

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el tratamiento de un adulto joven con baja reactividad emocional, dificultades en la toma de decisiones y falta de habilidades de afrontamiento.

Bryan Josué Torres Almache

Psicología Clínica

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica

Quito, 21 de julio de 2025

Universidad San Francisco de Quito USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el tratamiento de un adulto joven con baja reactividad emocional, dificultades en la toma de decisiones y falta de habilidades de afrontamiento.

Bryan Josué Torres Almache

Nombre del profesor, Título académico

Daniela Verónica Ziritt Cruz, MSc.

Quito, 21 de Julio de 2025

© 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: Bryan Josué Torres Almache

Código: 00327218

Cédula de identidad: 1725176083

Lugar y fecha: Quito, 21 de Julio de 2025

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UNPUBLISHED DOCUMENT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>.

DEDICATORIA

Con profundo cariño y gratitud, dedico esta tesis a mis abuelitos José y Martha, cuyo amor y sabiduría han sido mi guía constante. A mi madre Mayra, por su fortaleza y apoyo que me han sostenido en cada paso de este camino. A mis hermanos Joselyne y Andrew, por su aliento, risas y complicidad, que hicieron más ligero este desafío. Y a Mikaela, una persona especial en mi vida, por su afecto, paciencia y apoyo inquebrantable que han dado luz a este esfuerzo. Este trabajo es un reflejo de amor y confianza en mí, y lo llevo con orgullo en sus nombres.

RESUMEN

Este estudio de caso evalúa la efectividad de la intervención clínica con enfoque cognitivo-conductual en un hombre ecuatoriano de 28 años, quien acudió a consulta por dificultades en la regulación emocional, toma de decisiones y habilidades de afrontamiento, derivadas de una reciente ruptura amorosa y una relación distante con su hermana. Presentaba pensamientos automáticos disfuncionales, junto con sentimientos de culpa y confusión emocional. Las intervenciones, hasta el momento, han consistido en seis sesiones individuales a lo largo de un mes, empleando técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, cuestionamiento socrático y activación conductual. Se recolectaron datos cualitativos y cuantitativos mediante entrevistas clínicas, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, puntuación 7), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, puntuación 4) y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IAT), que descartaron trastornos clínicamente significativos, sin embargo, revelaron distorsiones cognitivas relevantes. Los resultados muestran una mejoría notable en la claridad emocional, reducción de la culpa, fortalecimiento de la comunicación asertiva y mayor autonomía en la toma de decisiones, demostrando la eficacia de la TCC para abordar problemas emocionales no patológicos.

Palabras Clave: Terapia Cognitivo Conductual, reactividad emocional, toma de decisiones, habilidades de afrontamiento, pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, distorsiones cognitivas, autocompasión.

ABSTRACT

This case study evaluates the effectiveness of a cognitive-behavioral clinical intervention in a 28-year-old Ecuadorian man who presented difficulties in emotional regulation, decision-making, and coping skills, resulting from a recent breakup and a distant relationship with his sister. He presented with dysfunctional automatic thoughts, along with feelings of guilt and emotional confusion. Interventions to date have consisted of six individual sessions over the course of a month, employing techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, Socratic questioning, and behavioral activation. Qualitative and quantitative data were collected through clinical interviews, the Beck Depression Inventory (BDI-II, score 7), the Beck Anxiety Inventory (BAI, score 4), and the Automatic Thought Inventory (AIT), which ruled out clinically significant disorders but revealed relevant cognitive distortions. The results show a notable improvement in emotional regulation, reduced feeling of guilt, strengthened assertive communication, and greater autonomy in decision-making, demonstrating the effectiveness of CBT in addressing non-pathological emotional problems.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, emotional reactivity, decision-making, coping skills, automatic thoughts, cognitive restructuring, cognitive distortions, self-compassion.

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	10
1.1	Marco teórico del caso clínico	10
1.1.1	Reactividad y regulación emocional	10
1.1.2	Toma de decisiones	11
1.1.3	Habilidades de afrontamiento	12
1.1.4	Eficacia de la TCC como terapia breve	13
2	DESARROLLO	14
2.1	Presentación de datos antes de la intervención	14
2.1.1	Datos del paciente	14
2.1.2	Motivo de consulta.....	14
2.1.3	Historia familiar	14
2.1.4	Antecedentes psicopatológicos familiares	16
2.1.5	Conceptualización caso.....	18
2.2	Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas.....	22
2.2.1	Entrevista clínica estructurada	22
2.2.2	Inventario de Berna de los Objetivos Terapéuticos (Anexo B):	23
2.2.3	Inventario de Depresión de Beck – BDI-II (Anexo C):	24
2.2.4	Inventario de Ansiedad de Beck – BAI (Anexo D):	25
2.2.5	Inventario de pensamientos automáticos – IAT (Anexo F):	25

2.2.6	Registro de Pensamientos y Evaluación (tarea para la casa – Anexo E)	26
2.2.7	Observación Conductual	27
2.3	Objetivos	27
2.4	Explicación y justificación de las técnicas de Intervención.....	28
2.4.1	Primera y segunda sesión.....	28
2.4.2	Tercera y cuarta sesión.....	29
2.4.3	Quinta y sexta sesión	30
2.4.4	Prevención de recaídas.....	31
2.5	Intervención y resultado de cada sesión.....	31
2.5.1	Sesión 1: Establecimiento de rapport y exploración inicial.....	31
2.5.2	Sesión 2: Introducción al modelo TCC y establecimiento de objetivos terapéuticos.....	32
2.5.3	Sesión 3: Evaluación de sintomatología y activación conductual inicial	33
2.5.4	Sesión 4: Introducción al registro de pensamientos automáticos	34
2.5.5	Sesión 5: Profundización en emociones y evaluación cognitiva	34
2.5.6	Sesión 6: Reestructuración cognitiva focalizada y fortalecimiento de agencia	35
2.6	Discusión de los resultados obtenidos	36
2.7	Limitaciones de los resultados obtenidos	38
2.8	Conclusiones	39
3	Referencias.....	42
4	ANEXOS	45

TABLA DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado	45
Anexo B. Inventario de Berna de Objetivos Terapéuticos.....	54
Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	58
Anexo D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	61
Anexo E. Registro de Pensamientos y Evaluación	62
Anexo F. Inventario de Pensamientos Automaticos (IAT).....	64

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico del caso clínico

1.1.1 Reactividad y regulación emocional

La reactividad emocional se refiere a la intensidad y rapidez con la que un individuo responde emocionalmente a estímulos tanto externos, como internos, influenciados por factores biopsicosociales. Según Fernández de Trocóniz y compañeros (2008) la capacidad de reaccionar emocionalmente de manera apropiada cambia a lo largo de la vida adulta, gracias a la experiencia y el desarrollo de estrategias de regulación. Lo denominado como una baja reactividad emocional, caracterizada por respuestas menos intensas, puede reflejar una regulación efectiva, en especial en adultos tempranos con alta estabilidad emocional. Silva (2005) destaca que una regulación emocional adaptativa, asociada a baja reactividad, actúa como factor de resiliencia frente a la psicopatología, aunque una reactividad excesivamente baja podría vincularse a trastornos como la depresión en ciertos contextos.

En adultos jóvenes, la alta reactividad emocional es frecuente en aquellos individuos que han desarrollado pocas o nulas habilidades de regulación o que se desenvuelven en contextos culturales que minimizan el autocontrol. En adultos, la madurez ligada a lo emocional y la experiencia de vida tienden a beneficiar una menor reactividad, gracias a un mayor uso de estrategias de regulación como la reevaluación positiva (De los Santos, 2022; Fernández de Trocóniz et al., 2008). Sin embargo, Silva (2005) revela que el estrés crónico o vulnerabilidades psicológicas suelen aumentar la reactividad emocional, generando así una reacción no esperable. De esta manera, aunque

la baja reactividad es un signo de adaptación en adultos, su presencia es dependiente del contexto del sujeto.

1.1.2 Toma de decisiones

La toma de decisiones las podemos dividir en decisiones automáticas y decisiones conscientes/motivadas. Las primeras, automáticas, se caracterizan por ser rápidas, intuitivas y ejecutadas sin un control consciente intencionado, por lo que no requieren gran capacidad atencional. Según Ponte y Sampedro (1990), estas decisiones se asocian con procesos automáticos de atención, estímulos previamente relevantes para el individuo pueden interferir en la selección atencional de eventos presentes, generando efectos como el *pop-up effect*. Por otro lado, las decisiones conscientes o motivadas, implican un procesamiento controlado y guiado por intenciones conscientes, donde se utiliza recursos atencionales significativos. Estas decisiones se basan en la memoria operativa, donde la información es analizada continuamente para responder a objetivos específicos planteados por el individuo (Ponte y Sampedro, 1990).

