

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estudio de caso: Evaluación e intervención clínica**

**Evelyn Dennis Álvarez Morales**

**Psicología Clínica**

Tesis de fin de carrera presentado como requisito para la obtención del título de  
Psicología Clínica

Quito, 05 de junio de 2023

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

**Estudio de caso: Evaluación e intervención clínica**

**Evelyn Dennis Álvarez Morales**

**Daniela Ziritt Cruz,**

**Master en Ciencias del Cerebro y de la Mente**

**Psicóloga Clínica**

Quito, 05 de junio de 2023

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombres y apellidos: Evelyn Dennis Álvarez Morales

Código: 00211490

Cédula de identidad: 1718983073

Lugar y fecha: Quito, 05 de junio de 2023

## ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

**Nota:** El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

## UNPUBLISHED DOCUMENT

**Note:** The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

## RESUMEN

Este estudio de caso es una intervención clínica con enfoque cognitivo-conductual en una paciente mujer de veinte y un años de edad, de nacionalidad ecuatoriana. La paciente, quien al inicio de la terapia acude por problemas en el manejo de sus emociones con respecto a una ruptura amorosa, presenta síntomas depresivos persistentes de la distimia como son sentimientos constantes de tristeza y desesperanza, poco apetito, insomnio y poca energía o fatiga. La terapia cognitivo-conductual aplicada consistió en nueve sesiones individuales, durante un periodo de dos meses y una semana. Durante este tiempo se recolectaron datos cualitativos y cuantitativos gracias a notas clínicas y evaluaciones anímicas psicométricas. Debido al progreso de las terapias se puede evidenciar una mejoría significativa en la paciente. Se observó una mejoría en su autoestima, mejor capacidad de concentración, reducción de distorsiones cognitivas y conductas disfuncionales, además de un mejor manejo de sus emociones.

**Palabras Clave:** Terapia cognitivo-conductual, distorsiones cognitivas, conductas disfuncionales, depresión, distimia, evaluaciones psicométricas.

## ABSTRACT

This case study is a cognitive-behavioral clinical intervention in a twenty-one-year-old female patient from Ecuador. The patient started treatment after a sentimental break-up, seeking for strategies for emotional self-regulation. She presented persistent depressive symptoms of dysthymia such as feelings of sadness and hopelessness, poor appetite, insomnia, and fatigue. The cognitive-behavioral therapy applied consisted of nine individual sessions, during a period of two months and one week. The qualitative and quantitative data was recollected through clinical notes and psychometric mood assessments. After the 9 sessions a significant improvement could be evidenced in the patient. She shows higher self-esteem, better concentration and attention capacities, and good emotional regulation, plus reduction of cognitive distortions and dysfunctional behaviors.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, cognitive distortions, dysfunctional behaviors, depression, dysthymia, psychometric tests.

## TABLA DE CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Capítulo 1. Información Contextual.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>1.1. Datos de Identificación .....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>1.2. Presentación del Problema .....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>1.3. Historia Personal.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.4. Historia Familiar.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>1.5. Situación Actual .....</b>  | <b>11</b> |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 2. Tratamiento Psicoterapéutico .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.1. Criterios Diagnósticos del DSM-5.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.2. Criterios Diagnósticos de CIE 11.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2.3. Selección del tratamiento, objetivos y avances: Terapia Cognitivo-Conductual.....</b>                         | <b>15</b> |
| <b>2.4. Pruebas psicológicas .....</b>  | <b>16</b> |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 3. Estructura del tratamiento .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>3.1. Objetivos de psicoterapia .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>3.2. Técnicas de intervención .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>3.3. Impacto de las intervenciones .....</b>   | <b>23</b> |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 4. Conclusiones .....</b>   | <b>25</b> |
| <br>  |           |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>28</b> |
| <br>  |           |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>Anexo 1. Escala de Ansiedad de Hamilton. Aplicada al inicio de la sesión del 19 de abril de 2023. ....</b>         | <b>31</b> |
| <b>Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton. Aplicada al inicio de la sesión del 26 de mayo de 2023. ....</b>          | <b>33</b> |
| .....   | 34        |
| <b>Anexo 3. Registro de Pensamientos Disfuncionales. Aplicada al inicio de la sesión del 22 de marzo de 2023.....</b> | <b>35</b> |

## **Capítulo 1. Información Contextual**

### **1.1. Datos de Identificación**

Los nombres de la paciente y de personas mencionadas durante la intervención clínica serán cambiados con la finalidad de resguardar la seguridad y confidencialidad de la paciente. Karen es una mujer ecuatoriana soltera de 21 años; actualmente se encuentra cursando el quinto semestre de la carrera de Ingeniería Civil en la Universidad de las Fuerzas Armadas (ESPE). Usualmente se presenta a terapia vestida de forma casual, utilizando jeans y camisetas. Es una mujer de contextura delgada, cabello largo de color oscuro. Nació el 26 de abril del 2002 en Quito y ha vivido toda su vida allí; apenas se graduó del colegio ingresó a la universidad en el 2020. Actualmente vive con su madre, es hija única. Su padre no se encuentra presente en su vida. Tuvo una ruptura amorosa con su novio de cuatro años y medio hace casi tres meses y, en este momento, no tiene ninguna relación de pareja.

