.
231. Me gusta hablar acerca de cosas sexuales.
232. Me ha sido inculcado un modo de vida basado en el cumplimiento del deber, al que me he ajustado cuidadosamente.
233. Algunas veces me he interpuesto en el camino de personas que estaban tratando de obtener algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me pongo bravo fácilmente, pero se me pasa enseguida.
235. He sido bastante independiente y libre de la tutela familiar.
236. Me preocupo en exceso.
237. Casi todos mis parientes se llevan bien conmigo.
238. Tengo ratos de tanta intranquilidad que me es imposible estar sentado mucho tiempo en una silla.
239. He sufrido algún desengaño amoroso.
240. Me preocupo por mi aspecto.
241. Frecuentemente sueño de las cosas que tengo más reservadas.
242. Creo que soy tan nervioso como la mayoría de las personas.
243. A veces sufro de dolores.
244. Mi modo de hacer las cosas suele ser mal comprendido por los demás.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de lo que deberían encontrarme.
246. A menudo me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo razones para sentir celos de uno o de varios miembros de mi familia.
248. Algunas veces, sin razón alguna, y aún cuando las cosas me salgan mal, me siento estrepitosamente alegre, como si viviera en el mejor de los mundos.
249. Me gustan las películas de guerra.
250. Encuentro natural que cualquiera trate de apoderarse de todo cuanto quede en este mundo.
251. He tenido momentos en que me he quedado en blanco, durante los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y ni me daba cuenta de lo que estaba pasando a mi alrededor.
252. A los demás, les importa poco lo que a uno le sucede.
253. Puedo ser amistoso con personas que realizan cosas que yo considero incorrectas.
254. Me gusta estar en un grupo en los que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones a veces voto por candidatos por los que conozco muy poco.
256. La única parte interesante de las revistas es la página humorística.
257. Por lo general, espero éxito o triunfar en las cosas que hago.
258. Creo que existe un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela me costaba trabajo aprender.
261. Si yo fuera artista me gustaría dibujar flores.
262. Me molesta no ser mejor parecido.
263. Sudor muy fácilmente, incluso en los días fríos.
264. Tengo absoluta confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más a menudo me pongo muy excitado o nervioso.
267. Cuando estoy en un grupo se me hace difícil encontrar temas adecuados de conversación.

268. Cuando estoy deprimido, cualquier cosa emocionante casi siempre me saca de ese estado.
269. Logro fácilmente que los demás me cojan miedo y algunas veces lo hago por divertirme.
270. Cuando salgo de mi casa me preocupa si las puertas y ventanas quedaron bien cerradas.
271. Es perdonable aprovecharse de una persona que aguanta que esas cosas le ocurran.
272. A veces me siento lleno de energía.
273. Siento adormecida una o varias partes de la piel.
274. Conservo mi vista tan buena como siempre.
275. Alguien tiene control sobre mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces, me ha hecho tanta gracia la astucia o viveza de un pícaro que he deseado que se salga con la suya.
278. A menudo he sentido que gente extraña me estaba mirando de forma crítica.
279. Tomo una enorme cantidad de agua diariamente.
280. La mayoría de las personas hacen amistades por conveniencia.
281. Siento que me pican o me zumban los oídos con frecuencia.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que generalmente quiero.
283. Si yo fuera periodista, me gustaría mucho encargarme de la información.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. Alguna que otra vez me hace reír un chiste sucio.
286. Yo, cuando soy muy feliz, es cuando estoy solo.
287. Comparado con mis amigos, yo sufro de pocos miedos.
288. A menudo me decepciono de los demás.
289. Me disgusta con la ley cuando veo que un criminal es libertado por las argucias de un abogado listo.
290. Me es difícil el dejar a un lado la labor que esté llevando a cabo, aún cuando sea por corto tiempo.
291. Una o más veces en mi vida he tenido la sensación de que alguien me ha hecho realizar cosas por medio del hipnotismo.
292. Yo, para hablar con una persona, generalmente espero que ella me hable primero a mí.
293. Alguien ha estado tratando de ejercer influencia sobre mi mente.
294. Yo he tenido problemas con la justicia.
295. A mí me gustaba el cuento de la Caperucita Roja.
296. Tengo temporadas en las que me siento extraordinariamente alegre sin que exista una razón especial.
297. Querría verme libre de la molestia de los pensamientos sexuales.
298. Cuando varias personas se encuentren en apuro, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en eso.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. En cierta época de mi vida me gustaba jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Algunas veces me parece que mi mente funciona con más lentitud que de costumbre.
303. Soy tan quisquilloso sobre algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me fue difícil hablar ante la clase.
305. La mayoría de las veces me siento solo aunque esté rodeado de personas.