En la cotidianidad las decisiones tienden a ser repetitivas, de bajo riesgo y se resuelven con procesos automáticos o semiautomáticos, por ejemplo, elegir qué comer o responder a estímulos habituales involucra poco esfuerzo cognitivo y una dependencia hacia aquellos esquemas almacenados en la memoria a largo plazo. Es así que, Ponte y Sampedro (1990) ilustran esto con tareas donde estímulos irrelevantes interfieren automáticamente las decisiones rutinarias debido a la práctica previa. Por otro lado, las decisiones a largo plazo son menos frecuentes, implican mayor incertidumbre y requieren un procesamiento consciente, como planificar una carrera profesional o una inversión

financiera importante. Estas decisiones demandan una evaluación profunda de alternativas y consecuencias, apoyándose en procesos controlados que requieren de una alta capacidad atencional.

1.1.3 Habilidades de afrontamiento

Las habilidades de afrontamiento se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales que una persona realiza para manejar las demandas internas o externas que percibe como estresantes o exceden sus recursos, entonces se entiende el afrontamiento como aquel proceso dinámico mediado por la evaluación cognitiva, que incluye la evaluación primaria, llamada percepción de la amenaza, y secundaria, llamada evaluación de los recursos para enfrentarla (Lazarus, 1984; Uribe-Urzola et al., 2018).

Los tipos de afrontamiento se dividen en estrategias adaptativas y evitativas. Las adaptativas, como la resolución de problemas o la reestructuración cognitiva, tienen el fin de modificar la situación estresante o reinterpretarla para reducir el impacto emocional. Por el contrario, las estrategias evitativas, como la negación o la distracción, buscan evitar el problema, lo que puede reflejarse como alivio temporal, sin embargo, resulta ineficaz a largo plazo, ya que no aborda la fuente del estrés (Williams, 2025).

En la adultez temprana, caracterizada por múltiples transiciones y demandas sociales, como la elección de una carrera o profesión, el establecimiento de relaciones interpersonales y la consolidación de la identidad, las habilidades de afrontamiento toman gran relevancia. Por esta razón, los adultos jóvenes tienden a emplear estrategias adaptativas cuando perciben que tienen control sobre las situaciones, lo que favorece la resiliencia y el bienestar psicológico (Lazarus, 1984). Sin embargo, también puede ocurrir lo contrario, donde los individuos pueden recurrir a estrategias evitativas bajo esta

alta presión social y el estrés académico o laboral que pueden llegar a experimentar, incrementando la vulnerabilidad a problemas de salud mental en esta etapa.

Por lo tanto, la relevancia de estas habilidades radica en su capacidad para modular el impacto del estrés, influir en el desarrollo personal y prevenir desenlaces negativos, siendo crucial fomentar estrategias adaptativas mediante entrenamiento en resolución de problemas y regulación emocional para optimizar el ajuste en esta etapa del desarrollo.

1.1.4 Eficacia de la TCC como terapia breve

La TCC es eficaz como terapia breve debido a su estructura focalizada y su énfasis en intervenciones prácticas, ya que, se centra en identificar y modificar pensamientos automáticos disfuncionales y creencias subyacentes que influyen en la tríada emociones, conductas y pensamientos (Echeburúa et al., 2009) . Esta terapia se basa en un modelo que integra la tríada cognitiva, donde los pensamientos distorsionados generan emociones negativas y conductas desadaptativas, por ende, la estructuración de las sesiones debe tener objetivos claros y técnicas como la asignación de tareas para casa, lo que permite abordar problemas específicos de manera eficiente, lo que la hace ideal para intervenciones breves (Caballo, 1991; Ruiz et al., 2012).

La efectividad de esta terapia frente a los problemas emocionales y de toma de decisiones radica en su capacidad para modificar patrones cognitivos que perpetúan trastornos como la ansiedad o la depresión, y buscan mejorar la toma de decisiones al reducir sesgos emocionales. Beck (2020) comenta que la TCC guía a los pacientes a identificar pensamientos automáticos negativos y a reemplazarlos por pensamientos más adaptativos, lo que regula emociones intensas y promueve conductas funcionales.

2 DESARROLLO

2.1 Presentación de datos antes de la intervención

2.1.1 Datos del paciente:

Nombre: Andrew (seudónimo)

Edad: 28 años

Género: Masculino

Ocupación: Empleado en el área de turismo

2.1.2 Motivo de consulta:

Andrew acude a consulta manifestando sentirse con la mente “nublada”, señalando una sensación general de confusión respecto a su estado emocional y a su vida en general. Refiere dificultades para identificar lo que desea, tendencia a la rumiación y temor constante a equivocarse al tomar decisiones importantes. Menciona como una de sus preocupaciones más intensas una reciente ruptura amorosa, la cual ha generado sentimientos de culpa y cuestionamientos personales. Además, expresa el deseo de mejorar el vínculo con su hermana, con quien señala no mantiene una comunicación abierta o de confianza, situación que también contribuye a su malestar emocional. Por otro lado, manifiesta inquietud respecto a su consumo de cannabis, mostrando ambivalencia entre dejarla o reemplazarla, sin tener claridad sobre cómo abordar esta situación.

2.1.3 Historia familiar

Andrew creció en un entorno familiar conformado por sus padres y su hermana menor, con una estructura y dinámica que se ha mantenido estable a lo largo del tiempo.

Describe una relación cercana y funcional con ambos padres a quienes percibe como figuras disponibles y emocionalmente accesibles cuando lo necesita. Su madre se encuentra actualmente sin actividad laboral remunerada y ha cumplido el rol de ama de casa. Su padre es psicólogo de profesión y se ha mostrado comprensivo hacia el consumo de su hijo, aunque con una expresión afectiva más reservada. Andrew refiere que el vínculo con ellos ha estado marcado por la estabilidad y el acompañamiento.

En relación con su hermana menor de 26 años, quien recientemente se convirtió en madre, Andrew comenta que, si bien la convivencia es armónica no logra establecer con ella una comunicación cercana ni espacios de confianza en los que pueda compartir aspectos personales. Esta distancia emocional ha generado en él sentimientos de culpa y el deseo de fortalecer la relación emergiendo en este contexto el pensamiento de “No soy un buen hermano”. A pesar de ello reconoce que la llegada de su sobrino ha representado un cambio positivo en la dinámica familiar generando una sensación de cercanía emocional y mayor cohesión entre los integrantes del núcleo.

Durante el periodo de la pandemia el ambiente familiar se volvió tenso debido a las dificultades económicas que enfrentaron, principalmente sus padres, situación que se sostuvo durante varios años. Refiere que esta tensión comenzó a disminuir en el año 2024 momento en el que identifica una mejora progresiva en ámbito emocional del hogar coincidiendo con el nacimiento de su sobrino. Actualmente alterna su lugar de residencia entre la casa de sus abuelos maternos ubicada en Tumbaco donde permanece entre semana por motivos laborales y el domicilio de sus padres en Quito al que acude los fines de semana. Esta dinámica le permite mantenerse vinculado activamente con ambos espacios y percibir a sus abuelos como figuras de apoyo cotidiano.

Andrew refiere que aún depende económicamente de sus padres y abuelos, principalmente en lo relacionado con la alimentación y la vivienda. A nivel afectivo destaca la presencia de su mascota un perro que vive en la casa de sus padres y al que considera una fuente importante de bienestar emocional. También identifica como figuras significativas a su expareja, con quien mantiene una relación cordial y de confianza, y a un amigo cercano de su etapa universitaria, reconoce a ambos como parte de su red de apoyo actual.

Finalmente, durante su niñez y adolescencia Andrew recuerda y reporta haber tenido un temperamento tranquilo sin registrar dificultades relevantes en sus relaciones familiares ni problemas conductuales en el hogar, lo cual refuerza su percepción de haber crecido en un ambiente emocionalmente estable. Sufrió de alergias y asma de los 10 a los 13 años. Luego de un tratamiento homeopático, no presentó más síntomas. En su etapa adulta, refiere una dinámica familiar igualmente estable y una mejora en los vínculos a partir del nacimiento de su sobrino además señala contar con un círculo social saludable compuesto por relaciones significativas tanto en el ámbito personal como laboral.