### **1.2. Presentación del Problema**

La paciente buscó ayuda profesional por medio de su amiga alumna de la Universidad San Francisco de Quito, quien refirió los servicios de Prácticas preprofesionales gratuitos que mi supervisora junto conmigo ofrecíamos. El motivo de consulta fue el no saber manejar sus emociones luego de la ruptura de su relación sentimental, que duró cuatro años y medio. Desde el momento de la solicitud, podía observarse la presencia de conductas disfuncionales y distorsiones cognitivas, además de sintomatología distímica. La paciente no sabía cómo afrontar la terminación de su relación amorosa, por lo que presentó problemas en su alimentación (falta de apetito), ocasionando que no consumiera alimentos durante días. Además, presentó problemas de sueño, como el insomnio, respecto a lo que menciona despertarse en las madrugadas y permanecer despierta por varias horas hasta conciliar nuevamente el sueño. Reportó

pensamientos rumiantes, signos de ansiedad, llanto fácil, pérdida de apetito, insomnio, fatiga, sentimiento de desesperanza y disminución del interés por actividades diarias.

Karen menciona haber tenido anteriormente rupturas en esta misma relación, por lo que terminaban y regresaban después de un tiempo, esto se presentó varias veces a lo largo de los cuatro años y medio que duró. También, los últimos cuatro meses de la relación con su pareja, su novio se interesó por otra persona, lo cual ocasionó celos en la paciente. Además, al no tener una red de apoyo, Karen acudía al apoyo emocional por parte de la madre de Ernesto, su exnovio, y, en varias ocasiones, era ella quien la consolaba. Es importante mencionar que después de finalizada la relación de pareja que mantenía la paciente, Karen pidió a sus amigos que le mandaran fotos de cualquier cosa que su Ernesto subiera a redes sociales, ya que ella quería estar pendiente de él sin que lo sepa, razón por la que lo bloqueó de sus redes.

### **1.3. Historia Personal**

Karen menciona haber vivido con su madre hasta los 12 años. Su padre está ausente física y emocionalmente, ella no tiene relación alguna con él actualmente. Entre los 12 y 18 años vivió con su tía materna y sus primos, con quienes mantenía una buena relación. Sin embargo, su familia materna mantiene costumbres y valores muy tradicionales, lo que incluye la prohibición de mantener relaciones amorosas e íntimas hasta culminar sus estudios y conseguir independencia económica. Esta fue la razón por la que debió dejar la casa de su tía y regresar a vivir con su mamá. Karen mantuvo su noviazgo en secreto de su familia durante cuatro años y medio, tiempo que duró la relación y durante el cual terminaron y regresaron en algunas ocasiones.

De acuerdo al relato de Karen, se puede inferir que, durante su noviazgo con Ernesto, su exnovio, sufrió de abuso emocional y psicológico. Ernesto la culpaba constantemente de los problemas que surgían entre ellos y conseguía que Karen se

culpara, también, a sí misma. Se refería a ella con comentarios despectivos, como el decirle que era una mala persona, e incluso llegó a agredirla verbalmente con gritos; también, la comparaba con otras mujeres, en especial con una persona con la que parecía tener sentimientos de afecto. Esto causó en Karen sentimientos de depresión, falta de motivación, pérdida de apetito e interrupciones del sueño, llegando a padecer insomnio por 5 meses. La paciente menciona que en los momentos que se despertaba tenía pensamientos recurrentes sobre su antigua pareja por lo que le provocaba un llanto fácil y hacía que se mantenga despierta por varias horas en las madrugadas.

Hace poco tiempo comenzó clases, lo que la ha ayudado a mantenerse distraída de pensamientos rumiantes e intrusivos. Por otra parte, su madre es bastante rígida respecto a las salidas de Karen junto con sus amigos, por lo que no tiene oportunidades de socializar con otras personas.

#### **1.4. Historia Familiar**

Karen es hija única y vive actualmente con su madre. Su madre casi no pasa en casa, ya que las horas de trabajo le demandan mucho tiempo, y no convive ni tiene una buena relación con su hija. Karen se crio con sus primos, todos mayores a ella, pero ahora se siente incómoda junto a ellos porque juzgan algunas de sus acciones, como el haber tenido una relación amorosa. Karen se siente juzgada por su familia, y que no cuenta con su apoyo. También, menciona que le gusta pasar tiempo con su abuela porque le brinda tranquilidad y paz. En este caso se estudia la familia como un organismo, en el cual sus distintos elementos, como son cada individuo que conforma la familia, interactúan entre sí buscando estabilidad en el tiempo, por lo que la organización en la familiar determina las reacciones de cada uno (Montesano, 2012).

Es así que se quiere comprender los patrones de comportamiento de la paciente como efectos de su dinámica familiar (Montesano, 2012). En el enfoque familiar

sistémico, se parte de la idea de que el relato de las experiencias vividas por una persona se presenta a través de una estructura o guion que ha sido creado inconscientemente para mantener un orden lógico en los eventos de la vida de la paciente (Saavedra, 2009).

La paciente menciona no extrañar ni sentir la falta de su padre, ya que nunca tuvo una figura paterna presente en su vida. Indica que se relacionó con su padre hasta finales de su infancia y perdió contacto con él cuando salió de primaria; sin embargo, cuando la paciente se estaba graduando del colegio su padre se puso en contacto con ella una vez en el 2020 y esa fue la última vez que supo algo sobre él.

