



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Caso clínico: Intervención psicológica en una paciente con
otro trastorno de ansiedad especificado**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Granados Ulloa, María Geraldine

Director: Ortiz Polo, Adrian Mauricio

LOJA

2023



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 15 de septiembre de 2023

Magister en Psicología Clínica

Gianella Lisset Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso clínico: Intervención psicológica en una paciente con otro trastorno de ansiedad especificado realizado por María Geraldine Granados Ulloa, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Adrian Mauricio Polo Ortiz, Magister

C.I.: 1105799827

Correo electrónico: amortiz5@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, María Geraldine Granados Ulloa, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: “Caso clínico: Intervención psicológica en una paciente con otro trastorno de ansiedad especificado”, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología y resultados, siendo el Mgtr. Adrian Mauricio Ortiz Polo, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”, en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autora, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autora: María Geraldine Granados Ulloa

C.I.: 1104672181

Correo electrónico: mggranados1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo se lo dedico a las personas más importantes de mi vida.

A mi familia por apoyarme siempre en el proceso de cada uno de mis proyectos. Mi madre por ser mi soporte incondicional y mejor amiga, que ha sabido guiarme con amor, inculcándome con paciencia los valores que forjan hoy mi vida; mi padre que ha sido fuente de seguridad, persistencia y constancia, quien constantemente resalta el valor del esfuerzo antes que el resultado; mis hermanos mayores, quienes me brindan su cariño genuino junto a mis queridas cuñadas; mis sobrinos que son mi motivación para día a día ser una tía ejemplar; y por último, a mi mascota Mía, quien me acompañó durante largas horas en este proceso.

A mis bellas amigas y querido novio, que me recuerdan siempre la importancia de disfrutar cada momento, compartiendo diversas experiencias y enriqueciendo, con su presencia, mi vida.

A mí misma, por mi esfuerzo y constancia a lo largo de estos años, por no darme por vencida, avanzando incluso en aquellos momentos donde sentía que todo estaba de cabeza, por priorizar mis metas disfrutando del proceso y observando lo positivo de cada situación.

Agradecimientos

Es de mi consideración agradecer en primera instancia a Dios, que ha sido el sostén fundamental a lo largo de mi desarrollo tanto personal como profesional.

Me extendería de manera puntual agradeciendo a cada uno de mis docentes, pero expreso mi más grato agradecimiento a la Mgtr. Gabriela González y a mi docente tutor Mgtr. Adrian Ortiz, pues este trabajo ha sido en conjunto, sin su paciencia y dedicación esto no sería posible.

De esta misma manera, considero importante dirigir mi agradecimiento hacia mi querida paciente, gracias por demostrar el valor que tiene la salud mental y buscar acompañamiento psicológico.

Por último, pero no menos importante, a mi pareja que ha estado presente acompañándome y motivándome, especialmente cuando las circunstancias se tornaban difíciles, por nunca juzgar o invalidar mis sentimientos que han sido una montaña rusa durante este trayecto.

A todos muchas gracias.

Índice de contenido

| | |
|--|------------|
| Carátula | I |
| Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular | II |
| Declaración de autoría y cesión de derechos..... | III |
| Dedicatoria | V |
| Agradecimientos..... | VI |
| Índice de contenidos | VII |
| Resumen..... | 1 |
| Abstract | 2 |
| Introducción | 3 |
| Capítulo uno..... | 6 |
| Marco teórico | 6 |
| 1.1 Presentación del caso..... | 6 |
| 1.1.1 Identificación del paciente | 6 |
| 1.1.2 Motivo de consulta..... | 7 |
| 1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología..... | 8 |
| 1.2 Proceso de evaluación..... | 11 |
| 1.2.1 Entrevista con la paciente | 11 |
| 1.2.2 Observación clínica | 11 |
| 1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados | 12 |
| 1.3 Proceso diagnóstico | 14 |
| Capítulo dos | 17 |
| Metodología..... | 17 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1 Tratamiento/Intervención | 17 |
| 2.1.1 Objetivos terapéuticos..... | 17 |
| 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención | 18 |
| 2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico..... | 20 |
| Capítulo tres | 28 |
| Resultados | 28 |
| 3.1 Análisis de resultados cuantitativos | 28 |
| 3.2 Análisis de resultados cualitativos | 29 |
| Discusión..... | 31 |
| Conclusiones | 34 |
| Recomendaciones | 35 |
| Referencias | 36 |
| Apéndice..... | 45 |
| Apéndice A Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)..... | 45 |
| Apéndice B Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | 50 |
| Apéndice C Cuestionario de Personalidad SEAPSI | 51 |
| Apéndice D Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R) | 53 |

Índice de figuras

| | |
|--|----------|
| Figura 1 Genograma familiar de N.N..... | 6 |
|--|----------|

Índice de tablas

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1 Plan psicoterapéutico..... | 18 |
| Tabla 2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) test y retest | 28 |
| Tabla 3 Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) test y retest..... | 28 |
| Tabla 4 Resultados del Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R) | 28 |
| Tabla 5 Análisis cualitativo de la entrevista y observación clínica | 29 |

Resumen

En el presente trabajo, se realizó una intervención psicológica con una mujer adulta que acude voluntariamente a consulta, presentando preocupaciones persistentes sobre diversos temas de su vida cotidiana, que generan sintomatología cognitiva y somática; en este caso, fue necesario evaluar de forma cuantitativa y cualitativa, para llegar a la conclusión diagnóstica de otro trastorno de ansiedad especificado: ansiedad generalizada que no está presente por el mínimo de seis meses; de manera consecuente, se manejó un tratamiento con enfoque integrativo entre la terapia breve centrada en soluciones y la terapia cognitivo conductual, con la finalidad de que, las técnicas empleadas mejoren el estado de la paciente de manera eficaz en un número reducido de sesiones. Mediante el enfoque utilizado se obtuvieron resultados favorables, dado que, existieron cambios significativos en algunas áreas como el estado de ánimo, distorsiones cognitivas y activación fisiológica de N.N., corroborando la eficiencia de estas terapias en la intervención psicológica.

Palabras clave: terapia breve, cognitivo conductual, ansiedad generalizada.

Abstract

In the present study, a psychological intervention was carried out with an adult woman who voluntarily attends a consultation, who presents persistent concerns about various issues of her daily life, that generate cognitive and somatic symptomatology; in this case, it was necessary to evaluate quantitatively and qualitatively, to reach the diagnostic conclusion of another specified anxiety disorder: generalized anxiety that is not present for the minimum of six months; consequently, a treatment with an integrative approach was managed, between brief therapy focused on solutions and cognitive behavioral therapy, in order that the techniques used improve the patient's condition effectively in a reduced number of sessions. Through the therapy used, favorable results were obtained, since there were significant changes in some areas such as patient's mood, cognitive distortions and physiological activation, corroborating the efficiency of these therapies in psychological intervention.

Keywords: brief therapy, cognitive behavioral, generalized anxiety

Introducción

La búsqueda de información revela que, la ansiedad es una respuesta de temor, miedo e inquietud frente a situaciones de la vida diaria que un individuo considera amenazantes; la cual, en situaciones normales, cumple un rol adaptativo, ya que, aparece para ayudar a la persona en el afrontamiento del problema, brindándole mayor energía o manteniendo su cerebro alerta en una situación peligrosa; sin embargo, se torna una problemática de salud mental, cuando esta sensación es permanente y perturbadora en la vida del sujeto (Báez et al., 2019; Marrero y Del Rivero, 2019).

En este sentido, es necesario conocer que, la ansiedad posee un componente cognitivo, conocido como preocupación, y otro fisiológico, el cual surge como consecuente al estrés; por ello, los trastornos de ansiedad se caracterizan por respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales, generadas por la anticipación de peligro percibido; deteriorando la actividad del individuo de manera significativa (Pattee, 2020; Zhang et al., 2021).

En relación con los trastornos de ansiedad, estos son conceptualizados como enfermedades psicológicas frecuentes en la población, que afectan alrededor de 260 millones de personas en el mundo, representando una prevalencia mundial de 10%; dentro de los diagnósticos principales en atención primaria, se encuentra la agorafobia, fobias específicas, fobias sociales, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada (Esteso de la Osa y León-Zarceño, 2022; Pelissolo, 2019). Esta última es habitual y una de las más incapacitantes, cuya definición se considera relativamente reciente al compararse con otros trastornos mentales, pues, apenas a finales de los años 80, cuando se plantea la preocupación excesiva como criterio principal de este trastorno; posteriormente, se define ansiedad generalizada, como aquella alteración mental en la que un individuo presenta aprensión y preocupación persistente respecto a una o varias situaciones, generando malestar clínicamente significativo en las distintas esferas de la persona (Baños-Chaparro, 2022; Camargo et al., 2021; Furlan et al., 2023).

Asimismo, es preciso señalar que además de la preocupación excesiva, en el trastorno de ansiedad generalizada, también se encuentran algunos síntomas como: inquietud o sensación de tener los nervios de punta, mayor fatigabilidad, problemas para

dormir, dificultad para concentrarse, irritabilidad y tensión muscular; los cuales están presentes la mayoría de los días durante un mínimo de seis meses e interfieren en la vida personal, social, familiar y laboral del paciente (American Psychological Association [APA], 2014; Romero et al., 2021).

Por otro lado, en base a la literatura brindada por algunos autores, se encuentra que la prevalencia a nivel mundial del trastorno de ansiedad generalizada varía entre el 0.4% al 3.6% anualmente; el cual, es más común en mujeres de edades comprendidas entre 35 y 55 años; asimismo, se debaten las causas de este trastorno, dado que, no existe un motivo específico aparente; sin embargo, se observa que agentes como: la predisposición genética, experiencia de eventos traumáticos o entornos estresantes representan un riesgo inminente a padecerlo (Etchebarne et al., 2019; National Institute of Mental Health [NIHM], 2022).

Del mismo modo, se revelan algunos factores de mantenimiento como: actitud intransigente frente a la incertidumbre, tendencia a sobreestimar la probabilidad de peligro, orientación ineficaz hacia los problemas, sesgos de atención hacia amenazas, ambivalencia al exagerar la utilidad de la preocupación, a su vez de considerarla peligrosa e incontrolable, tendencia a percibirse ineficiente en el manejo de las situaciones atemorizantes y estrategias de afrontamiento evitativas; los cuales, prolongan el malestar del paciente en el tiempo (Moreno-Proañó, 2020; Morilla y Domínguez, 2022).

Con base en las evidencias de distintos estudios se establece que, el trastorno de ansiedad generalizada se origina durante la infancia, adolescencia o adultez temprana del individuo, sin embargo, llega a su cúspide al atravesar la edad madura; por ello, se revela que, alrededor del 25% de pacientes, presentan sintomatología persistente por más de 16 años antes de su diagnóstico; la identificación temprana de esta problemática favorece el pronóstico del paciente, no obstante, la evolución a largo plazo depende del seguimiento o no de un tratamiento adecuado (Herazo et al., 2018; Montgomery, 2010; Pascual y Mascaraque, 2022).