2.1.4 Antecedentes psicopatológicos familiares

La historia familiar de Andrew revela la presencia de experiencias de alta carga emocional que, aunque no se traducen en diagnósticos formales de salud mental, han influido en la configuración de creencias disfuncionales y distorsiones cognitivas asociadas a la culpa, la autoexigencia interpersonal y la dificultad para sostener límites afectivos sin experimentar malestar.

Responsabilidad excesiva y culpa fraterna: Durante la etapa universitaria de su hermana, Andrew fue testigo de un periodo conflictivo familiar vinculado al consumo

problemático de alcohol por parte de ella, que derivó en tensiones frecuentes con los padres. Aunque él no participó directamente en esos conflictos, ha desarrollado la creencia de que pudo haber intervenido o acompañado más activamente a su hermana. Esta percepción refleja una distorsión cognitiva de *personalización*, en la que se atribuye responsabilidad sobre situaciones externas a su control (Belloch et al., 2009). Como resultado, emerge el pensamiento automático “No soy un buen hermano”, asociado a sentimientos persistentes de culpa.

Hipervigilancia emocional hacia la madre: La presencia de síntomas emocionales crónicos en su madre, compatibles con un probable cuadro depresivo reactivo vinculado al diagnóstico de fibromialgia en el 2020, parece haber reforzado en Andrew un esquema de hipervigilancia frente al sufrimiento ajeno. Desde edades tempranas internaliza la creencia de que debe estar emocionalmente disponible para los demás. Esto se vincula con una distorsión de tipo *sobre generalización*, al extender la idea de que su valor personal depende de su capacidad de contener emocionalmente a otros (Castañeda Quirama, 2020).

Culpa relacional y límites difusos: Andrew manifiesta dificultades para sostener límites claros con su expareja, a pesar de haber tomado la decisión de finalizar la relación. La culpa que experimenta se relaciona con la percepción de que fue él quien causó el malestar y la pérdida, reflejando una distorsión de *pensamiento dicotómico* (“Estoy lastimando a los demás”). Este patrón refuerza su tendencia a priorizar el bienestar del otro por sobre su propia estabilidad emocional.

Modelo evitativo y consumo en la familia: Andrew menciona que su abuelo paterno tuvo un consumo crónico y problemático de tabaco, con consecuencias físicas

severas. Aunque este antecedente no forma parte directa de su entorno afectivo actual, podría representar un modelo intergeneracional de afrontamiento evitativo del malestar. Este contexto resulta relevante considerando su relación ambivalente con el consumo de cannabis y la dificultad para definir si desea sostenerlo o reemplazarlo.

Estas experiencias familiares parecen haber contribuido a la formación de un estilo de procesamiento emocional caracterizado por la dificultad para identificar y expresar sus propias emociones de forma clara, así como una marcada inseguridad al momento de tomar decisiones relevantes para su vida personal. Dichas dificultades podrían estar relacionadas con patrones de evitación experiencial y una limitada conexión con sus estados internos, aspectos que también se evidenciaron en la entrevista clínica inicial. Desde la perspectiva terapéutica, se plantea la intervención en estos esquemas a través de estrategias de reestructuración cognitiva, psicoeducación emocional y fortalecimiento de habilidades de toma de decisiones y autonomía personal.

2.1.5 **Conceptualización caso**

En este caso, la TCC permite comprender cómo la historia familiar, dinámica vincular y creencias personales influyen en su malestar emocional actual. Por medio de este enfoque se identifican pensamientos automáticos, creencias centrales, comportamientos disfuncionales y emociones predominantes que configuran el núcleo del funcionamiento psicológico de Andrew.

Pensamientos automáticos: Andrew presenta pensamientos automáticos que emergen de forma rápida e involuntaria ante situaciones que implican toma de decisiones, contacto con emociones complejas o vínculos significativos. Al respecto se destacan los siguientes:

- "No soy un buen hermano", pensamiento directamente vinculado con sentimientos de culpa. Andrew refiere que, durante una etapa de dificultad familiar, cuando su hermana confrontaba constantemente a sus padres, él mantuvo una posición distante, sin involucrarse. Actualmente considera que pudo haber estado más presente, lo cual alimenta su autocrítica y malestar emocional.
- "Estoy lastimando a los demás", pensamiento relacionado a su expareja, con quien manifiesta tener una relación cordial y ambigua. A pesar de finalizar la relación amorosa, siente responsabilidad emocional por el sufrimiento que ella expresó, lo que refuerza la dificultad de sostener límites claros actualmente.
- "No sé si lo que estoy haciendo en mi vida está bien", pensamiento que indica desorientación en su rumbo personal y profesional. Se hace presente en situaciones de incertidumbre y toma de decisiones frente a su proyección a futuro.

Estos pensamientos automáticos contribuyen a reforzar y mantener emociones como culpa, inseguridad y frustración; lo que interfiere en la capacidad para actuar con claridad y consistencia emocional.

Creencias subyacentes: Las creencias centrales identificadas en el paciente se relacionan con una elevada autoexigencia, una percepción frágil de competencia personal y dificultad para sostener vínculos cercanos sin experimentar inseguridad o temor a fallar.

Entre ellas se destacan:

- **"Voy a fracasar"**, creencia que atraviesa su percepción sobre el futuro y refuerza su parálisis ante decisiones importantes.
- **"Si me equivoco, todo va a salir mal"**, creencia asociada a una interpretación catastrófica del error, lo cual incrementa su ansiedad ante la posibilidad de actuar sin certeza plena.
- **"No sé cómo mantener vínculos cercanos"**, se asocia con el sentimiento de culpa hacia su hermana, así como con su ambivalencia afectiva hacia la expareja. Refleja una creencia de incompetencia vincular.
- **"Si no cuido a los demás, soy egoísta o insensible"**, creencia que sostiene la sobre responsabilidad emocional que Andrew asume en sus relaciones más cercanas. Esto se hace evidente en su necesidad de proteger emocionalmente a su expareja, incluso cuando ya ha tomado distancia relacional.

Estas creencias han sido moldeadas por su historia familiar, en la cual las emociones negativas tendían a silenciarse o a no ser procesadas abiertamente (Cano-vindel et al., 2016). La presencia de afectación emocional en la madre, relacionada con la fibromialgia y con síntomas compatibles con un probable cuadro depresivo, ha colocado a Andrew en una posición de contención silenciosa. Aunque mantiene un vínculo positivo con ella, percibe que debe cuidar sus palabras o emociones para no alterarla, lo cual ha reforzado un esquema de evitación emocional y sobre acomodación familiar.

Comportamientos disfuncionales

- **Evitar o postergar decisiones importantes:** Andrew experimenta una marcada dificultad para tomar decisiones personales, especialmente

aquellas que implican posibles consecuencias o que activan incertidumbre.

Esta evitación refuerza su sensación de estancamiento.

- **Límites afectivos inestables:** En el vínculo con su expareja, Andrew reconoce que, si bien tiene clara su decisión de no retomar la relación, le cuesta mantener una distancia emocional y ser firme cuando ella expresa su deseo de volver. Esto genera ambivalencia interna y desgaste emocional.
- **Consumo ambivalente de cannabis:** Aunque su consumo no es disfuncional ni problemático en términos clínicos, sí se observa una relación emocionalmente dependiente con la sustancia. Andrew refiere que le ayuda a relajarse, ser creativo o salir del aburrimiento, sin embargo, esta funcionalidad puede estar encubriendo una forma evitativa de afrontar el malestar o la desconexión emocional. Existe el riesgo de que este patrón escale hacia una dependencia si no se exploran nuevas estrategias de autorregulación emocional.
- **Sobre-acomodación familiar:** En su entorno familiar, Andrew tiende a ubicarse en un rol pasivo-afectivo, donde prioriza el equilibrio del grupo sobre la expresión de sus propios estados internos. Esto se observa tanto en la relación con su madre como en la dinámica general del sistema familiar.