### **1.5. Situación Actual**

La falta de apoyo de su familia, así como el sentirse constantemente juzgada y criticada por las decisiones que ha tomado, han generado una serie de síntomas físicos en la paciente. Entre ellos se encuentra la sensación de fatiga constante, la dificultad para conciliar el sueño y falta de apetito. Estas sensaciones, además, están acompañadas de sentimientos de tristeza, pensamientos rumiantes y preocupaciones. El conjunto de sensaciones y sentimientos descritos indican la presencia de síntomas de depresión y ansiedad.

Karen afirma que, gracias a la terapia, ella ha sentido una mejoría en su estado anímico, por lo que puede controlar de mejor manera sus sentimientos y emociones. Además, ha implementado algunas estrategias empleadas en terapia para tranquilizarse cuando ella se siente abrumada por alguna situación, como son las técnicas de relajación y respiración. También, ahora puede distinguir de mejor manera sus pensamientos disfuncionales para poder ser más consciente de ellos y transformarlos.

Menciona haber logrado pedir a sus amigos que no le vuelvan a enviar ningún contenido relacionado a su ex novio para así poder centrarse más en los estudios

académicos. Esto le ha ayudado a sentirse mejor consigo misma, ya que no presenta pensamientos de rumiación tan constantes como hace algunas sesiones atrás. Karen a aludido que no mantiene una buena relación con su madre y siente que es muy estricta y que la sobreprotege más de lo necesario. Este hecho, en cierta medida, molesta a la paciente, ya que menciona estar dispuesta a brindar toda la confianza posible para que su madre deje de ser tan rígida con ella; sin embargo, por más que se esfuerce, esto no cambia.

Menciona que su madre no puede manejar sus propias emociones ni las de alguien más, se enoja mucho y con facilidad, nunca se ha reído con ella y esto es algo que la entristece mucho, por lo que Karen quisiera tener una mejor relación con su madre. Además, menciona que casi no la ve, solo viven juntas, pero su madre pasa ocupada trabajando todo el día por lo que casi no la ve y solo lo hace en las noches cuando llega su madre a dormir. La madre de la paciente es guardia de seguridad de un hospital por lo que en ocasiones muy seguidas realiza veladas.

Karen se pregunta constantemente “qué hay de malo en mí” haciendo referencia a su ruptura amorosa, estos pensamientos los ha tenido cuatro meses antes de terminar su relación; sin embargo, afirma que actualmente ya no tiene esa clase de pensamientos ruminantes que la atormentaban y la hacían dudar de sus capacidades. Esta clase de pensamientos se originaron porque su exnovio, Ernesto, se los decía y Karen es susceptible a comentarios de otras personas, dejándose influir de estos y viéndose afectada por los mismos. La paciente menciona que una debilidad de ella es el dejarse afectar por comentarios de otras personas, teniendo una intensidad de 80%. Otras de las debilidades mencionadas por la paciente son el sobre pensar las cosas enfocándose sobre todo en proyecciones a futuro, afectándola en un 90%; y procrastinar, teniendo una intensidad de 40%.

## Capítulo 2. Tratamiento Psicoterapéutico

### 2.1. Criterios Diagnósticos del DSM-5

El trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, es un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente. Karen presenta algunos de los síntomas que caracterizan a la distimia como es poco apetito, insomnio, poca energía, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (American Psychiatric Association, 2014). Sin embargo, no cumple el criterio de que los síntomas depresivos persistan durante más de dos años. Los pacientes con trastorno depresivo persistente tienden a describir su estado de ánimo como triste o con el ánimo “por los suelos”, lo que fue reportado por Karen al inicio del proceso. Uno de los síntomas que predominan en la paciente es el insomnio, presentándose como dificultad para conciliar el sueño y despertándose de forma exaltada en las madrugadas, provocando que permanezca despierta varias horas; usualmente la paciente menciona que pasa llorando en ese periodo que permanece despierta hasta altas horas de la madrugada, o hasta que logra dormirse.

Otro síntoma muy persistente en Karen fue la falta de apetito, donde llegaba a no comer días enteros y por lo cual su madre mostraba gran preocupación por su salud. Sin embargo, Karen menciona algunos comentarios hechos por su madre que le afectaron y dolieron cuando lograba comer algo, como es “y ese milagro que tengas hambre”. Los factores de riesgo y pronóstico de la distimia son los temperamentales, genéticos, fisiológicos y el que presenta la paciente, ambiental. En este estudio de caso se ve implicado el ambiental debido a la ruptura amorosa que vivió y la falta de una red de apoyo durante su desarrollo y en la actualidad, lo cual le afecta psicológicamente, como

también en su funcionalidad cotidiana, haciendo que no se pueda concentrar en las cosas diarias que hacía normalmente.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, para cumplir con los criterios diagnósticos de distimia, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante al menos dos años en adultos, y un año en niños y adolescentes. La distimia puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. La comorbilidad entre la distimia y los trastornos de ansiedad es un fenómeno frecuente que se ha observado en la práctica clínica. El DSM-5 reconoce que existe una superposición significativa entre la distimia y los trastornos de ansiedad, lo que significa que una persona, como es en este caso de Karen, puede cumplir con los criterios de ambos diagnósticos de manera simultánea (American Psychiatric Association, 2014). Sin embargo, es importante resaltar, que la paciente puede cumplir con algunos criterios diagnósticos, pero no padecer los trastornos.