En este aspecto, se denota la necesidad de utilizar procedimientos basados en la evidencia que posibiliten un acompañamiento apropiado, por esta razón, la terapia cognitivo conductual destaca como tratamiento psicológico principal, dado que, cuenta con

bibliografía que respalda su consistencia al trabajar con pacientes que presentan trastornos de ansiedad generalizada; así mismo, la terapia breve centrada en soluciones ha demostrado ser eficaz al lograr cambios clínicos significativos en trastornos de ansiedad en menor número de sesiones; además de ello, plantear un modelo integrativo entre las dos psicoterapias mencionadas, permite combinar los puntos fuertes de ambas, logrando así, éxitos terapéuticos con los pacientes al cambiar conductas y pensamientos desadaptativos usando el tiempo de forma estratégica (Barreira et al., 2021; Jiménez, 2022).

En el presente estudio, se encontró relevante el proceso de intervención, puesto que, el trastorno de ansiedad generalizada es el cuarto diagnóstico más frecuente en los centros de atención primaria, que es incapacitante para la población, y su pronóstico favorable depende en gran medida de la existencia de un adecuado tratamiento psicológico, de esta manera, se observa la necesidad de que existan cada vez más estudios que demuestren la validez o no de distintas terapias en pacientes con trastornos de ansiedad (NIHM, 2022).

Mediante este trabajo, se alcanzó una constancia en la esfera institucional para la comunidad sobre el trabajo práctico realizado en el área de salud mental, específicamente en psicología clínica, pues se implementaron conocimientos teóricos en la práctica psicológica durante los procesos de evaluación y diagnóstico, así como también en la aplicación de herramientas psicoterapéuticas. Del mismo modo, el presente, es útil para futuros procedimientos realizados en este ámbito, dado que establece un protocolo que puede ser replicado en casos semejantes, sirviendo como modelo a seguir. Por otra parte, resalta la importancia del psicólogo clínico en el manejo oportuno y eficaz de estas problemáticas presentes en la ciudad de Loja.

En la presente sistematización se encontrarán tres capítulos distribuidos de la siguiente manera: en el primero se concentra el marco teórico en donde se exponen los datos informativos del caso, proceso de evaluación y diagnóstico clínico; el segundo capítulo hace referencia a la metodología, en la cual se detalla el tratamiento elegido y el plan psicoterapéutico aplicado; por último, el capítulo tres se compone por el análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso.

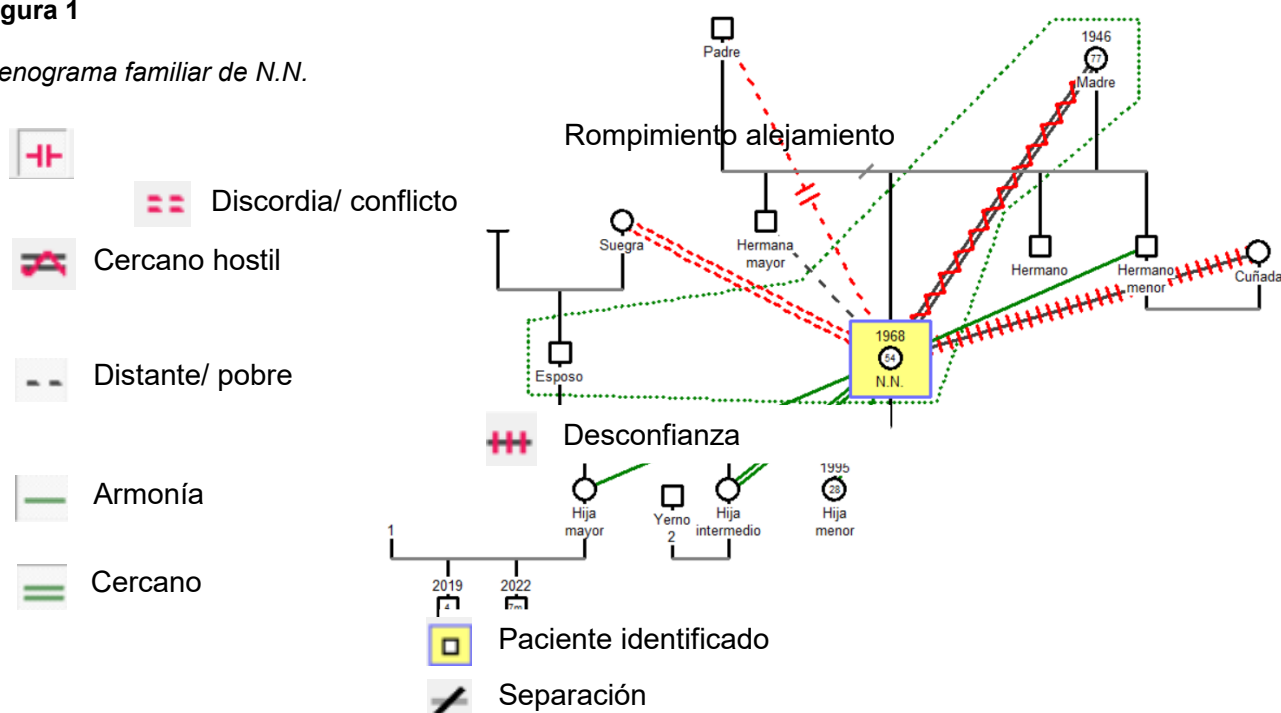
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

N.N. es una paciente católica de sexo femenino de 53 años, nacida y residente en la ciudad de Loja. Presenta una educación de tercer nivel y actualmente labora como funcionaria pública del área de salud, siendo auxiliar de enfermería. Se encuentra casada, con quien tiene tres hijas mayores de edad que residen fuera del hogar, convive con su esposo y esporádicamente con su madre. Dentro del ámbito médico tiene un diagnóstico de hipotiroidismo, para el cuál recibe tratamiento farmacológico.

Figura 1

Genograma familiar de N.N.



Nota. En la figura se muestra la estructura y núcleo familiar.

Con respecto a sus relaciones, se observan vínculos sólidos y cercanos en el seno de la unidad nuclear, sin embargo, con los miembros extendidos la interacción es menos armoniosa. Al hablar de sus progenitores, N.N. destaca que la ausencia paterna ha

obstaculizado la formación de lazos afectivos, llevando a una falta de contacto mutuo; por el contrario, la dinámica con su madre se caracteriza por ser ambivalente, donde, a pesar de mantener comunicación frecuente, existen sentimientos de rechazo debido al resentimiento generado por la carga de responsabilidades impuestas durante la infancia, así como por la percepción de negligencia. En cuanto a sus hermanos menores, se observa un ambiente armonioso con ambos, mientras que, con su hermana mayor presenta actitud distante y una nula comunicación; siendo importante señalar que este clima familiar ha perdurado desde la infancia. Por otra parte, mantiene conflictos con su suegra, de manera que evita visitarla en la mayoría de las ocasiones; y por último, se observa un debilitamiento del nexo con la cuñada debido a los comentarios de desprecio que ella ha dirigido hacia N.N.

1.1.2 Motivo de consulta

N.N. es atendida en una unidad de atención psicológica, debido a que refiere gran malestar emocional, relatando lo siguiente: “desbordé, no pude cargar más, son pequeñas cosas emocionales, pero son tantas que siento que no puedo más”. La paciente señala que presenta preocupaciones recurrentes, cuyos contenidos habituales son pensamientos que giran en torno a la sensación de desasosiego por la salud tanto de su madre como de su hija, gran angustia por problemas que presenta su hija mayor a nivel personal; y por último, lo que considera como detonante son las conversaciones ofensivas hacia ella por parte de su cuñada, que generaron en N.N. sentimientos de desprecio y rechazo.

Como consecuencia, se ha ocasionado una ruptura de la homeostasis en el área emocional, existiendo un fallo en los mecanismos de afrontamiento habituales que tiene la persona para regularse, presentando baja autoestima, nerviosismo y tristeza profunda; a su vez aparecen algunos síntomas en el área física, como palpitaciones, dolor de pecho, dificultad para respirar, malestar epigástrico, entumecimiento de sus extremidades y calambres; sintomatología que ha estado presente de manera persistente casi todos los días desde hace 3 meses aproximadamente, frente a la cual, N.N. comenta que, ha intentado afrontarla siendo “fuerte”, por lo que, evita personas y situaciones ansiógenas, señalando “tengo miedo de aislarme porque sé que no es bueno”, razón por la que, ha decidido asistir a consulta psicológica.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Cuando N.N. cumplió 8 años, asumió la responsabilidad de sus hermanos menores, dado que, su madre trabajaba y su padre nunca se ocupó de ellos. A partir de entonces, refiere que ha desempeñado un papel protector hacia sus hermanos y madre, mostrándose siempre dispuesta a cuidarlos e incluso intentando resolver algunas de sus dificultades en determinadas situaciones.

Al cumplir 12 años, experimentó acoso por parte de sus vecinos, de los que recibía insultos y burlas, asociado a la ausencia de la figura paterna; asimismo, a los 15 años, sufrió un intento de agresión; provocando en N.N. sensaciones de miedo, desconfianza, timidez y dificultad para relacionarse. A los 19 años, conoció a su actual esposo, con quien mantuvo una relación sentimental; aunque comenta que al principio le era difícil confiar en él, intentaba no “sobre pensar” (pensamientos rumiantes) los acontecimientos porque él no le daba motivos para desconfiar; pocos meses después de conocerlo, N.N. quedó embarazada; a pesar de su deseo de contraer matrimonio en ese momento, dicha situación no se materializó, pues su compañero sentimental se encontraba estudiando y su suegra lo incentivaba a esperar hasta que culminara su formación académica, esta circunstancia desencadenó en ella sentimientos de tristeza, interpretando que esto reflejaba falta de amor por parte de su marido. Además, indica que fueron a vivir en la casa de sus suegros, porque su situación económica no les permitía residir en otro lugar, ocasionando varios conflictos en la relación con su pareja, puesto que, a pesar de comentarle a su esposo que percibía desprecio por parte de su suegra y cuñada, él no le daba importancia ni hacía algo al respecto; por ello, N.N. refiere que, con el fin de evitar discusiones, optó por no volver a mencionar sus sentimientos y asumió un rol subordinado frente a su marido; afectando su convicción, pues consideraba que su opinión carecía de importancia y que expresar sus emociones resultaba en vano. En algunas ocasiones, pensó en separarse, pero nunca lo hizo porque le preocupaba que sus hijos “pasaran por lo mismo” que ella.

Después de su último parto, a los 25 años, la paciente atravesó por una etapa de gran disconformidad, pues cuidaba de sus tres hijas y, a su vez, se hacía cargo de los hijos de su cuñada; aun cuando, esta situación le desagradaba; los pensamientos de que su

opinión no importaba eran reiterativos, por lo que nunca estableció límites, prolongando su malestar.

A los 28 años, N.N. contrajo matrimonio con su pareja; dos años después, se mudó a un departamento, en donde, residía con su pareja y sus hijas; lo que alivió en gran manera su malestar, centrándose tiempo completo a la crianza de sus hijas, mientras su pareja se encargaba del ámbito financiero. A los 32 años, junto con su esposo, llegaron a la conclusión de que necesitaban una fuente adicional de ingresos para el hogar, por esta razón, consiguió la vacante en un centro de salud como auxiliar de enfermería; sin embargo, optó por laborar medio día para evitar que sus hijas estuvieran solas en casa durante largos períodos de tiempo, pues le preocupaba en gran manera que algo malo les pudiera suceder.