Emociones asociadas

Andrew presenta un conjunto de emociones que, aunque no alcanzan niveles clínicos de disfuncionalidad, sí configuran un malestar subjetivo sostenido:

- **Culpa**, especialmente hacia su hermana y su expareja, pero también hacia su madre, al percibir que debe protegerla emocionalmente dada su condición médica y estado de ánimo.
- **Frustración**, presente cuando enfrenta decisiones importantes o situaciones que le generan incertidumbre. Esta emoción es expresada recurrentemente por Andrew y está asociada a su autocrítica y sensación de bloqueo.
- **Confusión emocional**, vinculada a la dificultad para identificar con claridad lo que siente o desea en distintos momentos de su vida.
- **Incertidumbre**, especialmente en lo que respecta a su proyecto de vida y su autodefinición personal.
- **Tristeza leve**, que se manifiesta de forma difusa como una sensación de estancamiento o desconexión afectiva consigo mismo.

Estas emociones están interrelacionadas y contribuyen a mantener un ciclo de evitación, inseguridad y dependencia emocional, que dificultan la construcción de una identidad sólida y de un proyecto de vida definido.

2.2 Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas.

2.2.1 Entrevista clínica estructurada

La entrevista clínica estructurada se utilizó al inicio del proceso terapéutico, específicamente durante la primera y segunda sesión, con el objetivo de obtener información detallada sobre la historia de vida de Andrew, su sintomatología actual y las preocupaciones que lo llevaron a acudir al psicólogo. Esta entrevista se diseñó con el fin de examinar antecedentes familiares, personales, médicos, educativos, laborales y

relacionales, así como su desarrollo en distintas etapas vitales (infancia, adolescencia y adultez). De igual manera, se incluyó una evaluación protocolar de comportamiento suicida, consumo de sustancias y posibles trastornos concurrentes.

Esta técnica es fundamental en el establecimiento de la relación terapéutica, también para explorar los antecedentes del paciente y comprender los factores emocionales, cognitivos y conductuales que subyacen al malestar que presenta. En el caso de Andrew, se identificaron preocupaciones relacionadas con la dificultad para tomar decisiones, el sentimiento de culpa constante, la ambivalencia con el consumo de cannabis y su necesidad de fortalecer vínculos afectivos. Del mismo modo, se pudieron explorar las dinámicas familiares de la actualidad y previas, revelando cómo ciertas experiencias vinculares han impactado en la construcción de creencias disfuncionales.

2.2.2 Inventario de Berna de los Objetivos Terapéuticos (Anexo B):

El Inventario de Berna de los Objetivos Terapéuticos se aplicó en la segunda sesión, para explorar y delimitar deseos, necesidades y metas que el paciente se planteó alcanzar por medio del proceso psicoterapéutico. Este instrumento facilita la identificación, de forma guiada, de aspectos de la vida que el paciente desea cambiar, mejorar o comprender, organizando sus objetivos en áreas centrales como el autoconocimiento, la regulación emocional, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones y el manejo de conflictos internos (Holtforth & Michalak, 2012).

Esta herramienta es de gran utilidad al inicio del proceso terapéutico, ya que permite al terapeuta y paciente orientar las expectativas, establecer objetivos y fomentar la colaboración activa. En el caso de Andrew, los resultados se vieron reflejados en un interés por tener claridad emocional, reducir la confusión mental, fortalecer vínculos

significativos y controlar sentimientos de culpa; aspectos que se conectan directamente con el motivo de consulta. Además, dado que esta evaluación forma parte del protocolo del Centro de Salud Mental de la USFQ, en el que se lleva a cabo el tratamiento, su aplicación permitió establecer un trabajo terapéutico coherente con las demandas del paciente, favoreciendo la planificación de una intervención ajustada a sus necesidades personales (Nieto, 2006).

2.2.3 Inventario de Depresión de Beck – BDI-II (Anexo C):

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) fue administrado durante la segunda sesión con el objetivo de evaluar la presencia e intensidad de síntomas depresivos en Andrew. Este cuestionario autoadministrado permite obtener una medida cuantitativa de la sintomatología depresiva a través de ítems que abordan el estado de ánimo, la motivación, el autoconcepto, la energía, el sueño, y otros indicadores afectivos y cognitivos relevantes (Del Carmen et al., 2012).

La aplicación de este instrumento fue pertinente debido a que Andrew manifestó sentimientos de tristeza, frustración y culpa de manera reiterada desde la primera sesión. A pesar de que no se identificaron signos significativos, el uso del BDI-II permitió el establecimiento de un punto de referencia del estado emocional actual del paciente. En el caso de Andrew, los resultados se relacionan con un nivel mínimo de sintomatología depresiva, por lo tanto, se descarta por el momento un trastorno depresivo clínico. Además, a partir de esta evaluación se lograron identificar aspectos emocionales que deben ser atendidos vinculados a baja motivación, ambivalencia y autoevaluación crítica.

2.2.4 Inventario de Ansiedad de Beck – BAI (Anexo D):

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se aplicó durante la segunda sesión para medir la gravedad de los síntomas ansiosos que el paciente pudiera estar experimentando. Este instrumento estandarizado tiene la finalidad de evaluar síntomas físicos y cognitivos asociados a la ansiedad, como tensión muscular, palpitaciones, inquietud y preocupación excesiva (Sanz y Navarro, 2003).

La aplicación de este inventario fue relevante, ya que Andrew manifestó preocupación frente a la incertidumbre, dificultad en la toma de decisiones y miedo al futuro. Los resultados indicaron niveles mínimos de ansiedad, lo cual fue coherente el discurso del paciente donde predominaban sensaciones de confusión y preocupación, conjuntamente con síntomas de ansiedad y pánico. Este instrumento facilitó una evaluación objetiva de la sintomatología ansiosa, para orientar la intervención desde la TCC, priorizando el abordaje de pensamientos automáticos y creencias subyacentes vinculadas al temor a equivocarse.

2.2.5 Inventario de pensamientos automáticos – IAT (Anexo F):

Inventario de Pensamientos Automáticos (IAT) se aplicó durante la quinta sesión para identificar la frecuencia e intensidad de los pensamientos negativos automáticos presentes en el paciente. Este instrumento permite valorar la autoevaluación negativa, la desesperanza, el rechazo social y la preocupación excesiva, para un análisis estructurado del contenido cognitivo (Pérez Vásquez y Rosario Quiroz, 2017).

La administración del IAT fue de gran importancia, ya que, Andrew manifestó experimentar pensamientos de autocrítica, inseguridad en sus vínculos y sentimientos de culpa. La identificación de pensamientos automáticos como “No soy un buen hermano”,

“Estoy lastimando a los demás” y “No sé si lo que estoy haciendo en mi vida está bien” permitió comprender de forma más precisa la base cognitiva de su malestar emocional. Así mismo, permitió planificar intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva, y la visibilización de distorsiones como la *sobregeneralización*, el pensamiento dicotómico y la lectura mental, coherentes con las dificultades que Andrew enfrenta en sus relaciones interpersonales y en la toma de decisiones.

2.2.6 Registro de Pensamientos y Evaluación (tarea para la casa – Anexo E):

A partir de la tercera sesión, se implementó el registro de pensamientos, emociones y conductas. Esta técnica se utilizó con la finalidad de que el paciente observe conscientemente y de manera objetiva las situaciones detonantes de malestar emocional, también para identificar las cogniciones que emergían en dichos momentos.

La aplicación de esta herramienta ayudó a generar autoconciencia y automonitoreo de procesos cognitivos de Andrew, facilitando la comprensión del vínculo entre pensamiento, emoción y conducta. Esta técnica fue especialmente pertinente, puesto que el paciente expresó en sus discursos iniciales confusión respecto a su estado emocional y mental, por ejemplo, la dificultad para identificar sentimientos que influyen en la toma de decisiones. Esta técnica permitió visibilizar la recurrencia de pensamientos automáticos de carácter negativo y brindó una base concreta para iniciar la reestructuración cognitiva en el espacio terapéutico. Finalmente, contribuyó al empoderamiento del paciente en su proceso de cambio, promoviendo una participación activa y reflexiva, propia del enfoque de la TCC (Díaz et al., 2017).

2.2.7 Observación Conductual:

Durante las sesiones se realizó una observación de la conducta verbal y no verbal de Andrew, dándole prioridad a la forma en que expresaba sus emociones. Se analizó el discurso, expresión facial, contacto visual, tono de voz, lenguaje corporal y coherencia entre lo verbalizado y lo expresado emocionalmente.