## **2.2. Criterios Diagnósticos de CIE 11**

De acuerdo con el CIE 11, la depresión está categorizada como MB24.5 Estado de ánimo deprimido, en el que se define un estado afectivo negativo caracterizado por un estado de ánimo bajo, triste, vacío, desesperanza o abatimiento (Rodríguez *et al.*, 2021). También, el estado de ánimo deprimido está asociado a alteraciones de la conducta, del grado de actividades diarias y nivel cognitivo, debido a las alteraciones de los pensamientos. La depresión, también, es definida como un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos, ya sean de memoria, concentración, entre otros; además de físicos. Se conoce que la prevalencia de la depresión es entre las enfermedades psiquiátricas una de las más conocidas, teniendo más predominancia en

mujeres que en hombres, con una frecuencia de 2 a 3 mujeres por cada hombre (Retamal, 1998).

### **2.3. Selección del tratamiento, objetivos y avances: Terapia Cognitivo-Conductual**

Considerando los síntomas presentes al iniciar el proceso terapéutico, se elige, como principal enfoque para el abordaje y tratamiento de los síntomas, a la terapia Cognitivo-Conductual. La terapia cognitivo conductual es un tratamiento psicológico que reconoce la existencia de distorsiones cognitivas y conductas disfuncionales que provocan malestar en el paciente. A través de técnicas psicológicas prácticas, el individuo podrá ganar control sobre sí mismo y contribuir con la disminución de los malestares que se hayan presentado (Fullana *et al.*, 2012).

La psicoterapia cognitivo-conductual se enfoca en la intervención de aquellos síntomas que generan malestar a la paciente, por medio de técnicas de modificación del comportamiento y de la parte cognitiva. El objetivo por medio de la implementación de técnicas de reestructuración cognitiva es trabajar en los pensamientos y creencias disfuncionales, estableciendo pautas y estrategias de relajación para reducir la ansiedad que presenta (Moral *et al.*, 2014).

Se han observado efectos significativamente positivos de intervenciones de terapia cognitiva conductual en pacientes con distintos tipos de depresión, como es también la distimia (Rosique *et al.*, 2013). Parte de la eficacia de este modelo psicológico, depende de la relación paciente-terapeuta (Echeburúa *et al.*, 2010), razón por la cual las primeras sesiones del tratamiento de Karen estuvieron enfocadas en establecer una buena alianza terapéutica.

La terapia cognitivo conductual es un proceso en el que el profesional utiliza técnicas para ayudar a su paciente a superar las dificultades psicológicas, con el objetivo de lograr su bienestar emocional, adaptación y estabilidad en su salud (Salazar, 2017).

La terapia cognitivo conductual, dentro del ámbito de las psicoterapias, ha demostrado más eficiencia en la reducción de la sintomatología depresiva, esto es gracias a los análisis e investigaciones del reconocido psiquiatra y padre de la terapia cognitiva, Aaron Beck. Para cumplir con el objetivo de tratar la depresión, se centró en resolver problemas actuales y, así, poder modificar los pensamientos y conductas disfuncionales que puedan perjudicar al paciente (Beck, 1995). La terapia individual con enfoque cognitivo conductual es muy eficiente para disminuir los síntomas depresivos y de ansiedad; además, de aumentar la autoestima de la paciente para mejorar sus relaciones interpersonales.

Por lo tanto, el tratamiento de Karen consistió en una sesión semanal de terapia individual con enfoque cognitivo conductual. Cada sesión duró una hora aproximadamente y, durante las primeras tres sesiones, se realizó la entrevista biopsicosocial o entrevista psiquiátrica inicial (EPI), se trabajó en el *rappport* o alianza terapéutica y se plantearon objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo. La terapia cognitivo-conductual se caracteriza por conseguir el alivio de los síntomas a través del trabajo enfocado en objetivos claros que pueden cumplirse en pocas sesiones, de manera que el paciente se mantenga motivado en el tratamiento.

#### **2.4. Pruebas psicológicas**

El consentimiento informado es esencial para poder continuar con las sesiones terapéuticas, ya que, a través de él, el paciente muestra estar de acuerdo con las normas establecidas en el proceso y cuenta con la explicación acerca del diagnóstico y su tratamiento (Canaviri, 2016). A pesar de la importancia que tiene el consentimiento

informado no se tiene en cuenta suficientemente, solo se hace explícito en los protocolos de investigación y en algunas terapias, sin embargo, es muy relevante para un buen desarrollo del tratamiento psicológico (Castilla *et al.*, 2001).

Se aplicaron pruebas psicológicas en la paciente para, de esa forma, identificar de forma clara los síntomas presentes. Se realizó una evaluación psiquiátrica inicial donde se recolectan datos del paciente como son de identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad (inicio, duración y desarrollo), historia psiquiátrica del paciente y de la familia, historia médica, e historia personal del paciente; lo que permite establecer las diferencias en su historia en el estado anímico, la persistencia y posibles factores precipitantes actuales, así como sus antecedentes. Se implementaron pruebas psicológicas con escalas de intensidad del síntoma, como es el registro de pensamientos disfuncionales, para determinar situaciones específicas que hayan producido ciertos pensamientos y sentimientos, como también distorsiones cognitivas y pensamientos racionales. Se aplicó, adicionalmente, la escala de ansiedad de Hamilton. Se obtuvo una buena alianza terapéutica con la paciente desde el inicio del proceso.