306. Evito tomar parte en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
307. En muchas ocasiones, he conocido a personas a quienes se suponían expertos y no eran mejores que yo.
308. Me parece que yo hago amistades tan fácilmente como los demás.
309. Algunas veces, sentía que se me amontonaban las dificultades, de tal modo, que se me hacía imposible el poder resolverlas.
310. A menudo pienso quisiera volver a ser niño.
311. Me desagrada tener personas a mi alrededor.
312. El hombre que provoca la tentación dejando sin protección propiedades valiosas, es tan culpable que se la roben, como el ladrón mismo.
313. Me gusta hacerle conocer a los demás mis convicciones.
314. Malas palabras, a veces palabras terribles, acuden a mi mente y se me hace imposible librarme de ellas.
315. Creo que casi todo el mundo sería capaz de decir mentira con tal de evitarse dificultades.
316. Soy más sensible que la mayor parte de las personas.
317. A veces, un pensamiento sin importancia me da vueltas y vueltas en la cabeza y me molesta durante varios días.
318. A la mayor parte de las personas, en el fondo le desagrada tener que sacrificarse para ayudar a otro.
319. Muchos de mis sueños giran en torno a sueños sexuales.
320. Me abochorno con facilidad.
321. Me preocupo por mejorar mi nivel de vida.
322. Casi todos los días pasa algo que me asusta.
323. Yo he estado o estoy enamorado.
324. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
325. Me inclino a considerar las cosas más difíciles de lo que son
326. Mi madre o mi padre frecuentemente me obligaron a obedecer, incluso cuando yo pensaba que no tenían razón.
327. Me ha gustado, a veces, ser injuriado o lastimado por alguien a quien amaba.
328. Yo casi nunca sueño.
329. Alguna vez he estado paralizado o he sentido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
330. La gente dice de mí cosas insultantes y vulgares.
331. Algunas veces me cambia o pierdo la voz aunque no tenga catarro.
332. Me siento incómodo bajo techo.
333. A veces noto olores raros.
334. Me es imposible mantener mi mente fija en una sola cosa.
335. Pierdo fácilmente la paciencia con los demás.
336. Vivo, casi siempre, ansioso por algo o por alguien.
337. En verdad me han correspondido más preocupaciones de las que me merezco.
338. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
339. Algunas veces me pongo tan excitado que se me hace difícil conciliar el sueño.
340. A veces oigo tan bien que me llega a molestar.
341. Se me olvida enseguida lo que me dicen.
342. Generalmente tengo que detenerme y pensar antes de actuar, incluso cuando se trata de cosas sin importancia.
343. A menudo cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien a quien veo venir
344. Frecuentemente me parece que las cosas no son reales.
345. Tengo el hábito de contar objetos sin importancia, tales como bombillos, postes, etc.

346. Tengo enemigos que realmente quieren hacerme daño.
347. Tiendo a desconfiar de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
348. Tengo pensamientos extraños o raros.
349. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
350. Me pongo turbado o ansioso cuando tengo que irme de casa para hacer un corto viaje.
351. He tenido temor a cosas y personas que sabía que no podían hacerme daño.
352. Me da temor entrar solo en un lugar donde se encuentre un grupo de personas conversando.
353. Tengo miedo de usar una cuchilla o cualquier otra cosa puntiaguda.
354. A veces, me gusta mortificar a personas a quienes quiero.
355. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
356. En varias ocasiones he desistido de realizar algo porque he pensado que no poseo la habilidad necesaria.