La observación clínica contribuyó a la recolección de información adicional para el análisis del caso, lo que ayudó a identificar incongruencias entre el contenido verbal y las respuestas emocionales, incluyendo indicadores de malestar o evitación emocional (Almeda, 2024). Es así que se confirmaron ciertas dificultades del paciente, por ejemplo, su tendencia a minimizar emociones negativas. Esta observación reforzó el enfoque de intervención centrado en el reconocimiento emocional y la validación interna, elementos fundamentales dentro del abordaje cognitivo conductual aplicado en este caso.

2.3 Objetivos

A partir de la información obtenida de las técnicas y herramientas aplicadas, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:

- Desarrollar habilidades de reconocimiento emocional y toma de decisiones autónomas, facilitando la identificación y diferenciación de emociones, así como el fortalecimiento de su capacidad para tomar decisiones congruentes con las necesidades personales del paciente.
- Identificar y reestructurar pensamientos automáticos disfuncionales, trabajando de forma progresiva en la detección de pensamientos negativos recurrentes para cuestionar su validez y sustituirlos por interpretaciones más realistas y funcionales.

- Reducir los sentimientos de culpa relacionados con vínculos significativos, explorando y reformulando creencias disfuncionales asociadas a la responsabilidad afectiva excesiva, y para promover una autoevaluación más compasiva. Entrenar estrategias de afrontamiento funcional para el malestar emocional, desarrollando técnicas de autorregulación emocional, planificación de actividades placenteras y reestructuración cognitiva, facilitando la gestión adaptativa del aburrimiento, la frustración o la tensión mental, y reducir progresivamente el consumo de cannabis como mecanismo de afrontamiento.
- Mejorar las habilidades de comunicación y vinculación fraterna, fomentando habilidades de comunicación empática y asertiva, estableciendo objetivos graduales para fortalecer la relación de Andrew con su hermana, y promoviendo interacciones más abiertas, confiables y basadas en la confianza mutua.

2.4 Explicación y justificación de las técnicas de Intervención

2.4.1 Primera y segunda sesión

Establecimiento de rapport: Se trabajó activamente en generar una alianza terapéutica sólida, considerando que Andrew expresó preocupaciones relacionadas con su situación económica, lo cual podría representar un factor de riesgo para la adherencia al proceso. Establecer un vínculo de confianza fue esencial para facilitar su apertura emocional y participación en las siguientes sesiones.

Psicoeducación sobre las emociones y el modelo TCC: Se introdujo al paciente al modelo cognitivo-conductual, explicando la interacción entre pensamientos, emociones y conductas. Además, se ofreció una guía básica sobre la función adaptativa de las

emociones, con el objetivo de fortalecer la comprensión y normalización de su experiencia emocional.

Identificación verbal de pensamientos automáticos y emociones asociadas: A través del diálogo clínico se promovió en Andrew el reconocimiento, sin el uso de registros escritos aún, de ciertos pensamientos recurrentes vinculados a sentimientos de culpa, evitación y preocupación, en especial en relación con vínculos significativos y decisiones recientes.

Establecimiento de objetivos terapéuticos: En colaboración con el paciente, se realizó la definición de metas terapéuticas mediante la aplicación del Inventario de Berna de Objetivos Terapéuticos (IBOT), con el propósito de identificar y clarificar objetivos concretos, realistas y alineados con sus necesidades personales, facilitando así una dirección estructurada para el proceso terapéutico.

2.4.2 Tercera y cuarta sesión

Aplicación de BDI-II y BAI: Estas escalas permitieron identificar indicadores clínicos de sintomatología depresiva y ansiosa de leve a moderada, particularmente asociados a sentimientos de culpa, inseguridad y dificultad para tomar decisiones. La información obtenida orientó la intervención cognitivo conductual posterior.

Registro de pensamientos automáticos: Se introdujo esta herramienta con el fin de que Andrew comenzara a identificar, de manera estructurada, sus pensamientos automáticos y las emociones asociadas, especialmente en situaciones ligadas a su malestar. Esto facilitó una mayor conciencia de sus procesos cognitivos y emocionales.

Activación conductual leve: Se promovió el compromiso con actividades significativas para el paciente, como continuar con la escalada en roca (actividad

valorada), iniciar conversaciones con su hermana y practicar la puesta de límites con su expareja. Estas acciones buscaron reducir la evitación y aumentar su sentido de agencia personal.

Tarea para la casa: Se le indicó llevar un registro de pensamientos y situaciones relevantes durante la semana, lo que permitió observar con mayor claridad los contextos que activaban sus esquemas disfuncionales y establecer una línea base para futuras reestructuraciones cognitivas.

2.4.3 Quinta y sexta sesión

Psicoeducación sobre la Ruleta de las Emociones: Se empleó este recurso visual para fomentar la identificación y expresión emocional, habilidades necesarias para que Andrew logre una mayor apertura afectiva y pueda tomar decisiones con mayor claridad y seguridad.

Cuestionamiento socrático: Se introdujo esta técnica para explorar creencias automáticas asociadas a la culpa y la autoexigencia, favoreciendo la reflexión y el distanciamiento de pensamientos disfuncionales sin imponer juicios.

Reestructuración cognitiva: Se trabajó en identificar distorsiones cognitivas presentes en sus vínculos significativos, especialmente con su hermana y expareja, facilitando una reinterpretación más realista y compasiva de dichas experiencias.

Aplicación de Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA): La aplicación de este instrumento tuvo como objetivo clarificar y descartar la presencia de patrones de pensamiento disfuncionales que no eran completamente evidentes durante la entrevista clínica. El IPA permitió obtener una visión más precisa del contenido y frecuencia de los

pensamientos negativos de Andrew, lo que facilitó ajustar las estrategias de intervención cognitiva y avanzar hacia una reestructuración más focalizada y efectiva.

2.4.4 Prevención de recaídas

En las sesiones posteriores se planificará un abordaje centrado en la prevención de recaídas, fortaleciendo el uso autónomo de las herramientas terapéuticas aprendidas, como la reestructuración cognitiva, la identificación de pensamientos automáticos y el afrontamiento activo. Se fomentará que Andrew mantenga actividades significativas como la escalada, y que continúe estableciendo límites saludables en sus relaciones. Asimismo, se promoverá la toma de decisiones conscientes como eje central de su bienestar emocional a largo plazo.

2.5 Intervención y resultado de cada sesión

2.5.1 Sesión 1: Establecimiento de rapport y exploración inicial

Objetivo: Iniciar el establecimiento de una alianza terapéutica sólida, favoreciendo un espacio seguro que promueva la apertura emocional de Andrew, y permita explorar sus motivos de consulta y malestar actual.

Técnicas utilizadas: Entrevista clínica estructurada, escucha activa, validación emocional.

Proceso: Andrew expresó su preocupación por la situación emocional que arrastraba desde experiencias significativas en sus vínculos afectivos (hermana y expareja), así como el temor a estancarse vitalmente. Se reconoció, también, que su situación económica podría influir en la adherencia al proceso, por lo que se trabajó

intencionalmente en fortalecer la confianza y compromiso con la terapia. Se introdujo brevemente el modelo de intervención cognitivo-conductual.

Tareas entre sesiones: Reflexionar sobre qué aspectos de su vida actual desea transformar a través del proceso terapéutico.

Resultado: Andrew se mostró receptivo, colaborador y con disposición al trabajo terapéutico. Se estableció un vínculo inicial que favoreció la continuidad del proceso.

2.5.2 Sesión 2: Introducción al modelo TCC y establecimiento de objetivos terapéuticos

Objetivo: Facilitar la comprensión del modelo cognitivo-conductual y establecer metas terapéuticas claras, realistas y ajustadas a sus valores personales.

Técnicas utilizadas: Psicoeducación sobre el modelo TCC, explicación funcional de las emociones, aplicación del Inventario de Berna de los Objetivos Terapéuticos (IBOT).

Proceso: Se abordó cómo los pensamientos, emociones y conductas se relacionan entre sí, y cómo ciertos patrones de pensamiento pueden mantener el malestar. Andrew identificó verbalmente pensamientos automáticos ligados a la culpa, evitación y preocupación. A través del IBOT, se establecieron objetivos vinculados a una mayor claridad emocional, toma de decisiones conscientes y límites saludables.

Tareas entre sesiones: Observar situaciones cotidianas en las que aparecen pensamientos o emociones intensas y traerlas a sesión.