Las entrevistas iniciales son de suma importancia por la cantidad de datos que se proporcionan sobre el paciente y su historia. Además, con toda esa información se puede llegar a diversas hipótesis que pueden ser exploradas y analizadas posteriormente para determinar con qué se puede trabajar con base a la importancia del caso. Por otra parte, se hizo uso de la estrategia del modelo cognitivo-conductual, Registro de Pensamientos Disfuncionales, conocido antiguamente como Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales (Beck, 1995). Este instrumento evalúa, principalmente, los pensamientos automáticos y, de esta forma, permite darles una respuesta. Este método es un formulario que ayudó a la paciente a combatir más efectivamente sus pensamientos disfuncionales y disminuir su disforia (Beck, 2021). Es importante definir

el concepto de pensamientos disfuncionales que son el resultado de un procesamiento distorsionado de la realidad, siendo pensamientos que no aportan beneficios y alejan de la realidad al individuo que los tenga, por eso es importante para la paciente identificar de forma clara sus pensamientos y creencias que la puedan perjudicar (Oquendo, 2009).

Como resultado del primer formulario de Registro de Pensamientos Disfuncionales, Karen describió una situación de un día anterior en la cual una amiga le envió una foto con una canción que había subido su exnovio a una red social. Lo que le llamó la atención a la paciente fue el hecho de que esa canción que subió, él se la había dedicado a otra chica y no sintió justo que al haber terminado hace poco tiempo, él ya esté saliendo con alguien más. Partiendo de esta situación, los pensamientos que surgieron como creencias fueron “por qué estuvo conmigo” obteniendo una intensidad en este pensamiento de un 70%. Otro pensamiento automático que surgió fue “por qué en tan poco tiempo ya dedica canciones a otra chica” obteniendo este pensamiento una intensidad del 90%. La presencia de estos pensamientos automáticos y negativos demuestran un aumento en la inseguridad de la paciente, así como su dificultad por emplear sólo situaciones de las que tiene evidencia para la expresión de sus emociones.

Los sentimientos que surgieron a partir de estos pensamientos automáticos fueron de tristeza con intensidad de 80% y enojo/ira con 100%. Como comportamientos antiguos la paciente menciona que habría insistido a su ex novio sobre por qué siguió con ella cuando al poco tiempo comenzó a salir con alguien más. Por ende, las distorsiones cognitivas que se presentan son de pensamientos polarizados al creer que Ernesto no la amó porque ya está con alguien más; siendo creencias de todo o nada, llevando así a los extremos sus pensamientos. Estos pensamientos polarizados, valoraciones de los acontecimientos de la paciente en forma extrema, sin tener en cuenta aspectos

intermedios, mantienen el estado anímico depresivo y las conductas disfuncionales (Hoyos *et al.*, 2007), razón por la que fueron tratados desde las primeras sesiones

A partir de tomar consciencia sobre la situación y sus pensamientos automáticos, así como de los sentimientos y distorsiones cognitivas, se logró generar junto con la paciente pensamientos racionales como la aceptación de haber terminado con la relación, lo reporta como un “ya se acabó” con un puntaje de creencia de 80%. Otro pensamiento racional que se originó fue “yo no soy mala persona” teniendo una intensidad de 90%. Gracias al trabajo para descubrir estos pensamientos racionales, los sentimientos de tristeza disminuyeron, siendo una puntuación menor a la inicial con 40% de intensidad, y de enojo del 80%.

Otra prueba aplicada en este caso fue la Escala de Ansiedad de Hamilton. En esta intervención se evaluó de forma psicométrica los diversos factores que componen la sintomatología de la ansiedad y se extrajo información de dos ejes, el primero psíquico y el segundo, somático (Hamilton, 1959). Se utilizó esta escala con el objetivo de evaluar y cuantificar los síntomas de ansiedad, proporcionando aproximaciones a un diagnóstico, y para evaluar la gravedad de los síntomas y medir la respuesta al tratamiento a través de su seguimiento (Reynolds *et al.*, 2007).

La paciente obtuvo una puntuación de 16 puntos sobre 28 puntos que corresponde a ansiedad psíquica; y de ansiedad somática de 13 puntos sobre 28 puntos. Esto quiere decir que la paciente Karen tiene mayor tendencia a generar ansiedad psíquica. En esta escala se debe puntuar de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. No existen puntos de corte; además, una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad (Hamilton, 1959).

## Capítulo 3. Estructura del tratamiento

### 3.1. Objetivos de psicoterapia

El objetivo de la terapia cognitivo-conductual es modificar los pensamientos, creencias y comportamientos que son desadaptativas para el desarrollo del paciente. Cabe resaltar que no es necesario que el paciente presente un trastorno para empezar con psicoterapia. La terapia promueve el autoconocimiento en el individuo, permitiendo que sea consciente de los problemas psicológicos que pueden afectar a su salud tanto mental como física. En este caso particular, se plantearon 4 objetivos claves:

1. Retomar control en su vida a través del autocuidado, regulando el sueño, la alimentación y estableciendo una red de apoyo.
2. Manejar adecuadamente las emociones, entendiéndolas y transformándolas para que sean beneficiosas y permitan a la paciente adaptarse a las situaciones adversas.
3. Gestionar de mejor forma el estrés en las diversas áreas de su vida, académica y familiar.
4. Resolver los conflictos familiares desarrollando una mejor comunicación con las personas más cercanas y significativas.