Durante varios años, la paciente trabajó mediante esta modalidad; no obstante, a los 43 años, cambió a una jornada de tiempo completo, dado que, sus hijas crecieron y forjaron distintos caminos, la primera de ellas se mudó a vivir a Quito, en donde, tiene a sus dos hijos con su pareja, la segunda se casó, decidiendo residir en Quito igualmente; y, por último, la tercera decidió viajar al extranjero para estudiar su profesión. Con respecto a la relación con sus hijas, refiere vínculos estables y cercanos; aun así, es necesario recalcar que ellas la describen como una mujer “demasiado preocupada”, debido a que, constantemente cuestionaba las relaciones sentimentales, los procesos académicos y pasatiempos que mantenían, especialmente, durante la adolescencia de estas.

Cuando N.N. tenía 47 años, su hija menor fue diagnosticada con diabetes tipo 1, noticia que tuvo un fuerte impacto, pues vivían en países diferentes; en ese momento, la paciente deseaba que se mudara y estudiara dentro del país para cuidar de ella; sin embargo, esto no sucedió, pues esta decidió continuar sus estudios en el extranjero. La usuaria explica que, aunque le preocupaba frecuentemente esta circunstancia, sentía que no podía hacer nada al respecto, más que mantenerse en contacto.

En la actualidad a sus 53 años, menciona varias situaciones que le provocan malestar, descritas a continuación:

En primer lugar, los problemas de salud de su madre y su hija menor, generan angustia e inquietud; pues por un lado, su progenitora fue sometida a dos cirugías de

vesícula, durante las cuales N.N. estuvo cuidándola; aunque esta se negó vivir con ella después de dichos procedimientos, la usuaria permanecía pendiente de su estado de salud, manteniendo contacto frecuente con ella, respecto a esto señala “siempre que la llamo me dice estoy mal, estoy enferma, y es la misma respuesta todos los días, eso me preocupa más”; en cuanto a su hija menor, N.N. teme que, debido a su diagnóstico, pueda enfrentar alguna complicación y no pueda estar presente para ella.

A inicios del 2022, su hermano menor presentó problemas financieros, por lo que, N.N. decidió sacar una garantía en el banco y contratar a su cuñada, quien se encontraba desempleada, para que le ayude con actividades del hogar, de esta manera poder contribuir económicamente. Sin embargo, esta realizó comentarios despectivos hacia N.N. y sobre el trabajo que le había proporcionado, al escuchar esto, decidió despedirla; lo sucedido generó sentimientos de frustración, tristeza y deseos de evitación, señala “me arrepiento de haberlos ayudado”, “solo quiero cortar los lazos de relación”.

Al mismo tiempo, presenta pensamientos intrusivos con contenidos catastróficos sobre lo que les pueda suceder a sus nietos de 4 años y 6 meses, dado que su hija mayor trabaja y los mantiene a cargo de una cuidadora externa. El contenido de estos pensamientos desencadena dolor en el pecho, tristeza e impotencia en la paciente. Refiere “me gustaría poder hacer algo por ellos, pero no avanzo, no llego, quisiera ser más presente con mis nietos, pero no puedo”.

Las situaciones expuestas han generado una exacerbación de la sintomatología, manifestándose de manera persistente e intensa durante los últimos *tres meses*, casi a diario; incluyendo por primera vez en su vida respuestas a nivel fisiológico como palpitaciones, dolor de cabeza, malestar abdominal y en el pecho, dificultad para respirar, entumecimiento de sus extremidades, sofocos de calor, mareo, calambres frecuentes, taquicardia e incluso episodios de hipotensión; y a nivel cognitivo, expresado a través de nerviosismo recurrente, inquietud, así como también aprehensión sobre los acontecimientos; debido a esto, decidió realizarse exámenes médicos para conocer si presentaba alguna enfermedad física subyacente, pero no se obtuvieron resultados que indicaran alguna patología biológica.

Con la finalidad de afrontar esta sintomatología, la paciente refiere que ha intentado aislarse de las situaciones que puedan generarle pensamientos desagradables o angustiantes; de igual modo, en los momentos en los que presenta mayor agitación, busca ponerse en movimiento o realizar alguna actividad para intentar reprimir sus pensamientos.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación se llevó a cabo en tres sesiones bajo modalidad presencial, la primera se destinó a la entrevista clínica y las dos siguientes a la aplicación de instrumentos. Estas tuvieron un tiempo aproximado de 60 minutos, en las cuales se utilizaron algunas herramientas psicológicas como: entrevista, observación clínica, Inventario de 90 síntomas de Derogatis, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Personalidad SEAPSI.

1.2.1 Entrevista con la paciente

La entrevista psicológica es la técnica más usada en el ámbito clínico, que precede cualquier tipo de intervención, este transcurso de interacción entre paciente-terapeuta incluye: el proceso de emisión, recepción, validación de mensajes e hipótesis, permite conocer el problema, los factores de riesgo y factores mantenedores del mismo (García, 2019; Fernández- Ballesteros, 2013).

- **Primera entrevista:** La primera entrevista con la paciente se realizó en el centro de atención y tuvo una duración de 60 minutos, tiempo que estuvo destinado a brindar información sobre la modalidad de trabajo, registrar datos biográficos, indagar por el motivo de consulta, historia del problema, soluciones intentadas e identificar sintomatología de la paciente como preocupación recurrente y nerviosismo en el área cognitiva, al mismo tiempo se encontraron manifestaciones fisiológicas de dolor de pecho, dificultad para respirar, sensaciones de mareo, calambres musculares, así como también malestar emocional expresado en ansiedad y tristeza.

1.2.2 Observación clínica

La observación clínica es un método que sirve para obtener información sobre puntos clave, que permiten establecer un diagnóstico y elegir un tratamiento adecuado para el

paciente; esto requiere una atención constante y gran habilidad por parte del terapeuta para discriminar los aspectos relevantes durante la consulta (López et al., 2019).

Con base en la ficha de observación de Fernández-Ballesteros (2013), se pudo determinar que la paciente se encontraba lúcida, orientada temporo-espacialmente, con sus funciones de memoria y sensopercepción sin alteración; sin embargo, se observó hiperprosexia en el análisis cuantitativo de su atención, en cuanto a su pensamiento, se identificaron distorsiones cognitivas en el discurso; asimismo, en el área de afectividad se distinguió estados de ansiedad y sentimientos de tristeza, por otro lado en el ámbito psicomotriz se percibe agitación en las extremidades superiores. Con referencia a su aspecto físico, presentaba facie asténica, vestimenta limpia, acorde a su edad, cabello recogido y sin maquillaje.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Durante el proceso de evaluación de N.N., se emplearon cuatro instrumentos psicométricos que se describirán en este apartado.

➤ Inventario de depresión de Beck

Aaron Beck diseñó este reactivo en el año 1961, con el objetivo de verificar la presencia e intensidad de síntomas depresivos en individuos mayores a 13 años, el cual se aplica mediante 21 ítems con 4 alternativas que van del 0 al 3, en donde la persona deberá marcar la opción que más se aproxime a su realidad durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de aplicación; obteniendo el resultado mediante la sumatoria total de los ítems (Barreda, 2019). Posee una confiabilidad de 0.91 según el alfa de Cronbach y una validez de correlación en todos los ítems con puntajes entre 0.31 y 0.67, todos significativos (Maldonado et al., 2021).

Resultado obtenido

El puntaje obtenido en la primera aplicación es de 28/63, posicionándose en una depresión moderada. Esto quiere decir que la evaluada presenta una perturbación moderada del estado de ánimo, además presenta pensamientos de autocrítica, desvalorización y mayor agitación (Barreda, 2019; Sanz et al., 2020).

➤ Inventario de ansiedad de Beck

En cuanto al diseño y estructura de este inventario, es importante destacar que consta de 21 ítems cuidadosamente seleccionados por Aaron Beck, en donde el usuario escogerá en una escala de Likert del 0 al 3 la severidad del síntoma durante la última semana incluyendo el día de evaluación; su objetivo es verificar la presencia de síntomas ansiosos e intensidad de estos, obteniendo el resultado mediante la sumatoria total de los ítems (Díaz-Barriga y González-Celis, 2019). Se señala una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.94, y una validez estructural mediante el modelo de uno, dos y cuatro factores demostrando unidimensionalidad del instrumento (Blázquez et al., 2020; Vizioli y Pagano, 2022).

Resultado obtenido

La sumatoria obtenida en este inventario fue de 36/63, puntaje que según los baremos considerados por Sanz (2020), la ubica en una ansiedad grave, lo que se refleja en elevada preocupación y alta activación fisiológica.

➤ Cuestionario de Personalidad Seapsi

Este cuestionario fue creado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (Seapsi), el cual permite determinar rasgos de personalidad de forma individual, el cual, consta de afirmaciones que identifican 10 tipos de personalidad, que el evaluado deberá marcar según corresponda; mediante la sumatoria de los ítems de cada personalidad, se determina la predominancia de rasgos, que pueden ser de tipo afectivo (histriónica o ciclotímica), cognitivo (paranoide o anancásticos), comportamental (impulsivo o disocial) o con déficit relacional (esquizoide, dependiente, evitativa, esquizotípica) (Maita y Espinoza, 2020). Presenta una confiabilidad alta por medio del alfa de Cronbach de 0.90 y una alta consistencia de contenido y constructo, demostrada mediante un análisis factorial (Maita y Espinoza, 2020).

Resultado obtenido

Se encuentra una predominancia de rasgos con déficit relacional, sugiriendo dificultades para relacionarse a pesar de su deseo por hacerlo y, a su vez, relaciones que suelen caer en dependencia emocional. Además, presenta puntajes altos en rasgos de personalidad ciclotímica reflejando cambios emocionales intensos y variantes. Por último,

sus rasgos anancásticos hacen referencia a una persona ordenada, organizada y buena líder (Maita y Espinoza, 2020).

➤ **Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R)**

En relación a este instrumento, se puede mencionar que fue creado por Leonard Derogatis, cuyo objetivo es evaluar el grado de malestar psicológico que presenta un individuo, posee tres índices generales, el índice de Severidad Global [IGS] que demuestra la gravedad de síntomas, el índice de Malestar Positivo [IMSP] detecta la intensidad percibida de los síntomas y el índice del Total de Síntomas Positivos [TSP] que presenta el número total de la sintomatología presente independientemente de su severidad (Molina et al., 2020). Este test posee nueve dimensiones que son: somatizaciones, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Se señala una fiabilidad de las nueve dimensiones superior a 0.70 y una consistencia interna de 0.8 (Londoño et al., 2018).

Resultado obtenido

En base a los parámetros analizados por Cavalcanti et al. (2019), la paciente obtuvo un índice de severidad global en puntaje T de 70, lo que indica un riesgo a padecer una psicopatología, por otro lado, el total de síntomas positivos fue de 58 y el índice de malestar sintomático positivo de 2.56, lo que refleja que no existe exageración ni una tendencia a mostrarse libre de malestar psicológico. Los parámetros en los que N.N. alcanzó un puntaje T elevado fueron somatizaciones (70), sensibilidad interpersonal (65), ansiedad (65), ansiedad fóbica (70), e ideación paranoide (63).