Resultado: Andrew participó activamente en la definición de sus objetivos. Mostró interés por comprender cómo sus pensamientos afectan su conducta y emociones,

lo que sentó las bases para futuras intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva.

2.5.3 Sesión 3: Evaluación de sintomatología y activación conductual inicial

Objetivo: Evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva para precisar el foco de intervención y comenzar una activación conductual leve orientada a valores.

Técnicas utilizadas: Aplicación del BDI-II y BAI, activación conductual leve.

Proceso: En esta sesión se aplicaron los inventarios de depresión y ansiedad para tener un panorama más claro del estado emocional de Andrew. Los resultados indicaron síntomas leves a moderados, relacionados con la inseguridad, la culpa y cierta dificultad para tomar decisiones. Se conversó sobre aquellas actividades que le resultan significativas, identificando que la escalada en roca es una práctica que ha mantenido de forma constante y que le permite sentirse presente y regulado emocionalmente. Se reforzó la importancia de seguir cultivando esta actividad. También expresó interés por la música y la escritura, por lo que se sugirió explorarlas como posibles espacios de conexión personal y expresión emocional.

Tareas entre sesiones: Continuar con la escalada y dedicar algunos momentos a reconectarse con la música o escribir, sin exigencias, simplemente como una forma de exploración y cuidado personal.

Resultado: Andrew reafirmó que la escalada es una fuente importante de bienestar para él. Mostró apertura para explorar otras actividades que le resultan significativas y valoró el reconocimiento de estas prácticas como parte de su proceso de cuidado personal.

2.5.4 Sesión 4: Introducción al registro de pensamientos automáticos

Objetivo: Promover la identificación estructurada de pensamientos automáticos y emociones asociadas a situaciones específicas de malestar.

Técnicas utilizadas: Registro de pensamientos automáticos, retroalimentación estructurada, orientación sobre distorsiones cognitivas.

Proceso: Se presentó el formato de registro de pensamientos, emociones y conductas, y se entrenó en su uso. Andrew comenzó a reconocer con mayor claridad pensamientos ligados a la culpa y autocrítica en contextos interpersonales. Se exploraron distorsiones como el pensamiento dicotómico y la generalización.

Tareas entre sesiones: Registrar al menos tres situaciones significativas con sus pensamientos y emociones asociadas.

Resultado: Andrew logró identificar con claridad algunos patrones automáticos de pensamiento, especialmente en interacciones con su expareja. Este ejercicio fortaleció su *insight* y sentó las bases para la reestructuración cognitiva.

2.5.5 Sesión 5: Profundización en emociones y evaluación cognitiva

Objetivo: Fomentar la identificación emocional detallada y evaluar la frecuencia e intensidad de pensamientos disfuncionales para ajustar el enfoque cognitivo.

Técnicas utilizadas: Psicoeducación con la Ruleta de las Emociones, aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), cuestionamiento socrático.

Proceso: Se utilizó la Ruleta de las Emociones para ampliar el vocabulario emocional y facilitar la conexión con su vivencia interna. Se aplicó el IPA para identificar patrones de pensamiento negativos que no eran plenamente visibles en la

entrevista. Posteriormente, se comenzó a introducir cuestionamientos suaves a algunas creencias disfuncionales relacionadas con la culpa hacia su hermana y su expareja.

Tareas entre sesiones: Revisar los pensamientos más frecuentes del IPA y reflexionar sobre su origen y grado de veracidad.

Resultado: El IPA confirmó la presencia significativa de pensamientos negativos relacionados con autocrítica, culpa y autoexigencia. Andrew empezó a cuestionarse algunos de estos contenidos, mostrando apertura a interpretaciones más compasivas.

2.5.6 Sesión 6: Reestructuración cognitiva focalizada y fortalecimiento de agencia

Objetivo: Trabajar activamente en la reestructuración de pensamientos disfuncionales y promover mayor autocompasión y agencia en decisiones vitales.

Técnicas utilizadas: Reestructuración cognitiva, análisis de creencias nucleares, reforzamiento positivo de avances conductuales.

Proceso: Se profundizó en los pensamientos ligados a la sensación de "haber fallado" como hermano o pareja. Mediante la técnica de la doble columna y el uso del cuestionamiento socrático, se trabajó en reinterpretaciones más realistas. Se reforzaron los logros alcanzados, como el contacto positivo con su hermana y la puesta de límites claros con su expareja.

Tareas entre sesiones: Continuar aplicando la reestructuración en situaciones cotidianas y registrar ejemplos de decisiones tomadas desde la conciencia y no desde la culpa.

Resultado: Andrew manifestó una disminución en la intensidad emocional asociada a la culpa. Refirió sentirse más dueño de sus decisiones y valoró los cambios relacionales alcanzados como signos de crecimiento personal.

2.6 Discusión de los resultados obtenidos

Los resultados obtenidos en los cuestionarios de depresión (BDI-II = 7) y ansiedad (BAI = 4) reflejan una sintomatología mínima dentro de parámetros considerados normales. Estos puntajes permiten descartar un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada en curso. En la entrevista clínica, Andrew refirió estados de preocupación y cierta tristeza asociada a eventos del pasado, pero sin interferencia significativa en su funcionalidad diaria. Estos hallazgos son coherentes con su narrativa: es capaz de mantener rutinas estables, desempeñarse adecuadamente en su entorno laboral y conservar relaciones interpersonales significativas. A su vez, la ausencia de síntomas graves sugiere que el foco terapéutico puede desplazarse hacia elementos cognitivos subyacentes y patrones emocionales asociados a la culpa, más que a cuadros afectivos agudos.

El Inventario de Pensamientos Automáticos permitió una aproximación más detallada a las distorsiones cognitivas que predominan en Andrew. Las puntuaciones más elevadas se presentaron en falacia de recompensa divina (8), falacia de razón (4), falacia de cambio (4), falacia de control (4) y personalización (4), lo cual refuerza la hipótesis inicial sobre la presencia de creencias rígidas, autorreferencias exigentes y una tendencia a atribuirse responsabilidad excesiva en el sufrimiento ajeno. Estas distorsiones aparecen como núcleos cognitivos que sostienen sus sentimientos de culpa, tanto hacia su hermana como hacia su expareja. El contenido de estos pensamientos no está relacionado con un estado depresivo generalizado, sino con conflictos morales internos que han ganado fuerza a través de los años.

Particularmente, la puntuación elevada en la falacia de recompensa divina sugiere que Andrew podría tener la expectativa, quizás implícita, de que su sufrimiento debería ser recompensado de algún modo, o que su conducta moral “correcta” debería evitar el dolor en los demás. Esto se vincula con su necesidad de reparar el pasado, especialmente en lo que concierne al periodo de la adolescencia de su hermana. El hecho de que Andrew perciba que no estuvo “presente” para ella en ese momento se transforma en una narrativa de deuda afectiva, difícil de resignificar sin cuestionar estas creencias. En este contexto, se refuerza la importancia de trabajar con técnicas de reestructuración cognitiva orientadas a flexibilizar estas distorsiones, que, si bien no están causando malestar emocional clínicamente significativo, sí inciden en su autoconcepto y en sus relaciones.

La falacia de cambio (4) y la falacia de control (4) también son significativas. En el primer caso, Andrew parece sostener la creencia de que su bienestar o el de otros depende de que él logre modificar actitudes o decisiones ajenas, como se observa en su relación con su expareja, donde se siente parcialmente responsable de su estado emocional. En el segundo caso, la falacia de control lo lleva a asumir que debió haber hecho más para evitar ciertas circunstancias pasadas, lo cual alimenta su narrativa de culpa. Estas creencias no solo dificultan la autoaceptación, sino que también interfieren con su capacidad de establecer límites saludables en relaciones cercanas.

Otro hallazgo relevante es la presencia de razonamiento emocional (2), “los debería” (3), y culpabilidad (2), que, aunque con puntuaciones moderadas, confirman el patrón observado en la evaluación clínica inicial: Andrew interpreta sus emociones como verdades absolutas y se impone estándares rígidos de conducta, como si existiera una única forma correcta de actuar. Esta interpretación refuerza una autocrítica constante, en

la que cualquier error o ausencia es vivida como una falla profunda. Tales hallazgos validan la decisión de introducir, en las próximas sesiones, estrategias centradas en la autocompasión y el cuestionamiento de creencias disfuncionales.