Otra finalidad de la psicoterapia es acceder a un mayor autoconocimiento para que, de esta forma, la paciente pueda comprender el porqué de sus conductas e intereses, dando acceso al inconsciente y reconociendo las fortalezas, debilidades, creencias y valores personales que posee (Moral *et al.*, 2014). También, se buscó con las sesiones terapéuticas, que la paciente consiga los objetivos propuestos, como establecer límites con su madre para poder desarrollar habilidades sociales, conseguir mejorar su capacidad de comunicación asertiva e incrementar sus habilidades para desenvolverse en su entorno diario.

Se ayudó a la paciente a afrontar de mejor manera situaciones específicas. La clave para resolver los problemas actuales y aliviar los síntomas radica en comprender los conflictos ocultos. El objetivo es abordar el sufrimiento y lograr una mayor calidad de vida. Para lograr este objetivo, se utiliza un enfoque metodológico que incorpora diversas técnicas como son la expresión de sentimientos, pensamientos, emociones y sueños mediante su verbalización y, de esta forma, ayudar a que la paciente se conozca mejor, además de ver las situaciones desde diferentes perspectivas. Esto permite comprender de manera más directa los conflictos relacionados con los síntomas y las áreas problemáticas (Salazar, 2017).

### **3.2. Técnicas de intervención**

Con la terapia cognitivo conductual se fomenta el cambio de pensamientos y conductas que puedan ser perjudiciales. Este modelo es un tratamiento psicológico muy común que ayuda a las personas a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamientos negativos por otros que sean más saludables. En esta terapia se ayuda a los pacientes a tomar conciencia de sus cogniciones y conductas que puedan ser intrusivas o que perjudiquen en la actualidad para así modificarlos. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual ha sido respaldada científicamente en una amplia gama de situaciones de intervención. Además, esta forma de terapia se adapta de manera flexible a diversos problemas y necesidades individuales, trabajando en el momento presente. Por tanto, el enfoque de este modelo consiste en realizar cambios que nos permitan vivir la vida que se desea o necesita y se centra en brindar las herramientas necesarias para lograr esa transformación (Fernández, 2012).

La amplia diversidad de estrategias terapéuticas dentro de la terapia cognitivo-conductual permite diseñar programas de tratamiento de manera creativa para abordar problemas nuevos, resistentes, específicos o con presentaciones clínicas complejas. Es

evidente que aprovechar todo el potencial terapéutico de esta modalidad requiere un profundo conocimiento de sus avances tecnológicos y una amplia experiencia en su aplicación. De esta manera, se puede determinar qué tipo de problemas y procedimientos específicos puede ajustarse al caso en particular (Fernández, 2012).

Algunas de las técnicas de intervención de la terapia cognitivo conductual que se implementaron en este caso fue la reestructuración cognitiva que consiste en identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos o distorsionados por pensamientos más realistas y saludables (Cormier, 2009). Otra intervención utilizada fue la técnica de exposición mediante la imaginación, donde se utilizó la imaginación para superar miedos y ansiedades al exponer gradualmente a la persona a situaciones temidas, como es en este caso la ruptura amorosa, ayudando a Karen a reducir su miedo al abandono por parte de su anterior pareja y la ansiedad que experimentó debido a esta situación (Cormier, 2009).

Se implementó entrenamiento en habilidades sociales con la paciente, sobre todo con respecto a su madre, para mejorar su relación a través de la comunicación, comprensión y técnicas para resolver conflictos, siendo más asertivos y empáticos. Para las situaciones donde la paciente experimentó altos niveles de ansiedad y no supo manejarlo se emplearon técnicas de relajación y manejo del estrés como es la respiración consciente y poder relajar los músculos a través de cada respiración. También, se hizo uso de la meditación, sin embargo, no fue muy efectiva en este caso ya que a la paciente se sintió a gusto ni beneficia por ella, por lo que se propuso otras técnicas como la de resolución de problemas. A través de la resolución de problemas aprendió habilidades para identificar problemas, generar soluciones alternativas, evaluar las consecuencias y tomar decisiones efectivas (Cormier, 2009).

Estas intervenciones se utilizaron adaptándolas según las necesidades de Karen para ayudarla a mejorar su bienestar emocional y afrontar los desafíos de manera más efectiva (Cormier, 2009). La técnica de meditación no fue un recurso efectivo en Karen, ya que ha experimentado un evento traumático reciente que no ha sido resuelto, como es la ruptura amorosa, por ende, la meditación podría desencadenar recuerdos dolorosos o emociones intensas. Por eso, en este caso en particular, la meditación como técnica del mindfulness no aportó beneficios a su tratamiento (Gutiérrez, 2011).

### **3.3. Impacto de las intervenciones**

Las intervenciones cognitivo-conductuales tienen un impacto significativo en los pacientes, demostrando resultados positivos en diversas áreas. Una de las principales contribuciones es la reducción de los síntomas asociados a trastornos mentales, como es la depresión, la ansiedad, entre otras. Estas intervenciones también ayudan a mejorar el funcionamiento diario de los pacientes al proporcionarles habilidades y estrategias para afrontar los desafíos cotidianos. Además, se enfocan en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o poco útiles, lo que conduce a cambios positivos en los comportamientos y la adopción de pensamientos más realistas y saludables (Cano *et al.*, 2011).