1.3 Proceso diagnóstico

Acorde con lo mencionado por Fernández-Ballesteros (2003), un proceso diagnóstico requiere un amplio conocimiento por parte del profesional en psicopatologías, de modo que, este pueda brindar un juicio diagnóstico fiable y válido. Por esta razón, se plantearon tres diagnósticos presuntivos basados en la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (OMS, 1992), los cuales se describen a continuación.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

➤ F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Si bien es cierto la paciente presenta algunos síntomas requeridos en el trastorno de pánico como palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, dolor en el pecho y sensaciones de hormigueo.

Sin embargo, se descarta este diagnóstico, dado que, los ataques de pánico se caracterizan por ser episodios diferenciados de ansiedad grave y que aparecen abruptamente, por lo que N.N. no cumple con este criterio, puesto que, su sintomatología no aparece de manera abrupta ni presenta episodios que lleguen a una máxima intensidad de síntomas en pocos minutos.

➤ F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Se ha considerado este diagnóstico presuntivo, a causa de la sintomatología ansiosa y depresiva presente en el caso, sin embargo, el CIE-10 indica que para usar esta categoría, se requiere que ninguno de los síntomas predomine claramente y que no se encuentren al extremo, de manera que necesiten un diagnóstico por separado; es por ello que se descarta este diagnóstico, debido a que, mediante los instrumentos psicológicos aplicados, se corrobora que en N.N. los síntomas ansiosos son preponderantes, requiriendo un diagnóstico separado para estos.

Por otro lado, no se atribuye un diagnóstico para los síntomas depresivos pues no se cumplen con los criterios para ninguna categoría de dicho grupo de trastornos y tampoco son síntomas predominantes.

➤ F34.1 Distimia

Dentro del caso son notables los sentimientos de tristeza y de inferioridad que generan baja autoestima en N.N., síntomas que se refuerzan en diversos eventos su vida, sin embargo para esta categoría diagnóstica se requiere de un período de al menos dos años de humor depresivo constante, cuyos períodos intermedios de estado de ánimo normal no duren más que pocas semanas, esto no se cumple, debido a que, la paciente relata que su humor estable podía durar varios años hasta que ocurriera algún acontecimiento; además de ello el F34.1 requiere de al menos tres síntomas enlistados en el CIE-10, de los

cuales N.N. solo presenta dos, los cuales son: pérdida de la confianza en sí misma y aislamiento social. A pesar de no cumplir con este diagnóstico, dentro del tratamiento se abordará los sentimientos de tristeza y baja autoestima como síntomas depresivos.

➤ **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**

Se ha tomado en cuenta esta categoría diagnóstica, puesto que la paciente cumple con manifestaciones requeridas como síntomas autonómicos (palpitaciones), otros relacionados con el pecho y abdomen (respiración con dificultad, dolor en el pecho, malestar abdominal), algunos vinculados al estado mental (sensación de mareo) y varios generales (sofocos de calor, hormigueo, inquietud e incapacidad para relajarse, calambres musculares).

No obstante, no se cumple con el tiempo establecido por el CIE-10 de 6 meses, pues, aunque en N.N. se aprecia preocupación y aprehensión sobre los acontecimientos a lo largo de su vida, estas no se presentaban de manera prominente; dado que es solo hace *tres meses* atrás, cuando esta sintomatología se agudiza, apareciendo por primera vez los síntomas autonómicos, relacionados con el pecho, abdomen y al estado mental requeridos para el F41.1.

1.3.2 Diagnóstico final

➤ **F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados: ansiedad generalizada que no está presente por un mínimo de 6 meses.**

Se utiliza esta categoría como diagnóstico final, dado que, la paciente cumple con sintomatología característica del trastorno de ansiedad generalizada, pues presenta tensión prominente, preocupación, aprehensión sobre los acontecimientos, palpitaciones, dificultad para respirar, dolor en el pecho, malestar abdominal, sensación de mareo, sofocos de calor, hormigueo, calambres musculares, inquietud e incapacidad para relajarse; la cual causa malestar clínicamente significativo, pero no se cumple con el tiempo mínimo especificado por el manual de 6 meses. Por esta razón, se utiliza el código F41.8 que permite explicar el motivo puntual por el cual no se cumple con el trastorno específico, que en este caso es el tiempo de duración de la sintomatología de 3 meses.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Para el abordaje de este caso clínico se ha usado un modelo integrativo, el cual hace referencia a la coexistencia de dos o más terapias que pretenden obtener mejores resultados mediante la combinación teórica y práctica de las mismas (Carrión y Itzel, 2021). Se optó por el uso de dos psicoterapias, la cognitivo conductual y la breve centrada en soluciones, debido a que, su integración es eficaz en el tratamiento de trastornos mentales en un número reducido de sesiones (Gómez et al., 2021; Rodríguez y González, 2020). En primer lugar, la terapia cognitivo conductual posee un respaldo científico consistente sobre su efectividad, la cual busca provocar un cambio de conductas, cogniciones y emociones desadaptativas (Fonseca et al., 2021; Rosa-Alcázar et al., 2022); de igual modo, la terapia breve centrada en soluciones busca extinguir la sintomatología y resolver los problemas del paciente eficientemente (Nardone, 2020; Nogueira, 2020).

Con base en el modelo elegido, se planteó un tratamiento psicoterapéutico para este caso clínico, con un total de 8 sesiones; sin embargo, es necesario aclarar que la número 7 y 8 *fueron planificadas, pero no ejecutadas*, debido a que, el centro de atención establece un límite de 6 encuentros terapéuticos, cada uno con una duración aproximada de 60 minutos trabajados de forma presencial.

2.1.1 Objetivos terapéuticos

- Disminuir sintomatología ansiosa mediante la modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica.
- Mejorar el autoconcepto de la paciente empleando estrategias enfocadas en autoestima que promuevan una imagen positiva de sí misma.
- Aumentar la capacidad resolutive de la paciente por medio de técnicas que favorezcan la toma de decisiones en situaciones estresantes.
- Reducir el malestar emocional empleando recursos que faciliten la comprensión y expresión de emociones.

- Aumentar el uso de estrategias psicológicas al enfrentarse a circunstancias ansiógenas para prevenir recaídas.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 1

Plan psicoterapéutico.

| N | OBJETIVO TERAPÉUTICO | OBJETIVO DE SESIÓN | TÉCNICA | OBSERVACIÓN |
|----------|---|---|---|--|
| 1 | ➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar información a través de la psicoeducación sobre el diagnóstico que presenta la paciente. ➤ Brindar relajación muscular como respuesta incompatible a la ansiedad. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicoeducación. ➤ Relajación muscular progresiva. ➤ Escala de avance. | <p>Tarea</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lista de virtudes. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica. ➤ Mejorar el autoconcepto de la paciente empleando estrategias enfocadas en autoestima que promuevan una imagen positiva de sí misma. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar y modificar pensamientos desadaptativos que generan síntomas ansiosos y depresivos. ➤ Mejorar el autoconcepto y autoestima que permita establecer límites. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructuración cognitiva. ➤ Modelo ABC. | <p>Tarea</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Post-its. ➤ Reestructuración cognitiva. |

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <p>3 ➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante la modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica.</p> <p>➤ Mejorar el autoconcepto de la paciente empleando estrategias enfocadas en autoestima que promuevan una imagen positiva de sí misma.</p> <p>➤ Aumentar la capacidad resolutive de la paciente por medio de técnicas que favorezcan la toma de decisiones en situaciones estresantes.</p> | <p>➤ Reducir la sintomatología ansiosa.</p> <p>➤ Fomentar habilidades para resolver problemas.</p> <p>➤ Detener pensamientos rumiantes y modificarlos.</p> | <p>➤ Respiración diafragmática.</p> <p>➤ Reestructuración cognitiva.</p> <p>➤ Entrenamiento en soluciones.</p> <p>➤ Detención de pensamiento.</p> | <p>Tarea</p> <p>➤ Entrenamiento en soluciones.</p> <p>➤ Detención de pensamiento.</p> <p>➤ Reestructuración cognitiva.</p> |
| <p>4 ➤ Reducir el malestar emocional empleando recursos que faciliten la comprensión y expresión de emociones.</p> <p>➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante la modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica.</p> <p>➤ Aumentar la capacidad resolutive de la paciente por medio de técnicas que favorezcan la toma de decisiones en situaciones estresantes.</p> | <p>➤ Brindar información sobre emociones y su funcionamiento.</p> <p>➤ Fomentar habilidades para resolver problemas.</p> <p>➤ Detener y modificar pensamientos desadaptativos.</p> | <p>➤ Psicoeducación en emociones.</p> <p>➤ Entrenamiento en soluciones.</p> <p>➤ Detención de pensamiento.</p> | <p>Tarea</p> <p>➤ Detención de pensamiento.</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>5 ➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante la modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica.</p> <p>➤ Reducir el malestar emocional empleando recursos que faciliten la comprensión y expresión de emociones.</p> | <p>➤ Disminuir la intensidad de emociones desagradables generadas por recuerdos del pasado.</p> <p>➤ Retest.</p> | <p>➤ Respiración diafragmática.</p> <p>➤ Imaginación guiada.</p> <p>➤ Carta de perdón.</p> <p>➤ Escala de avance.</p> | <p>Tarea</p> <p>➤ Respiración diafragmática.</p> |
| <p>6 ➤ Aumentar el uso de estrategias psicológicas al enfrentarse a circunstancias ansiógenas para prevenir recaídas.</p> | <p>➤ Reconocer fortalezas y puntos a mejorar.</p> <p>➤ Fortalecer el establecimiento de límites.</p> <p>➤ Fortalecer la orden encubierta en la detención de pensamiento.</p> <p>➤ Retest.</p> | <p>➤ Análisis FODA.</p> <p>➤ Técnica del sándwich.</p> <p>➤ Detención de pensamiento.</p> | |
| <p>7 ➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante la modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica.</p> | <p>➤ Reducir sintomatología ansiosa mediante la asociación de estímulos ansiosos con respuestas agradables.</p> | <p>➤ Respiración diafragmática.</p> <p>➤ Imaginación racional emotiva.</p> | <p>➤ Sesión planificada/ no ejecutada.</p> |
| <p>8 ➤ Disminuir sintomatología ansiosa mediante la modificación de pensamientos automáticos y reducción de la activación fisiológica.</p> | <p>➤ Reducir sintomatología ansiosa mediante la asociación de estímulos ansiosos con respuestas agradables.</p> | <p>➤ Respiración diafragmática.</p> <p>➤ Imaginación racional emotiva.</p> | <p>➤ Sesión planificada/ no ejecutada.</p> |

Nota. En esta tabla se observan las sesiones de intervención realizadas en el tratamiento de N.N.