Finalmente, el análisis conjunto de los instrumentos utilizados hasta la quinta sesión confirma la validez de la hipótesis clínica inicial: Andrew no presenta un trastorno psicopatológico mayor, pero sí exhibe un funcionamiento emocional condicionado por distorsiones cognitivas específicas relacionadas con la culpa, el control y el deber ser. Estas distorsiones, aunque no generan sintomatología grave, influyen negativamente en su vivencia emocional y en sus vínculos interpersonales. A partir de estos resultados, se plantea continuar con intervenciones centradas en flexibilizar estos esquemas, promover el autocuidado desde un enfoque de aceptación, y fortalecer la conexión con valores personales más allá del juicio moral autoimpuesto.

2.7 Limitaciones de los resultados obtenidos

Una de las principales limitaciones observadas en el proceso terapéutico con Andrew fue el tiempo que tomó establecer una alianza terapéutica sólida. Si bien el rapport logró consolidarse progresivamente hacia la tercera sesión, las primeras dos sesiones estuvieron marcadas por una actitud contenida y un estilo narrativo centrado en hechos, lo que dificultó, en un inicio, la exploración profunda de sus emociones. Esta dificultad inicial no se interpretó como resistencia, sino como una manifestación del estilo personal de Andrew, que tiende a priorizar la organización, el control y la contención emocional como mecanismos de afrontamiento. No obstante, este patrón retardó la obtención de material clínico subjetivo más sensible, que es clave para el trabajo terapéutico.

Otra limitación relevante estuvo relacionada con la dificultad de Andrew para identificar el origen emocional de sus pensamientos disfuncionales. Aunque reconocía ciertos patrones de culpa y exigencia, le costaba conectar esos esquemas con eventos concretos de su historia personal o con emociones específicas vividas en el presente. Este aspecto se evidenció durante la aplicación de instrumentos como el Inventario de Pensamientos Automáticos, donde fue necesario acompañarlo con ejemplos clínicos y contextualización para facilitar su autorregistro. Esta dificultad para asociar emoción y pensamiento limitó, en parte, la velocidad con la que se logró iniciar el proceso de reestructuración cognitiva.

Asimismo, se evidenció una tendencia por parte de Andrew a intelectualizar sus experiencias emocionales. Si bien posee una gran capacidad reflexiva y de análisis, en ocasiones esta habilidad se transformaba en una barrera para el contacto con sus emociones y estados anímicos más vulnerables. Este estilo de afrontamiento, funcional en el contexto laboral o cotidiano, se mostró menos útil dentro del espacio terapéutico, donde el objetivo era resignificar afectos ligados a experiencias pasadas. Esta intelectualización pudo haber generado una moderación en la intensidad de sus respuestas emocionales durante la evaluación, influyendo posiblemente en los resultados obtenidos en los instrumentos de ansiedad y depresión.

2.8 Conclusiones

A lo largo del proceso terapéutico, Andrew ha mostrado una disposición significativa al cambio, destacando su capacidad para reflexionar sobre sí mismo y asumir un rol activo en su proceso de crecimiento emocional. La intervención desde un enfoque cognitivo-conductual ha permitido identificar patrones de pensamiento

automáticos y creencias que contribuyen a su malestar, especialmente aquellos relacionados con la culpa, la autoexigencia y la percepción de responsabilidad excesiva hacia los demás. Si bien sus niveles actuales de ansiedad y depresión se encuentran dentro de rangos mínimos o normales, se evidencian conflictos emocionales que, aunque no alcanzan un umbral clínico, afectan su bienestar subjetivo y sus relaciones interpersonales.

Durante la evaluación y el trabajo clínico, se observaron estilos de afrontamiento centrados en el control emocional y en la evitación del conflicto, los cuales han sido funcionales en etapas previas de su vida, pero que actualmente limitan su capacidad para expresar vulnerabilidad, pedir apoyo y tomar decisiones que respondan a sus valores personales. Andrew tiende a resolver sus malestares manteniéndose en un estado de control constante y suprimiendo sus emociones, lo que, si bien le permite sentirse competente y responsable, también refuerza sentimientos de soledad y desconexión emocional. Este patrón fue abordado en las sesiones mediante el trabajo sobre sus creencias, el reconocimiento de emociones y el cuestionamiento de sus pensamientos disfuncionales.

En este punto del proceso terapéutico, se han sentado bases importantes para el fortalecimiento de su identidad, la regulación emocional y la toma de decisiones congruente con sus valores. Se espera que, en las siguientes fases de la intervención, Andrew continúe avanzando en la elaboración de la culpa, el desarrollo de autocompasión y la flexibilización de creencias relacionadas con el sacrificio personal. La continuidad de la terapia resulta clave para consolidar estos avances y generar

cambios sostenibles, permitiéndole a Andrew vivir de forma más plena, auténtica y coherente con aquello que considera valioso.

3 REFERENCIAS

- Almeda, N. (2024). Guía práctica de evaluación en psicología clínica. Protocolos para el Abordaje Diagnóstico de Trastornos Mentales. In *Guía práctica de evaluación en psicología clínica. Protocolos para el Abordaje Diagnóstico de Trastornos Mentales* (Issue July). <https://doi.org/10.14679/3774>
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy, third edition: Basics and Beyond*. Guilford Publications.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). Manual de psicopatología. In *Manual de Psicopatología: Volumen II* (Vol. 2). https://www.academia.edu/36297445/MANUAL_DE_PSICOPATOLOGÍA_Edición_revisada
- Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta / Handbook of techniques of behavior therapy and modification*. <https://www.researchgate.net/publication/230766563>
- Cano-vindel, A., Adri, L., & Mu, R. (2016). *Ansiedad y Estrés*. 22, 47–54.
- Castañeda Quirama, L. T. (2020). Cognitive-Behavioral intervention in a clinical case of adaptative disorder with depressive symptoms. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 17(1), 18–39. <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4216>
- De los Santos, D. A. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis y Modificación de*

Conducta, 48(177), 3–17. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>

Del, C. B., Freyre, M.-Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. [The Beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population.]. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5–13.
<https://www.redalyc.org/pdf/785/785230000001.pdf>

Díaz, M., Ruíz, M., & Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. *Desclée De Brouwer*, 1, 1–672. www.edesclee.com

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: Una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 199–217.

Fernández de Trocóniz, M., Losada Baltar, A., Márquez-González, M., & Montorio Cerrato, I. (2008). *Marquez*.

Holtforth, M. G., & Michalak, J. (2012). Motivation in Psychotherapy. *The Oxford Handbook of Human Motivation*, May. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399820.013.0025>

Joseph, W. (2025). *Coping Mechanisms in Psychology: An In-Depth Exploration of Strategies for Managing Stress and Adversity*. April.

Lazarus, R. (1984). *Estrés y Proceso Cognitivos*.

Nieto, M. (2006). The importance of having gradual goals instead of global ones in a depression

case. *Acción Psicológica*, 4(1), 83–91.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2904079&info=resumen&idioma=ENG>

Pérez Vásquez, R., & Rosario Quiroz, F. J. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Pensamientos Automáticos para estudios vinculados a la conducta antisocial y delictiva en estudiantes de secundaria de instituciones educativas del distrito de Comas, 2017.

PsiqueMag, 6(1), 183–199.

Ponte, D., & Sampedro, M. J. (1990). *GUÍA DE LA ATENCIÓN HACIA UN ELEMENTO DEFINIDO POR UNA CONJUNCIÓN INTRADIMENSIÓN* (Vol. 9, Issue 2). Wolfe.

Ruiz, A., Díaz, I., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención cognitivas conductuales. In *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*.

<https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-técnicas-de-intervención-cognitiva-conductuales.pdf>

Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). The psychometric properties of a spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in a university students sample. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84.

<https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2003/anyes2003a6.pdf>

Uribe-Urzola, A., Ramosl-Vidal, I., Villamil-Benítez, I., & Palacio-Sañudo, J. E. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico. *Rev. Psicogente*, 21(40), 440–457. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497557156010>

4 ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado





**Centro de
Salud Mental
USFQ**

Consentimiento Informado y Acuerdo de Servicios Psicológicos del Centro de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito – Adultos

Le damos la bienvenida al Centro de Salud Mental (CSM) de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). El consentimiento informado es el documento que incluye información sobre los procedimientos y políticas del servicio psicológico. Es importante que usted lea la información y haga todas las preguntas que tenga al respecto.