MMPI - Hoja de respuestas. Conteste V (Verdadero) o F (Falso)

No	Nombre_____		Sexo_____		Edad_____																
	V	F	No	V	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F		
1			46			91			136			181			226			271			316
2			47			92			137			182			227			272			317
3			48			93			138			183			228			273			318
4			49			94			139			184			229			274			319
5			50			95			140			185			230			275			320
6			51			96			141			186			231			276			321
7			52			97			142			187			232			277			322
8			53			98			143			188			233			278			323
9			54			99			144			189			234			279			324
10			55			100			145			190			235			280			325
11			56			101			146			191			236			281			326
12			57			102			147			192			237			282			327
13			58			103			148			193			238			283			328
14			59			104			149			194			239			284			329
15			60			105			150			195			240			285			330
16			61			106			151			196			241			286			331
17			62			107			152			197			242			287			332
18			63			108			153			198			243			288			333
19			64			109			154			199			244			289			334
20			65			110			155			200			245			290			335
21			66			111			156			201			246			291			336
22			67			112			157			202			247			292			337
23			68			113			158			203			248			293			338
24			69			114			159			204			249			294			339
25			70			115			160			205			250			295			340
26			71			116			161			206			251			296			341
27			72			117			162			207			252			297			342
28			73			118			163			208			253			298			343

No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	No	V	F	
29			74			119			164			209			254			299			344
30			75			120			165			210			255			300			345
31			76			121			166			211			256			301			346
32			77			122			167			212			257			302			347
33			78			123			168			213			258			303			348
34			79			124			169			214			259			304			349
35			80			125			170			215			260			305			350
36			81			126			171			216			261			306			351
37			82			127			172			217			262			307			352
38			83			128			173			218			263			308			353
39			84			129			174			219			264			309			354
40			85			130			175			220			265			310			355
41			86			131			176			221			266			311			356
42			87			132			177			222			267			312			
43			88			133			178			223			268			313			
44			89			134			179			224			269			314			
45			90			135			180			225			270			315			

Clave de las escalas del MMPL.

L (14 frases)

Falsa:

30,75,90,105, 135,150,165,225,255,285.

F (54 frases)

Verdadera:

14,23,27,31,34,35,40,42,48,49,50,53,56,66,85,121,123,139,146,151,156,169,184,197,
200,207,245,246,247,252,256, 258,269,275,286,291,293.

Falsa:

17,20,54,65,75,83,112,113,115,164,168,177,185,196,199,257,272,276.

K (30 frases)

Verdadera:

96,170

Falsa:

30,39,71,89,124,129,134,138,142,148,160,171,180,183,217,234,267,272,288,290,296,
302,308,310,311,314,316,322.

Hs (29 frases) Hipocodría

Verdadera:

23,29,62,63,68,72,103,108,114,125,160,163,175,189,192,243,273,281.

Falsa:

2,3,7,9,18,51,55,153,155,188,190,230,274.

D (54 frases)

Verdadera:

5,13,23,43,52,67,86,104,131,138,142,154,158,182,189,270,193,236,259.

Falsa:

2,8,9,18,30,36,39,46,51,57,58,64,80,88,89,95,98,107,122,130,145,152,153,155,159,160,178,
191,193,207,208,233,241,242,263,271,272,285,296

Pa (39 frases) Paranoia.

Verdadera: 15,16,22,24,27,35,110,111,121,123,151,157,158,202,275,281,284,291,293,294,299,305,317,331,333,338,341,347

Falsa:

93,107,109,117,124,268,313,316,319,327,348.

Pt. (46 frases) Obsesivo-compulsivo.

Verdadera:

10,15,22,32,41,67,76,86,94,102,106,142,182,189,217,238,266,301,304,305,315,317,318,321,323,326,336,337,340,342,343,346,349,351,353,356,357.

Falsa:

3,8,36,122,152,159,164,178,329.

Sc (77 frases) Esquizofrenia.

Verdadera:

15,16,21,22,24,32,33,35,37,38,40,41,47,52,76,97,103,104,121,156,157,179,182,187,
4,69,70,74,76,77,78,87,92,120,2

Falsa:

8,17,20,65,119,159,168,177,178,196,220,276,306,309,322,324.

Ma (46 frases) Manía.

Verdadera:

11,13,21,22,59,64,73,97,100,109,111,120,127,134,143,156,157,181,194,212,226,228,232,233,238,250,251,263,266,268,271,277,279,298.

Falsa:

101,105,119,148,166,167,171,180,222,240,267,289.

Una vez que se tiene la hoja de respuestas contestada adecuadamente se puede calificar el protocolo obtenido. Se comenzará por marcar las respuestas no contestadas y aquellas en que la misma frase ha sido contestada como cierta y falsa a la vez, lo cual elimina esa frase, y se anota el número de estas respuestas en el espacio indicado en la hoja de respuestas (?)