2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

➤ Sesión 1:

Se desarrolló con la finalidad de brindar información sobre temáticas relacionadas con la ansiedad y depresión, así como también, para disminuir la tensión fisiológica de la paciente, para ello, se aplicó la técnica de **psicoeducación**, dado que, para Godoy et al. (2020); la psicoeducación se utiliza como un acercamiento terapéutico, en donde se le proporciona al individuo la información necesaria sobre la enfermedad, fundamentada en conocimiento científico. Además, Arteaga (2021), menciona que esta herramienta es ampliamente usada para el tratamiento de distintos trastornos mentales, debido a su objetivo de brindar información que oriente al paciente y le ayude a entender de forma más clara su padecimiento. Por otro lado, se utilizó la adaptación realizada por Bernstein de la **relajación muscular progresiva**, la cual, permite reducir la activación fisiológica mediante la tensión y distensión de 16 grupos musculares; esta versión es más corta que la relajación de Jacobson, denotando resultados positivos en la disminución del estrés y ansiedad (Olvera y Rodríguez, 2020). Por último, las preguntas de escala o **escalas de avance**, facilitan la valoración y medición psicológica del individuo, en donde este puntúa del 1 al 10 siendo 10 el mayor punto de malestar y 1 una mejoría total; es necesario aclarar que esta técnica se utilizó en la mayoría de las sesiones con el fin de delimitar un punto de partida en cada encuentro y el grado de éxito percibido de la intervención (Garibay, 2023; Rodríguez y González, 2020).

- **Descripción de la sesión**

Para iniciar la sesión, se realizó una breve *psicoeducación* sobre ansiedad y depresión, en donde se explicaron aspectos como definición, causas y principales manifestaciones de dichas patologías. Una vez hecho esto, se desarrolló la *relajación muscular progresiva*, para lo cual se invitó a la paciente a ubicarse en una posición cómoda, con la espalda recta, los pies sobre el suelo y las palmas de sus manos sobre sus muslos, seguidamente se realizó la tensión en la inhalación y la distensión durante la exhalación de cada grupo muscular desde la parte inferior hasta la superior; además se potenció el estado cognitivo de relajación mediante la expresión mental de la frase “estás a salvo”.

- **Logro de la sesión/tarea**

Mediante el feedback de la sesión se logró mayor comprensión de la patología por parte de la paciente, así como también, un estado de relajación física y mental, lo que se comprobó a través de una *escala de avance* del 1 al 10. Para finalizar, se envió como tarea realizar una lista de cualidades y defectos, con la finalidad de identificar el discurso negativo usado para describirse, trabajando en su cambio durante el próximo encuentro terapéutico.

➤ **Sesión 2:**

Durante esta sesión se utilizó la **técnica reestructuración cognitiva**, puesto que, mediante su aplicación se consigue modificar pensamientos automáticos por unos más adaptativos, además al enfocar su uso en la mejora del autoconcepto de los individuos, se trabaja en el cambio de pensamientos peyorativos por unos que sean objetivos y adecuados (McKay y Fanning, 2019; Pinillos, 2021). Por otro lado, se trabajó con el **modelo ABC**, el cual permite que el individuo identifique las situaciones activadoras, los razonamientos automáticos, las emociones y conductas desadaptativas generadas, para modificarlos mediante pensamientos racionales (Caro, 2011; Rosas et al., 2023). Finalmente, se envió la tarea de **Post it para uno mismo**, la cual, es una técnica de terapia breve que permite motivar al paciente reforzando sus cualidades y fortalezas, siendo de gran ayuda al trabajar con usuarios que poseen discursos negativos sobre ellos mismos (Beyebach y Herrero, 2016; Pérez et al., 2022).

• **Descripción de la sesión**

La sesión inició con la revisión de la tarea enviada previamente, mediante la cual, se trabajó la *reestructuración cognitiva* modificando el lenguaje peyorativo usado en la lista de defectos realizada, frente a esto, se generaron nuevos pensamientos sobre sí misma y posteriormente se reescribieron las virtudes como afirmaciones positivas, lo que serviría para realizar la tarea de esa semana. A continuación, se explicó la actividad basada en el *modelo ABC* denominada “conectando con las emociones”, la cual consistió en la identificación de escenarios que generaban malestar, para seguidamente, distinguir los pensamientos irracionales y emociones que surgían frente a cada situación, por último, se formularon razonamientos más adaptativos frente a los irracionales.

Logro de la sesión/tarea

Se logró que N.N. reconozca los pensamientos desadaptativos que desencadenan el malestar ansioso y depresivo, así como también, modificar aquellos que afectan en su autoestima. Con respecto a las tareas, se envió a escribir las afirmaciones positivas en *post-its* y ubicarlos en un lugar que ella pudiera observar frecuentemente; así mismo, se solicitó que memorizara los nuevos pensamientos generados en sesión, repitiéndolos cada vez que aparecieran los automáticos; con la finalidad de que, cuestione sus razonamientos irracionales de manera autónoma y se instauren aquellos más adaptativos, es necesario mencionar que durante todo el tratamiento cuando se identificaba un pensamiento desadaptativo, N.N. debía generar uno más racional y objetivo, repitiéndolo hasta su memorización.

➤ **Sesión 3:**

Este encuentro terapéutico tuvo una duración mayor al resto, pues se emplearon varias herramientas necesarias para el tratamiento de N.N. En primer lugar, se usó la **técnica de respiración diafragmática**, la misma que será utilizada posteriormente en la sesión número 5; cuyo objetivo es disminuir la activación fisiológica, brindar una sensación de relajación y, a su vez, optimizar el funcionamiento cerebral especialmente en las áreas de atención y concentración (Bados, 2015; Vázquez, 2010). Por otra parte, se realizó un **entrenamiento en solución de problemas**, con el fin de que la paciente lograra presentar varias alternativas, siguiendo los pasos establecidos por D'zurilla y Goldfried (1971), que son: orientación general, definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación (Aburezeq y Kasik, 2021; Ruiz et al., 2012). Por último, la **técnica de detención de pensamiento** fue utilizada para manejar procesos rumiantes, cuyo propósito es permitir el control de los pensamientos que generan ansiedad y así lograr realizar otras actividades (Olvera y Rodríguez, 2020).

• **Descripción de la sesión**

Se inició con la explicación de la técnica de *respiración diafragmática* para la cual, se le solicitó a N.N. mantener una posición relajada, sin cruzar las piernas ni los brazos, con una mano en el pecho y la otra sobre el abdomen, de manera que se controlara la expansión del abdomen en la inhalación y el recogimiento del mismo durante la exhalación;

al comienzo se iba guiando a la paciente con la indicación “inhale” “exhale”, hasta que se integró la respiración, realizándola unos minutos por su cuenta. Seguidamente se continuó con la *reestructuración cognitiva* en donde se empleó la misma modalidad trabajada en la sesión 2, en este encuentro se modificaron ideas automáticas diferentes a las anteriores sobre su autoimagen utilizando unas nuevas con un discurso más coherente y sano. Luego de esto, se realizó el *entrenamiento en solución de problemas*, puesto que, en la mayoría de las circunstancias, la ansiedad se manifestaba al no saber cómo resolver o enfrentar los acontecimientos de su vida diaria, para esto, se solicitó que imaginara una situación cotidiana frente a la cual se realizaron los pasos mencionados anteriormente. Por último, se empezó el *entrenamiento en detención de pensamiento* en donde la paciente iniciaba una secuencia de pensamientos rumiantes que eran interrumpidos por la terapeuta con la palabra stop acompañada de un aplauso, se realizó este procedimiento varias veces hasta que quedara integrado.

- **Logro de la sesión/tarea**

La paciente logró dominar fácilmente la respiración, lo que facilitó el desarrollo de la misma, además se consiguió integrar el stop de pensamiento, siendo ella misma quien repetía el estímulo distractor. Se envió como tarea el último paso de verificación en la *solución de problemas* con la finalidad de que se comprobara si la decisión elegida, era útil para resolver su problema; de igual manera, se le solicitó repasar los nuevos pensamientos generados en la *reestructuración cognitiva* y a su vez continuar con el *stop del pensamiento* hasta la próxima sesión, puesto que es necesario que se entrenen estas técnicas con la repetición.

➤ **Sesión 4**

Se desarrolló esta sesión para brindar información sobre emociones, al igual que continuar con el entrenamiento en solución de problemas y en la detención del pensamiento. Para ello, se usó la **psicoeducación emocional**, técnica que se considera como herramienta principal en el procesamiento de gestión emocional, consiste en proporcionar información relevante acerca de las emociones mediante diferentes formatos que faciliten la comprensión en el paciente; cuyo fin primordial es generar entendimiento

sobre las emociones, su funcionamiento y adquirir conciencia de su utilidad (García, 2020; Nomen, 2016).

- **Descripción de la sesión**

Para iniciar, se realizó la *psicoeducación emocional*, mediante material didáctico que permitió explicar las emociones básicas, su utilidad, gestión emocional y su importancia. Seguidamente, se continuó con el *entrenamiento en solución de problemas*, en donde la paciente expuso un conflicto y realizó los pasos de orientación general, definición del problema, generación de alternativas y toma de decisiones. Para finalizar, se reanudó el *entrenamiento en detención de pensamientos*, con el fin de desvanecer el estímulo externo (decir stop) hacia una orden encubierta (pensar stop).

- **Logro de la sesión/tarea**

Se logró que N.N. detuviera sus pensamientos con una orden encubierta y se mejoró la habilidad de generar alternativas objetivas para la resolución de problemas. Como tarea, se le solicitó continuar con la técnica del stop mediante ordenes encubiertas, así mismo, se sugirió que para la próxima sesión llevara consigo una foto de ella cuando era una niña y una foto actual, con la finalidad de facilitar la imaginación.

- **Sesión 5**

Para esta sesión se eligió la **técnica de imaginación guiada**, la cual, permite integrar los sentidos del sujeto para evocar situaciones agradables mediante la imaginación, que inducen a un estado de relajación (Corona et al., 2019; Lima et al., 2019). Posteriormente, se utilizó la **técnica de la carta del perdón**, dado que, al ser una herramienta de escritura terapéutica, predispone al individuo a abandonar el resentimiento y emociones desagradables causadas por eventos del pasado, además de disminuir las conductas de evitación y aumentar el bienestar emocional, permitiendo procesar y subsanar situaciones traumáticas o desagradables (De la Torre et al., 2016; Quintal et al., 2020).

- **Descripción de la sesión**

Para esta sesión, se inició con la *respiración diafragmática* y posteriormente se realizó la *imaginación guiada*, mediante la cual, se indujo a la paciente a un estado de relajación, indicándole optar una posición cómoda, con los ojos cerrados y guiándola con un

tono de voz suave hacia la imaginación de situaciones agradables. Se continuó con la *carta del perdón*, en donde, se le explicó a N.N. que para la redacción era necesario tener en cuenta las ofensas recibidas, así como también las emociones experimentadas y describirlas, además de que ella podría exponer todo lo vivido sin invalidar sus sentimientos, pero ya no desde un lugar de resentimiento sino desde el perdón; a su vez, se indicó que podía ser para cualquier persona que le hubiera causado daño, incluso si esta había fallecido, por lo que no era necesario enviarla ni leerla. Posteriormente, se redactó la carta y al finalizar la usuaria decidió quemarla. Por último, se realizó el retest del Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R).

- **Logro de la sesión**

Mediante la aplicación de una *escala de avance* del 1 al 10 se identificó que el malestar emocional percibido se redujo de 9 a 4 después de la aplicación de la carta del perdón. Durante esta sesión se envió como tarea a casa realizar la *respiración diafragmática* durante 15 minutos todos los días, con el objetivo de mantener la relajación del sistema nervioso y potenciar las sensaciones de bienestar.