Las intervenciones cognitivo conductuales también fomentan la autoconciencia y el autocontrol de los pacientes, permitiéndoles tomar mayor conciencia de sus pensamientos, emociones y conductas, para tener un mayor control sobre sus respuestas emocionales. Esto les brinda una comprensión más profunda de sí mismos y les ayuda a desarrollar habilidades para prevenir recaídas en el futuro. En general, estas intervenciones han demostrado ser eficaces y beneficiosas en la mejora de la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes. Cabe señalar que los resultados pueden variar según el paciente y el trastorno específico que se esté tratando, como en este caso

si una técnica no tiene efectividad, se la adapta para que pueda ayudarla en sus problemas cotidianos (Cano *et al.*, 2011).

## Capítulo 4. Conclusiones

La paciente Karen de 21 años, buscó ayuda profesional debido a las dificultades que experimentaba al lidiar con una ruptura después de una relación sentimental de cuatro años y medio. Presentaba síntomas de depresión y ansiedad, como falta de apetito, problemas de sueño, llanto fácil, pérdida de interés en actividades diarias y pensamientos rumiantes. Durante su noviazgo, Karen sufrió abuso emocional y psicológico, lo que contribuyó a su estado de ánimo deprimido y su falta de autoestima. Además, su familia no brindaba el apoyo necesario, lo que la hacía sentir juzgada y criticada.

La dinámica familiar de Karen, también, desempeñó un papel en su situación actual. Creció sin una figura paterna presente y vive con su madre, con quien no tiene una buena relación. Sin embargo, el nuevo objetivo de la paciente es entablar una mejor relación con su madre. Es importante mencionar que su familia materna tiene costumbre y valores tradicionales, lo que incluía la prohibición de mantener relaciones amorosas hasta lograr independencia económica. Karen, al ocultar su relación amorosa, fue juzgada por su familia, contribuyendo a su malestar emocional.

A través de la terapia, Karen ha experimentado mejoras en su estado de ánimo y ha aprendido técnicas para manejar sus emociones. Ha implementado técnicas de relajación y respiración, y otras de índole cognitivo, como el ser consciente de sus pensamientos y conductas disfuncionales. Aunque todavía enfrenta desafíos en su relación familiar y en su propia autoestima, está trabajando en su crecimiento personal y en mejorar su bienestar emocional.

En el caso de Karen, aunque presente sintomatología de depresión, no cumple con el criterio de que los síntomas depresivos persistan durante más de dos años, que es uno de los criterios diagnósticos para la distimia según el DSM-5. Como factor de

riesgo para la distimia, se identifica en Karen el factor ambiental debido a la ruptura amorosa que vivió y la falta de una red de apoyo, lo cual afecta su estado psicológico y funcionamiento diario.

La terapia cognitivo-conductual, en este caso particular, ha demostrado ser eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva. Se aplicaron pruebas psicológicas a la paciente, como el registro de pensamientos disfuncionales y la escala de ansiedad de Hamilton, que permitieron cuantificar los síntomas y evaluar su disminución luego de la intervención. Los resultados fueron favorables, con un puntaje de 14 en ansiedad psíquica, contrastando con su anterior resultado de 16 puntos; y un puntaje de 6 en ansiedad somática, contrastando con los 13 puntos obtenidos al inicio de la terapia. Es importante resaltar que al inicio del proceso terapéutico la paciente Karen se reprochaba el no cumplir las expectativas de su expareja; sin embargo, en la actualidad presenta un discurso con una mayor seguridad en sí misma y enfocado en metas personales. Esto demuestra que el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, junto con las estrategias seleccionadas, fue el más adecuado para poder tratar los síntomas que presentaba Karen.

La terapia cognitivo conductual es rápida y eficiente; sin embargo, con el nuevo objetivo planteado por la paciente de mejorar la relación con su madre, se requiere de un proceso más largo donde se puedan usar otros enfoques. En este caso, de los cuatro objetivos establecidos: retomar el control de la vida de la paciente a través del autocuidado, manejar adecuadamente las emociones, gestionar el estrés en diferentes áreas de su vida y resolver conflictos familiares mediante una mejor comunicación; 3 de ellos se consiguieron con el enfoque cognitivo conductual y en un proceso breve. En la última sesión registrada para este estudio de caso, la paciente mostró facilidad en identificar sus fortalezas y debilidades, demostrando, a su vez, un mejor

autoconocimiento. Esto es clave para generar soluciones alternativas y tomar decisiones efectivas en el futuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Beck. S, Judith. (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York, United States.
- Beck. S, Judith. (2021) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, Third Edition, New York, United States.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Canaviri D., J. K. I., & Ramirez Montaña, I. (2016). Importancia del consentimiento informado. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 74-74.
- Cano-Vincel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica*, (102), 4-27.
- Castilla García, A., & Castilla San José, M. (2001). El consentimiento informado en psicoterapia. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría*, (80), 23-35.
- Cormier, W. H. (2009). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Echeburúa, E., Corral Gargallo, P. D., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (2), Núm. 2.
- Fernández M., García M., & Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.

- Fullana, M. A., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, *138*(5), 215-219.
- Gutiérrez, G. S. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, *14*(2), 223.
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety states by Rating. *British Journal of Medical Psychology*, *32*(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hoyos, M. L., Arredondo, N. H. L., & Echavarría, J. A. Z. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos*, *9*, 55-69.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de psicoterapia*, *89*(13), 5-50.
- Moral J. & Sirvent Ruiz, C. (2014). Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales.
- Oquendo, O. F. (2009). La psicología cognitiva: un manual para compartir, divertirse y aprender. *Poiésis*, (17).
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Reynolds, C., Richmond, B., & Lowe, P. (2007). *AMAS: escala de ansiedad manifiesta en adultos*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, J. M. G., & de Lara, E. V. G. (2021). Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría*. p. 25.