Todas las escalas son las mismas para sujetos de ambos sexos, con excepción de la escala Mf que tiene claves diferentes para hombres y mujeres.

Una vez que se tienen las puntuaciones antes mencionadas, se anotan en el perfil, debajo de la columna que corresponde a cada escala; a continuación, se realizan los ajustes según sea *K*, y seguidamente se procede a realizar el perfil; al hacerlo se convierten esas anotaciones en puntuaciones *T*. Las puntuaciones *T*, en las que se traza el perfil se basa en puntuaciones equivalentes a las puntuaciones naturales para cada escala. A excepción de las escalas *L* y *F*, estas puntuaciones se encuentran por medio de las claves.

Anexo 7

Formato de Autorregistro

FORMATO DE AUTOREGISTRO

Es muy importante para mi conocer a detalle, aquellas conductas o situaciones que te están afectando; por eso esta tarea es valiosa para poder ayudarte. Te pido que observes tu conducta de _____ y me señales con un número del 0 al 10, las veces que tú las identifiques. Por ejemplo, si observas que el día martes apareció esa conducta y su intensidad fue muy alta para ti, pondrás un número 10 el día martes.

Registra por cada vez que ocurra la conducta; incluso conviene que recuerdes o señales cuanto tiempo duró dicho comportamiento. Recuerda que es muy valioso contar con tu apoyo y veracidad, confío en ti.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Comentarios
¿Apareció?								
¿Cuánto tiempo duró?								

Anexo 8

Ejemplo de Formato de Informe Psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Fernandez Agustina

Sexo: Femenino

Edad: 42 años

Lugar de nacimiento: Córdoba, Argentina

Grado de instrucción: Estudiante Universitario

Facultad: Licenciatura en Psicología

Fecha de exámenes: 17/06/2020

Fecha de informe: 24/06/2020

Evaluador: Lic. Juan Avila (MP: 1845)

Técnicas y pruebas Aplicadas:

- Entrevista Psicológica
- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Cuestionario de Intereses Profesionales Revisado(CIP –R)
- Test de Zulliger
- Inventario De Hábitos De Estudio
- Test desiderativo
- Evaluación de potencial

Motivo de consulta

Agustina se presenta con la intención de recibir un proceso de orientación vocacional individual.

Proceso

El proceso tuvo una duración de 8 encuentros en los cuales se le aplicaron diversas técnicas de orientación vocacional, test de personalidad e inteligencia.

Resultados:

Entrevista Psicológica

Se realizó una entrevista semi estructurada donde se revisó la historia personal de la paciente, la configuración de su familia y elecciones vocacionales pasadas.

Test de Matrices Progresivas de Raven

Obtuvo un resultado de 110 que la ubica con un diagnóstico de Superior al Término Medio.

En el Cuestionario de Intereses Profesionales Revisado (CIP-R)

Según el cuestionario de intereses Profesionales Agustina demuestra interes en:

- Matemática
- Economía
- Ciencias Sociales

Test de Zulliger

En el test de Zulliger se descartó enfermedades psicopatológicas. Tiene una forma de abordar la información de lo general a lo particular demostrado varios recursos defensivos y dotados de riquezas.

Inventario De Hábitos De Estudio

Mediante este inventario se demostró buenos hábitos de estudio en particular en espacios compartidos y colectivos.

Test desiderativo

Se descartó patologías y demuestra varios recursos defensivos.

Evaluación de potencial

Agustina tiene un nivel de procesamiento Paralelo con un nivel de complejidad Verbal simbólico de tipo IV. Es capaz de trabajar en varios proyectos a la vez, generando un equilibrio en tiempo y recursos. Puede ir monitoreando los resultados conforme progresa de manera satisfactoria y cuenta con un horizonte de planeamiento de 5 años.

Conclusiones

- Agustina es una persona decidida, activa y sumamente independiente.

- Tiene un coeficiente intelectual superior al término normal tanto en pruebas proyectivas como psicométricas.
- Se observó un fuerte interés en Economía, Ciencias sociales y Matemáticas.

Recomendaciones

Según los resultados obtenidos en las distintas pruebas, sumado a las entrevistas se recomienda que el evaluado se tome un tiempo prudente en la recopilación de información sobre la carrera a seguir, elabore un plan de vida en función a los objetivos que quisiera lograr profesional y personalmente.

Firma:

Aclaración: Lic. Juan Avila (MP: 1845)