- **Sesión 6**

Esta sesión fue desarrollada como cierre del tratamiento psicoterapéutico, cuyo objetivo fue identificar las fortalezas y los puntos a mejorar del individuo, por esta razón, se realizó un análisis **FODA**, técnica que nos permite distinguir fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas; este método analítico es usado en el ámbito clínico para conocer la situación real del usuario y plantear futuras líneas de actuación (Juliá-Sanchis et al., 2022). Por otro lado, se trabajó con la **técnica del sándwich**, pues esta herramienta permite establecer límites o pedir cambios de conducta a otro individuo de manera asertiva, facilitando que los individuos se relacionen con otros de forma efectiva y satisfactoria (Vives-Cases et al., 2022).

- **Descripción de la sesión**

La última sesión inició con el desarrollo del análisis *FODA*, para ello, se le brindó una hoja impresa, en donde se encontraban cuatro espacios en blanco; se empezó con la identificación de las debilidades y amenazas en los primeros dos recuadros para,

posteriormente, discutir las herramientas que poseía N.N. para lidiar con las debilidades percibidas, de esta manera, se completaba en los recuadros adyacentes las fortalezas y oportunidades con las que podría afrontar situaciones adversas; posteriormente se brindó la *técnica del sándwich* con el fin de que se usara esta herramienta cuando fuera necesario establecer límites de manera asertiva. Por último, se finalizó el entrenamiento de la técnica de *detención del pensamiento*, de modo que, se la utilizara en situaciones angustiantes con la orden encubierta. Al terminar el procedimiento de las técnicas, se aplicó el retest del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

- **Logro de la sesión/ Tarea**

Se logró que la N.N. reconociera sus fortalezas y que considerara las técnicas aprendidas en terapia como oportunidades para afrontar futuras situaciones de su vida.

- **Sesión 7**

Se planteó esta sesión con el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa mediante la asociación de estímulos ansiosos con respuestas agradables, utilizando para esto la **imaginación racional emotiva**, la cual, según Sánchez (2021), pretende que el paciente imagine una situación específica que genera emociones desagradables, permitiéndose experimentarlas en su totalidad, para posteriormente cambiarlas por unas menos intensas o placenteras, mediante la modificación de sus pensamientos.

- **Sesión 8**

Durante esta sesión se propuso continuar con la técnica de imaginación racional emotiva, lo que requiere entrenamiento en el cambio de las emociones mediante la modificación interna de los pensamientos, por esta razón Cheme-Villamar y Giniebra-Urra (2022) discuten que es necesario mínimo dos sesiones de entrenamiento. Para implementar esta técnica es importante identificar que el individuo tenga la capacidad de representar mentalmente distintos acontecimientos, lo que se puede verificar mediante preguntas descriptivas, que obliguen a la persona a especificar detalles de lo imaginado.

Capítulo tres

Resultados

En el presente caso se realizó la aplicación de instrumentos psicométricos en dos momentos, el primero, para evaluar el malestar psicológico de la paciente y el segundo, con la finalidad de establecer si el indicador patológico de N.N. mejoró o se mantuvo post tratamiento; a continuación, se presentan los resultados obtenidos.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Mediante este apartado se exponen los puntajes conseguidos en los instrumentos psicométricos antes y después de la intervención psicológica.

Tabla 2

Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) test y retest.

| Instrumento | Pre intervención | Post intervención |
|---|-------------------------------|----------------------------|
| Inventario de Depresión de Beck. | 28 puntos depresión moderada. | 9 puntos depresión mínima. |

Nota. Se presentan los resultados obtenidos en el BDI-II pre y post tratamiento.

Dentro de la **tabla 2**, se observa que en la evaluación inicial la paciente obtuvo 28 puntos reflejando una depresión moderada, posteriormente en el retest el puntaje disminuyó en 19 puntos, evidenciando una reducción de la sintomatología depresiva del paciente post tratamiento.

Tabla 3

Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) test y retest.

| Instrumento | Pre intervención | Post intervención |
|--|----------------------------|------------------------------|
| Inventario de Ansiedad de Beck. | 36 puntos ansiedad severa. | 10 puntos ansiedad muy baja. |

Nota. Se presentan los resultados obtenidos en el BAI pre y post tratamiento.

La **tabla 3** muestra un puntaje inicial de 36/63 que se interpreta como una ansiedad severa, luego de la intervención psicológica N.N. reflejó una notable disminución de los síntomas ansiosos, especialmente en la dimensión fisiológica.

Tabla 4

Resultados del Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R).

| Instrumento | Pre intervención | Post intervención |
|-------------|------------------|-------------------|
|-------------|------------------|-------------------|

| | | |
|---|---|--|
| Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R). | Índice de severidad global: puntaje T de 70 Índice de malestar psicopático elevado. | Índice de severidad global: puntaje T de 50 malestar moderado. |
| | Total de síntomas positivos: 58 puntos no expresan dramatismo ni exageración. | Total de síntomas positivos: 42 puntos no expresan dramatismo ni exageración. |
| | Índice de malestar sintomático positivo: puntaje de 2,56. | Índice de malestar sintomático positivo: puntaje de 1,26. |
| | Puntajes T en riesgo: somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide. | Puntajes T en riesgo: ninguna dimensión alcanzó un puntaje de riesgo. |

Nota. Se presentan los resultados obtenidos en el SCL-90- R pre y post tratamiento.

En la **tabla 4** se evidencia que el índice de severidad global disminuyó en 20 puntos reubicando a la paciente en un nivel fuera de riesgo, además, se puede observar una diferencia de 16 puntos entre el total de síntomas positivos obtenidos en el test y retest, lo cual, según los parámetros de diferencia mínima significativa (DMS), refleja un cambio significativo del malestar de la paciente posterior al tratamiento. Así mismo, en las dimensiones de somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica e ideación paranoide se cumplió con la reducción requerida por la DMS demostrando una mejora en la sintomatología de dichas dimensiones.

3.2 Análisis de resultados cualitativos

En esta sección se presentan las conductas, aspectos afectados y su evolución, los cuales se identificaron mediante la observación y entrevista psicológica.

Tabla 5

Análisis cualitativo de la entrevista y observación clínica.

| Conductas y aspectos con afectación inicial | Evolución | | | Observación o razón |
|---|----------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| | Se mantuvo, no hubo cambio | Cambió parcialmente. | Se extinguió o modificó | |
| | | | | |

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Hiperprosexia. | X | Presenta manejo en la atención selectiva y focalizada. No se observa estado de alerta. |
| Agitación psicomotora. | X | Muestra control de movimientos dirigidos con un fin determinado. |
| Expresión facial de cansancio. | X | Expresa tranquilidad, mayor frecuencia de sonrisas. |
| Distorsiones cognitivas . | X | Presenta un diálogo más objetivo y cuestiona los pensamientos automáticos. |

Nota. Se presenta la evolución de conductas y aspectos iniciales después del tratamiento.

Se puede evidenciar en la **tabla 5** que existieron cambios visibles en la paciente, demostrando mejoras en aspectos y conductas que se encontraban afectadas previo tratamiento, evidenciando un manejo adecuado de su foco atencional al reducir el estado de alerta, así como también, el desarrollo de un lenguaje objetivo y positivo, lo que permitió disminuir discursos peyorativos o distorsionados, que a su vez redujeron tanto sintomatología ansiosa como depresiva, proporcionando mayor bienestar en N.N. que se encontró reflejado en su expresión facial y movimientos controlados.

Discusión

En base a la revisión de investigaciones bibliográficas y el desarrollo del presente caso clínico, se evidencia que los trastornos de ansiedad son el diagnóstico más frecuente y el segundo más incapacitante, que afecta a la población en general (Reyes y De Portugal, 2019; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud, OMS y OPS, 2018).

Durante este estudio, se trabajó con una paciente ecuatoriana de 53 años, que presenta un cuadro de ansiedad, coincidiendo con el perfil sociodemográfico prevalente en las categorías de trastornos de ansiedad, puesto que, se evidencia que son preponderantes en mujeres con un 7.7% frente a un 3,6% en hombres, de entre 25 a 80 años (Farriols et al., 2023; García et al., 2020; OMS, 2022; OMS y OPS, 2018).

Por otro lado, en N.N. se identificó sintomatología como preocupación persistente, aprensión sobre los acontecimientos, palpitaciones, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el pecho, malestar abdominal, sensación de mareo, sentimientos de hormigueo, tensión muscular, disminución de autoestima e incapacidad para relajarse; manifestaciones que se asemejan a las obtenidas en algunos casos de pacientes con ansiedad generalizada que presentan preocupaciones excesivas, nerviosismo, ansiedad anticipatoria, tensión muscular, sentimientos de tristeza, pérdida de actividades placenteras y baja autoestima (Cotrino et al., 2020; Pérez y Graña, 2019). En esta misma línea, se evidencia que, el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación persistente que gira en torno a diversos temas como angustia por la salud de sus familiares y críticas recibidas del entorno, esto se corrobora tanto en los casos mencionados por Bados (2015), Etchebarne et al. (2019) y Garay et al., 2019 como en N.N.

En el presente caso, se realizó un proceso de evaluación de manera cualitativa y cuantitativa, para ello, se utilizaron las técnicas de entrevista y observación clínica; las cuales se emplean en distintos estudios como los realizados por Torres et al. (2021) y Yucta et al. (2020), dado que, facilitan la recopilación de información sobre motivo de consulta, factores de origen, conductas mantenedoras, etc. En cuanto a la evaluación cuantitativa, esta fue realizada mediante la aplicación de instrumentos psicométricos, para ello, se utilizó

el inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R), el cuestionario de personalidad SEAPSI, así como también, los inventarios de depresión (BDI-II) y ansiedad (BAI) de Beck. En las investigaciones de diversos autores realizadas en individuos con trastorno de ansiedad generalizada, quienes presentan sintomatología similar a la de N.N., se constata el uso de los mismos test para corroborar y distinguir intensidad de las manifestaciones (Pintado et al., 2022; Velásquez y Bonilla, 2020).

Con base en los resultados obtenidos durante todo el proceso de evaluación, se llegó a la conclusión diagnóstica de un F41.8 *Otro trastorno de ansiedad especificado: ansiedad generalizada que no está presente por el mínimo de 6 meses*, debido a que se cumplen con los criterios según la Clasificación de los Trastornos Mentales y de Comportamiento, en su décima revisión (CIE-10, OMS, 1992). De acuerdo con la literatura planteada por algunos autores, se ratifica el uso de esta categoría diagnóstica en los casos donde no se cumplen con los criterios de ningún grupo diagnóstico y se especifican las razones (Carballo et al., 2019; Chacón et al., 2021).

Cabe destacar que, una vez concluido el diagnóstico, se planteó un modelo psicoterapéutico integrativo entre la psicoterapia cognitivo conductual y la psicoterapia breve basada en soluciones, puesto que algunos trabajos como los expuestos por Cotrino et al. (2020), López (2022), Ordaz y Bennett (2019) y Torres y Fernández (2019) reflejan la efectividad de estas dos terapias cuando se pretende reducir sintomatología en individuos que presentan cuadros ansiosos y baja autoestima, beneficiando a los pacientes en la mejoría post tratamiento, lo que se corrobora en el caso de N.N.