Rosique, M. T., & Aparicio, M. T. S. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y modificación de conducta*, 39(159), 17-23.

Saavedra Guajardo, E. (2009). Conocimiento y desarrollo emocional, desde el enfoque cognitivo, procesal sistémico. *Límite, Revista de filosofía y psicología*. Vol. 1, Nro. 12. pp. 31 – 49.

Salazar, M. L. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, (33), 139-145.

## ANEXOS

## Anexo 1. Escala de Ansiedad de Hamilton. Aplicada al inicio de la sesión del 19 de abril de 2023.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha 19 - 04 - 2023

Unidad/Centro \_\_\_\_\_ N° Historia \_\_\_\_\_

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

**Instrucciones para el profesional**  
 Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

| SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD   | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave/<br>Incapacitante |
|---|---------|------|----------|-------|-----------------------------|
| <b>1. Estado de ánimo ansioso.</b><br>Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad                                 | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>2. Tensión.</b><br>Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.             | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>3. Temores.</b><br>A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.                                | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>4. Insomnio.</b><br>Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.  | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>5. Intelectual (cognitivo)</b><br>Dificultad para concentrarse, mala memoria.  | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>6. Estado de ánimo deprimido.</b><br>Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b><br>Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b><br>Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>9. Síntomas cardiovasculares.</b><br>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>10. Síntomas respiratorios.</b><br>Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>11. Síntomas gastrointestinales.</b><br>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>12. Síntomas genitourinarios.</b><br>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>13. Síntomas autónomos.</b><br>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b><br>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.<br>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Ansiedad psíquica       | 16        |
| Ansiedad somática       | 13        |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> | <b>29</b> |

**Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton. Aplicada al inicio de la sesión del 26 de mayo de 2023.**

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| <b>Nombre</b>        | <b>Fecha</b> 26 - 05 - 2023 |
| <b>Unidad/Centro</b> | <b>Nº Historia</b>          |

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

**Instrucciones para el profesional**  
 Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

| SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD   | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave/<br>Incapacitante |
|---|---------|------|----------|-------|-----------------------------|
| <b>1. Estado de ánimo ansioso.</b><br>Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad                                 | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>2. Tensión.</b><br>Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.             | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>3. Temores.</b><br>A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.                                | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>4. Insomnio.</b><br>Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.  | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>5. Intelectual (cognitivo)</b><br>Dificultad para concentrarse, mala memoria.  | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |
| <b>6. Estado de ánimo deprimido.</b><br>Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                           |

|   |   |              |   |   |   |
|---|---|--------------|---|---|---|
| <b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b><br>Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.   | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |
| <b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b><br>Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.   | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |
| <b>9. Síntomas cardiovasculares.</b><br>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.  | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |
| <b>10. Síntomas respiratorios.</b><br>Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.  | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |
| <b>11. Síntomas gastrointestinales.</b><br>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.  | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |
| <b>12. Síntomas genitourinarios.</b><br>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.  | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |
| <b>13. Síntomas autónomos.</b><br>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)  | 0 | <del>1</del> | 2 | 3 | 4 |
| <b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b><br>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.<br>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1            | 2 | 3 | 4 |

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Ansiedad psíquica       | 14        |
| Ansiedad somática       | 6         |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> | <b>20</b> |

Anexo 3. Registro de Pensamientos Disfuncionales. Aplicada al inicio de la sesión del 22 de marzo de 2023.

| REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES  |   |  |                            |  |  |
|--|---|--|----------------------------|--|--|
| SITUACION  | AUTOMATICOS/REACTIVOS   |  | DISTORSIONES COGNITIVAS    | REFLECTIVOS  |  |
|  | PENSAMIENTOS<br>% CREENCIA EN PENSAMIENTO<br>INTENSIDAD<br>0 - 100<br>(NADA) (MAXIMO) | SENTIMIENTOS<br>INTENSIDAD<br>0 - 100<br>(NADA) (MAXIMO) |                            | PENSAMIENTOS RACIONALES<br>% CREENCIA EN PENSAMIENTO<br>INTENSIDAD<br>0 - 100<br>(NADA) (MAXIMO) | SENTIMIENTOS<br>INTENSIDAD<br>0 - 100<br>(NADA) (MAXIMO) |
| Domingo<br>Le envia-<br>ron una<br>foto con<br>una can-<br>cón que<br>sabe que<br>le dedicó<br>a una<br>chica. | Por que es un-<br>vo conmigo 70   | Triste 80%<br>Enojo 100%<br>(100%)                       | Pensamiento<br>Polarizado. | NADA QUE SE MAS BAJO DE 60%<br>ya se acabó (3 capitar)<br>80-85%                                 | Triste 40-<br>50%<br>Enojo 80%                           |
|  | Por que en-<br>tan poca aten-<br>ción ya dedi-<br>cá con otras<br>a otras chicas      |  |                            |  | yo no soy mala<br>persona 90%                            |
|  | Creencias &<br>Pensamientos implícitos  |  |                            |  |  |
|  | Ese mensaje que<br>(mala)   |  |                            | Angas<br>hambre Triste 30%   |  |