En efecto, las técnicas psicológicas utilizadas en el tratamiento de N.N. se basaron en el modelo psicoterapéutico escogido; por ello, se emplearon técnicas cognitivo conductuales, como psicoeducación, reestructuración cognitiva, modelo ABC, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, carta del perdón, detención del pensamiento, entrenamiento en soluciones; y técnicas de la terapia centrada en soluciones como las escalas de avance, post it para uno mismo; lo que se corrobora en estudios de distintos autores, que presentan intervenciones en individuos con trastornos de ansiedad, donde se utilizan las mismas técnicas que en el caso de N.N., con las que obtienen cambios

en distorsiones cognitivas, reducción de síntomas ansiosos, manejo de emociones, mejora de autoconcepto, autoestima y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento (Arredondo-Aldana et al., 2021; De la Fuente et al., 2019).

En relación a la evaluación post- tratamiento, se demuestra una disminución de sintomatología ansiosa y depresiva, resultados que guardan gran similitud con trabajos que aplican técnicas parecidas a las de este caso clínico, ejemplo de ello es el efectuado por Pérez y Graña (2019), en donde se obtienen puntajes de retest que concuerdan con los recogidos en N.N., pasando de una ansiedad severa a una leve, y de un nivel de depresión moderada a uno mínimo, así mismo, Reguera (2021) exhibe una disminución de los puntajes de su paciente en el índice de severidad global y de la dimensión de ansiedad del SCL-90-R cambiando la interpretación inicial en riesgo a sufrir una patología por una apreciación de niveles normativos, coincidiendo con los resultados post- intervención del presente trabajo.

En cuanto a las fortalezas del caso, se identificó que las funciones mentales de la paciente se encontraban conservadas, esto benefició el proceso de terapia, facilitando la aplicación de estrategias psicológicas y optimizando el tiempo durante los encuentros psicoterapéuticos. Por otro lado, se encontró una limitación para el tratamiento, puesto que, en el centro psicológico se establece un número máximo de 6 sesiones de intervención, por esta razón, se priorizó el abordaje de las problemáticas principales de la paciente; así mismo, la imposibilidad de seguir asistiendo a la institución clínica impidió que se realizara el seguimiento del caso.

Para finalizar, se han observado buenos resultados del tratamiento psicoterapéutico de N.N., logrando cumplir con los objetivos establecidos inicialmente, por lo que, en el próximo apartado se detallarán las conclusiones a las que se ha llegado en este estudio de caso clínico

Conclusiones

A lo largo del presente estudio de caso se llegó a las siguientes conclusiones:

En conclusión, se ha demostrado que el empleo de diferentes métodos de evaluación, como la entrevista psicológica, la observación, el SCL-90-R y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, resultaron altamente beneficiosos para distinguir entre la sintomatología ansiosa y depresiva; en este caso, permitieron identificar claramente una predominancia de respuestas ansiosas en la paciente, lo cual resultó fundamental para realizar un diagnóstico preciso. Además, la confiabilidad de estas herramientas psicológicas posibilitó realizar un proceso de retest para valorar la efectividad de la intervención.

Se ha determinado que el Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), es una herramienta crucial en la toma de decisiones para un diagnóstico y tratamiento adecuado, dado que al establecer una categorización sistemática de los trastornos, brinda un marco de referencia que facilita la selección de estrategias útiles para el paciente; esto contribuye a mejorar la calidad de la atención y los resultados en el tratamiento de los trastornos mentales.

Se puede concluir que la aplicación de un modelo integrativo a nivel individual para el tratamiento de pacientes adultos con trastornos de ansiedad, resulta eficaz; pues, mediante la combinación de técnicas cognitivo-conductuales y de terapia breve centrada en soluciones como reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, escalas de avance y entrenamiento en soluciones, se logra la reducción de los síntomas ansiosos, puesto que favorecen la adquisición de habilidades de afrontamiento adaptativas, además de promover cambios positivos en los patrones de pensamiento-comportamiento, permitiendo al individuo manejar desafíos y dificultades de manera más eficiente.

Recomendaciones

En base a las conclusiones planteadas se presentan las siguientes recomendaciones:

Se recomienda utilizar herramientas clínicas válidas, confiables y estandarizadas durante el proceso de evaluación, dado que estas facilitarán la identificación de la sintomatología, así como también, el seguimiento periódico de la misma a través de su aplicación repetida; de esta manera, será posible verificar la eficacia del tratamiento y realizar ajustes en el enfoque terapéutico según sea necesario.

Es conveniente que se empleen manuales de clasificación y codificación de trastornos mentales como el CIE-10, pues son una guía imprescindible al momento de realizar un diagnóstico preciso para el individuo, además es recomendable que pueda existir una colaboración entre distintos profesionales de la salud, ya sean psicólogos, psiquiatras o terapeutas, para que trabajen en conjunto en la categorización de la sintomatología de los pacientes, especialmente con cuadros de ansiedad, pues sus manifestaciones pueden llegar a ser difusas.

En cuanto al tratamiento, se considera apropiado utilizar un enfoque integrativo, aplicando técnicas como reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, escalas de avance y entrenamiento en soluciones, debido a su éxito en la reducción de síntomas ansiosos; sin embargo, para maximizar los beneficios terapéuticos, se aconseja un mayor número de sesiones de intervención, pues estos encuentros adicionales brindarán la oportunidad de abordar nuevas áreas de desarrollo, proporcionando una amplia variedad de estrategias psicológicas, y fortaleciendo las habilidades aprendidas. Además, se sugiere realizar un seguimiento, por lo menos tres meses después de culminar la terapia, para garantizar que los cambios logrados durante la misma se mantengan a largo plazo y se puedan abordar posibles desafíos o recaídas del paciente.

Referencias

- Aburezeq, K. & Kasik, L. (2021). The relationship between social problem solving and psychological well-being: a literature review. *Romanian Journal of Psychological Studies*, 9,3-16.
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arredondo-Aldana, K., Mera-Posligua, M., y Ponce-Alencastro, J. (2021). Trastorno Depresivo Persistente y Trastornos de Ansiedad Generalizada Proveniente de un Estrés Post Traumático Crónico: Presentación de un Caso Clínico. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*, 4(8), 2-18. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0027>
- Arteaga, J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *Medisur*, 19(3), 351-352.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: Guía para el terapeuta*. Síntesis.
- Báez, M., Vera, Z., Mendoza, M. y González, C. (2019). Relación entre miedo, trastornos de ansiedad y depresión en escolares en una escuela subvencionada de Asunción. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 8(2), 241-242. <https://doi.org/10.26885/rcei.foro.2019.241>
- Baños-Chaparro J, Lamas-Delgado F, Ynquillay-Lima P, Jacobi-Romero D y Fuster-Guillen G. (2022) Evaluación de síntomas de ansiedad: evidencias psicométricas del Generalized Anxiety Disorder-7 en adultos peruanos. *Duazary*, 19(4), 258 - 270. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4986>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Barreira, I., Bevacqua, L., Bidal, M., Amaya, C., Y Varela, P. (2021). Efectividad de tratamientos breves y focalizados según la percepción de pacientes con ansiedad y depresión. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 29-37. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.04>
- Beyebach y Herrero. (2016). *200 tareas en terapia breve*. Herder

- Blázquez, F., Pérez, K., Calderón, M. y Medina, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Camargo, L., Herrera, J., Shelach, S., Soto, M., Porto, M., Alonso, M. y López, N. (2021). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Carballo, M., Estudillo, C., Meraz, L., Parrazal, L. y Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista Eneurobiología*, 10(24).
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Carrión, T. y Itzel, E. (2021). Psicoterapia integrativa para el manejo de la ansiedad frente al Covid-19 en las mujeres del Grupo Lee. *Universidad Especializada de las Américas*. <https://doi.org/10.57819/td62-6608>
- Cavalcanti, J., Moura, G., & Pimentel, C. (2019). Psychometric parameters of the subscale of hostility from the Symptom Checklist 90 (SCL-90). *Psico-usf*, 24(2), 373–381. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240213>
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Cheme-Villamar, M., y Giniebra-Urra, R. (2022). Eficacia y eficiencia de la terapia racional emotiva para afrontamiento de riesgos psicosociales por teletrabajo. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*, 5(9), 20-37. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0052>
- Corona, R., Reynoso, L., Bravo, M. y Hernández, Á. (2019). Intervención cognitivo conductual para reducción de ansiedad prequirúrgica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10(1), 42-51.
- Cotrino, J., Gómez-Mejía, I., Mendoza-Rincón, B., Arenas-Villamizar, V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G., López-Jaimes, R. y Julio-Hoyos, Y. (2020).

- Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. *Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 1012-1025. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4545855>
- De la Fuente, I., Alonso, Y. y Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista de psicoterapia*, 30(113), 259-273. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- De la Torre, J., Sánchez, N., y Pérez, L. (2016). *Terapia de fortalezas personales basada en psicología positiva. manual para terapeutas*. Asociación DeJustalegría.
- Díaz-Barriga, C. y González-Celis, A. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Esteso De la Osa, A. y León-Zarceño, E. (2022). Ejercicio físico en trastornos de ansiedad: una revisión. *Revista de Investigación Cuerpo, Cultura y Movimiento*, 12(1). <https://doi.org/10.15332/2422474X.7067>
- Etchebarne, I., Penedo, J., Roussos, A., Borgiaizian, D., Bunge, E., Challú, L. y Westra, H. (2019). *Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*. Miño y Dávila.
- Farriols, N., Segarra, G., Palma, C., Frías, Á., Aliaga, F., Borrás, M. & Gárriz, C. (2023). A randomized clinical trial in a public health context: inclusion of emotional techniques in group therapy for anxiety disorders. *Annals of Psychology*, 39(1), 20-27. <https://doi.org/10.6018/analesps.497811>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Fonseca, E., Pérez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E. y Marrero, R. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*. 33 (2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>

- Furlan, L., Corrêa, A., & Cezar, M. (2023). Transtornos de Ansiedad e Factores de Risco de Suicidio: Uma Revisão Sistemática. *Revista de Psicologia da IMED*, 14(2), 102-118. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2022.v14i2.4538>
- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21.
- García, F., Calvo-Reyes, M. y Rodríguez-Cobo, I. (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- García, G. (2020). Familias de niños con TEA. Programa de psicoeducación emocional y apoyo mutuo. *Estudios sobre Educación*, (41), 111.
- García, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Psychology*, 10(3). <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Garibay, C. (2023). Integración de terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual para un caso de falta de comunicación asertiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 26(1), 383-401.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, B., Méndez, K., Novak, M., y González, M. (2021). Manejo del estrés y miedo al COVID-19 desde la integración de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones. *Psicumex*, 11. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.408>
- Herazo, E., Campo-Arias, A. y Dávila, N. (2018). Estresores vitales durante la infancia y trastorno de ansiedad: una meta-revisión. *Duazary*, 15(3), 337-346. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2425>

- Jiménez, J. (2022). Abordaje integral del trastorno de ansiedad generalizada: Un análisis para la toma de decisiones en salud. *ISEO Journal*, 1(1).
- Juliá-Sanchis, R., García, N., Escribano, S., Perpiñá, J., Cabañero, M., García, S., Fernández, M., Rocamora, C. y Sánchez, M. (2022). Programa de entrenamiento de habilidades de comunicación en situaciones críticas: análisis DAFO. *Universidad de Alicante*. 1, 725-740
- Lima, A., Gonçalves, P. y Fernandes, M. (2019). Técnica de Imaginación Guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. *Enfermería Global*, 18(53), 608-645. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.313361>
- Londoño, N., Agudelo, D., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D. y Arias, J. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*, 21(2), 45-59. <https://doi.org/10.29375/01237047.2807>
- López, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 208-230. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18056>
- López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, D., y Báez, (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).
- Maita, A. y Espinoza, E. (2020). Los tipos de personalidad en las conductas sexuales de riesgo. *Recimundo: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 4(4), 428-439.
- Maldonado, N., Castro, R. y Cardona, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.007>
- Marrero, R. y Del Rivero, E. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>
- McKay, M. y Fanning, P. (2019). *Autoestima: Cómo evaluar, mejorar y mantener una sana autoestima*. Editorial Sirio SA.

- Molina, J., Moreno, J., Rozo, M., Perdomo, S., Santacoloma, A., y León, D. (2020). Violencia de pareja en el contexto de pandemia por COVID-19. Implicaciones clínicas. *Universidad Católica de Colombia*. <https://doi.org/10.14718/9786287554146.2022>
- Montgomery, S. (2010). *Manual del trastorno de ansiedad generalizada*. Current Medicine Group.
- Moreno-Proañó, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 251-255. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.314>.
- Morilla, S. y Domínguez, T. (2022). *Tu ansiedad bajo control: Una guía para entenderla y no dejar que te domine*. Zenith.
- Nardone, G. (2020). *Miedo, pánico, fobias: La Terapia Breve* (2da ed.). Herder.
- National Institute of Mental Health. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://n9.cl/s2i2j>
- Nomen, L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas*. Pirámide.
- Olvera, V. y Rodríguez, P. (2020). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 22(2), 35-52.
- Ordaz, K. y Bennett, M. B. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-71.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión*. Edición Médica Panamericana. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. <https://n9.cl/67upb>
- Organización panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud. (2018) The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, PAHO/NMH/17-005. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

- Pascual, M., y Mascaraque, P. (2022). Ansiedad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 7, 31.
- Pattee, E. (2020). The difference between worry, stress and anxiety. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2020/02/26/smarter-living/the-difference-between-worry-stress-and-anxiety.html>
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC-Tratado de medicina*, 23(2), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(19\)41998-3](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(19)41998-3)
- Pérez, L., Lapuente, F., Fernández, A., Carrillo, I., y Rentería, R. (2022). Programa de intervención cognitivo-conductual en jóvenes con problemas por abuso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2).
- Pérez, M. y Graña, J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19(1), 116.
- Pintado, D., Montañó, A. y Tovar, J. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada. Un estudio de caso desde la terapia cognitiva conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4).
- Quintal, J., Álvarez, S. y Ayora, D. (2020). Leer y Escribir en Terapia Narrativa, Construyendo una Nueva Historia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 227-245. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.293>
- Reguera, S. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>
- Reyes, R. y De Portugal, E. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>
- Rodríguez, D. , y González, M. (2020). Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1), 147.

- Romero, O., Islas, A. y Tortoriello, J. (2021). Uso de plantas medicinales en pacientes con síntomas de ansiedad generalizada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(6), 364-370.
- Rosa-Alcázar, Á., Sánchez-Meca, J., Rubio-Aparicio, M., Bernal-Ruiz, C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy and Anxiety and Depression Level in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psicothema*, 34(3), 353–364. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.478>
- Rosas, P., Valdéz, K., Durán, J., y Padrós, F. (2023). Revisión sistemática sobre la asociación entre creencias irracionales y depresión. *Caleidoscopio Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 26(48). <https://doi.org/10.33064/48crscsh3535>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sánchez, A. (2021). Baja tolerancia a la frustración desde la terapia racional emotiva conductual. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 4(10), 212-219. <https://doi.org/10.33996/repsi.v4i10.64>
- Sanz, J. (2020). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Ene*, 8, 59. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. y García, M. (2020). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de Depresión de Beck-II"(BDI-II). *Ene*, 22(1), 37-59.
- Torres, L., Mesón, R. y Montaña, M. (2021). Un estudio de caso clínico de sobrecarga emocional por conflicto familiar. *Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.5093/cc2021a4>
- Torres, M., y Fernández, M. (2019). Terapia cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el fortalecimiento de la autoestima de una mujer homosexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2465-2488.
- Vázquez, M. (2010). *Técnicas de relajación y respiración*. Editorial Síntesis.
- Velásquez, P. y Bonilla, D. (2020). Ansiedad y su influencia en el rendimiento escolar de un estudiante de una Unidad Educativa de la Provincia de los Ríos-Ecuador. *Magazine de las Ciencias: Revista de Investigación e Innovación*, 5.

- Vives-Cases, C., Albaladejo-Blázquez, N., Comino, I., Pérez-Martínez, V., Nardini, K., Cerdán-Torregrosa, A., ... y Davó-Blanes, M. (2022). *Filmémonos para vernos en un nuevo presente*. Documento teórico para profesorado.
- Vizioli, N. y Pagano, A. (2022). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 28-41. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3>
- Yucta, P., Guerrero, O. y Paredes, E. (2020). Ansiedad y comportamiento de los niños y niñas de 7-8 años de edad de la unidad educativa " fe y alegría", período abril-agosto 2019. *Revista de Psicología GEPU*, 11(2), 7-14.
- Zhang, Y., Bao, X., Yan, J., Miao, H., & Guo, C. (2021). Anxiety and depression in Chinese students during the COVID-19 pandemic: a meta-analysis. *Frontiers in public health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.697642>

Apéndice

Apéndice A Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre: Estado Civil: Edad: Sexo:
 Ocupación Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado

1. Siento que tal vez pueda ser castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1. He perdido la confianza en mí mismo.

2. Estoy decepcionado conmigo mismo.

3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual

1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores

3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.

1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2. Querría matarme

3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.

1. Lloro más de lo que solía hacerlo

2. Lloro por cualquier pequeñez.

3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2^a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Apéndice B Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta un cuestionario, que contiene una lista de los síntomas más comunes de ansiedad. Lea atentamente cada uno de los ítems y marque con una x en el casillero, dependiendo el grado en el que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la ÚLTIMA SEMANA, incluyendo HOY. (Marque una sola casilla por ÍTEM)

| N° | ÍTEMS | En absoluto (no siento molestia) | Leve (no me molesta mucho) | Moderada (fue muy desagradable, pero puede soportarlo) | Grave (casi no puede soportarlo) |
|----|--|--|----------------------------------|--|--|
| 1 | Hormigueo o entumecimiento | | | | |
| 2 | Sensación de calor | | | | |
| 3 | Debilidad, temblor de las piernas | | | | |
| 4 | Incapacidad para relajarse | | | | |
| 5 | Miedo a que suceda lo peor | | | | |
| 6 | Mareos, vértigo | | | | |
| 7 | Palpitaciones aumento de ritmo cardiaco | | | | |
| 8 | Sensación de inestabilidad o inseguridad | | | | |
| 9 | Sensación de estar aterrorizado | | | | |
| 10 | Nerviosismo | | | | |
| 11 | Sensación de ahogo | | | | |
| 12 | Temblor de manos | | | | |
| 13 | Temblor generalizado o estremecimiento | | | | |
| 14 | Miedo a perder el control | | | | |
| 15 | Dificultad para respirar | | | | |
| 16 | Miedo a morir | | | | |
| 17 | Sobresaltos, con miedo, asustadizo | | | | |
| 18 | Indigestión o molestia abdominal | | | | |
| 19 | Palidez, sensación de desmayo | | | | |
| 20 | Rubor facial | | | | |
| 21 | Sudoración, fría o caliente (no debida al calor) | | | | |

Apéndice C Cuestionario de Personalidad SEAPSI

Nombre:

Fecha:

| Señale las frases con las que más se identifique | |
|---|--|
| a | Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas |
| | Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad |
| | Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás |
| | Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores |
| | Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad |
| | Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra |
| | Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas |
| | En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles |
| | En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal |
| | Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente |
| p | Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi |
| | Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad |
| | Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando |
| | Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira |
| | Soy una persona que denota una cierta autoridad natural |
| | Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido |
| | Generalmente impongo mi punto de vista |
| | En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas |
| | Prefiero mantener mi vida privada en reserva |
| Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar | |
| c | Mi estado de ánimo es muy variable |
| | Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste |
| | A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro |
| | Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso |
| | Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal |
| | Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano |
| | Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno |
| | En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo |
| | Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto |
| | Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco |
| h | En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía |
| | Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella |
| | Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor |
| | Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable |
| | Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo |
| | Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos |
| | En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta |
| | Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme |
| | Me gusta ser reconocido por lo que hago |
| | Me agrada que los demás me vean atractivo |
| ev | Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás |
| | Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco |
| | En una reunión social prefiero estar alejado del griterío |
| | Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás |
| | Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado |
| | Mi vida social es reducida |
| | Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación |
| | Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales |
| | Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás |
| | Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación |
| d | Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado |

| | | |
|-----------|--|--|
| | Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo | |
| | Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen | |
| | Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas | |
| | Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados | |
| | Soy obediente ante mis superiores y jefes | |
| | Generalmente intento evitar las discusiones con otros | |
| | Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante | |
| | Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo | |
| | En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones | |
| e | Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales | |
| | Prefiero hacer las cosas solo | |
| | Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas | |
| | Tengo pocos amigos íntimos o de confianza | |
| | Siempre me ha costado enamorarme profundamente | |
| | Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan | |
| | No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría | |
| | Prefiero las actividades abstractas o misteriosas | |
| | Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás | |
| | En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean | |
| ez | Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común | |
| | Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro | |
| | Mi apariencia es peculiar y rara para los demás | |
| | No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza | |
| | Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales | |
| | Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones | |
| | Siento que soy diferente y que no encajo con los demás | |
| | Me siento muy ansioso ante personas desconocidas | |
| | Temo que los demás quieran hacerme daño | |
| | Creo ver, oír o sentir algo que no es real | |
| ds | Reniego de las normas sociales y legales | |
| | A veces hago trampa para obtener beneficios personales | |
| | Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas | |
| | En la niñez solía causar daños a los animales | |
| | Suelo ser impulsivo al planificar el futuro | |
| | Soy incapaz de mantener relaciones duraderas. | |
| | Cuando estoy con iras expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias | |
| | No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas | |
| | Soy inestable en mis trabajos aun cuando tenga obligaciones económicas | |
| | No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás | |
| I | Me cuesta esfuerzos controlar mi ira | |
| | Soy impulsivo en la realización de mis actividades | |
| | Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas | |
| | Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo | |
| | Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento | |
| | Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo | |
| | La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer | |
| | A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado | |
| | Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias | |
| | Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones | |

Apéndice D Inventario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R)

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

Lugar de residencia actual:

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

| Nada | Muy POCO | POCO | Bastante | MUCHO |
|------|----------|------|----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