I. SERVICIO PSICOLÓGICO

El servicio psicológico en el CSM consiste en la **atención ambulatoria** para diversas condiciones de salud mental. Nuestros procesos se componen de las siguientes etapas: admisión, valoración inicial (entrevista e historia clínica), identificación de objetivos terapéuticos, psicoeducación, tratamiento psicoterapéutico, fase de mantenimiento y profilaxis, y finalización del tratamiento.

Todos los tratamientos psicoterapéuticos ofrecidos en el CSM se **basan en evidencia**, lo que significa que han sido respaldados por investigaciones científicas como métodos efectivos para mejorar la salud mental de los pacientes. Específicamente, nuestros tratamientos se fundamentan en la terapia cognitiva-conductual (CBT) y sus derivadas como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), dialéctica conductual (DBT) y activación conductual (TAC). En ciertos casos, los procesos terapéuticos se complementan con otros enfoques como el modelo sistémico, la terapia interpersonal (IPT), la terapia centrada en las emociones (EFT), atención plena (mindfulness), entre otros.

Las sesiones terapéuticas otorgan un **espacio seguro y confidencial** para expresar y procesar emociones, comprender los pensamientos y conductas subyacentes a los problemas actuales del niño o adolescente y en relación con su entorno familiar, social y su historia de vida.

Por lo tanto, nuestros servicios **pueden brindar diversos beneficios** para la salud mental del paciente, incluyendo la reducción del malestar psicológico, el desarrollo de nuevas estrategias, herramientas y habilidades para abordar diferentes problemáticas, cambios en patrones de comportamiento problemáticos, mejoras en la calidad de las relaciones interpersonales, mayor introspección y apoyo en el establecimiento de metas. Es un proceso conjunto, en el que el paciente es el principal promotor del cambio y se apoya en su terapeuta para lograrlo.

A pesar de estos beneficios, es importante tener en cuenta la **posibilidad de experimentar ciertos riesgos**, como un aumento inicial en el malestar percibido, incomodidad al reconocer o modificar ciertos patrones, así como sentimientos de nerviosismo e incomodidad al ser observado.

Particularmente en la modalidad virtual, existen consideraciones adicionales. A pesar de que varios estudios científicos han demostrado que esta modalidad tiene eficacia similar a la de la terapia presencial, es importante considerar que, en situaciones de ideación suicida, trastornos mentales graves, síntomas graves y/o prolongados, y en el caso de que se requiera la aplicación de técnicas como la exposición en vivo o cuando el paciente no se sienta cómodo/a en la modalidad, la teleterapia **puede no ser tan efectiva o exitosa**.

Es importante destacar que, al igual que cualquier tratamiento, los servicios proporcionados por el

Edificio de Especialidades Médicas HDLV. Segundo Piso. Consultorio 229

☎ (+593) 98-043-5484
✉ saludmental@usfq.edu.ec
📱 @saludmentalusfq

CSM pueden presentar **ciertas limitaciones**. Específicamente, la efectividad de la terapia depende en gran medida de la cooperación del paciente, la dedicación al cumplimiento de las tareas y actividades terapéuticas, y la calidad de la relación terapéutica establecida con el psicólogo. Por consiguiente, no se puede garantizar resultados positivos para todos los casos, especialmente debido a que los modelos terapéuticos del CSM podrían no ajustarse a las características únicas de todos los pacientes. El profesional que brinda la atención tiene una obligación de medios, no de resultados.

MODELO DE ATENCIÓN

El Centro de Salud Mental de la Universidad San Francisco ofrece atención por parte de Psicólogos profesionales con estudios de postgrado y varios años de experiencia. Además, es un espacio formación para estudiantes de pregrado y postgrado que realizan sus prácticas clínicas, así como psicólogos recién graduados (Alumni).

ATENCIÓN POR PARTE DE PSICÓLOGOS PROFESIONALES: Los profesionales que trabajan en el Centro de Salud Mental cuentan con títulos debidamente registrados y licencia para ejercer como profesionales de la salud. Todos tienen estudios de posgrado y varios años de experiencia. Además, para asegurar la calidad de los servicios, los profesionales del CSM reciben supervisión clínica y capacitaciones regulares.

ATENCIÓN POR PARTE DE ALUMNI: El Programa Alumni es una iniciativa para fortalecer la experiencia profesional de los Psicólogos Clínicos recién graduados de la USFQ. Los Terapeutas Alumni reciben supervisión clínica permanente por parte de un Terapeuta experto.

PRÁCTICAS DE OBSERVACIÓN: La observación clínica permite a los estudiantes de pregrado o posgrado, presenciar sesiones terapéuticas con fines formativos. El psicólogo profesional lleva la terapia en todo momento y el estudiante permanece como observador. Durante este proceso, el estudiante tiene la posibilidad de desarrollar habilidades clínicas y aprender dinámicas terapéuticas, manteniendo siempre la confidencialidad. * Estudiantes de pregrado no participarán en observación de evaluaciones ni terapias de colaboradores o estudiantes de la USFQ.

ATENCIÓN POR PARTE DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA CLÍNICA: Durante las prácticas clínicas, el estudiante de pregrado o maestría en Psicología Clínica se encuentra en la capacidad de realizar psicoterapia bajo la supervisión de un profesional con experiencia. Las sesiones que sean llevadas por estudiantes en formación serán grabadas con fines formativos y revisadas únicamente por el supervisor. El objetivo de la grabación es asegurar la máxima eficiencia, eficacia y excelencia en la atención que ofrecemos. *Estudiantes de pregrado no serán asignados para realizar evaluaciones o terapia con colaboradores o estudiantes de la USFQ.

USO DE INFORMACIÓN PARA FINES EDUCATIVOS: Los datos e información obtenidos durante la evaluación y tratamiento, podrían ser usados, de manera anonimizada, con fines exclusivamente educativos, como formación de estudiantes durante actividades académicas, simulaciones clínicas, análisis de historias clínicas y exposición de casos.

II. NORMAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS

A. DURACIÓN, FRECUENCIA DE LAS SESIONES Y TIEMPO TOTAL DEL TRATAMIENTO. La duración de la primera sesión es de 60 a 80 minutos, las sesiones subsecuentes tienen una duración

de 50 minutos. Al inicio se recomienda una frecuencia semanal o quincenal, y posteriormente, durante la fase de mantenimiento y profilaxis, se puede establecer una menor frecuencia de las sesiones, según el caso.

El tiempo total del tratamiento puede variar según cada caso, pero generalmente se deben considerar entre 12 a 60 sesiones, es decir de 3 a 18 meses. No obstante, la duración puede acortarse o alargarse dependiendo de la problemática específica, la gravedad de la sintomatología, el progreso terapéutico, el compromiso del paciente, y la relación terapéutica.

B. MODALIDAD. La psicoterapia se ofrece en modalidades: presencial, virtual e híbrido. En la modalidad presencial, es responsabilidad del CSM proporcionar un espacio apropiado, cómodo, silencioso y confidencial para la atención del paciente. En la modalidad virtual, es responsabilidad del paciente asegurarse de estar en un lugar con una buena conexión a internet y de contar con un espacio donde pueda ser atendido de manera libre y confidencial, con interrupciones mínimas.

C. CITAS. El servicio psicológico funciona **exclusivamente con cita previa**. El horario de atención se **reserva específicamente** para el paciente cada semana, especialmente en sesiones presenciales. El paciente podrá solicitar modificaciones en los horarios de sesiones, sujeto a disponibilidad del profesional.

D. ATRASOS: El terapeuta y el paciente se comprometen a empezar puntualmente las sesiones. Si el paciente llega tarde a una sesión, la misma durará hasta la hora programada. Es decir, si la cita es de 5pm a 5:50pm y hay un retraso de media hora, la cita igual acabará a las 5:50 pm. Si el retraso es por parte del terapeuta, el mismo se comprometerá a compensar el tiempo de la sesión durante la misma cita o una cita subsecuente.

E. COSTO Y PAGOS. Los pagos de las citas deben realizarse con al menos 24 horas de anticipación a la cita agendada, mediante el botón de pagos del CSM-USFQ. El costo de las sesiones terapéuticas varía según cada caso, ya que el CSM ofrece diferentes servicios y descuentos acorde a la situación económica específica de cada paciente. Por lo que, a continuación, se especifica el precio acordado entre el paciente y la administración del CSM¹ para sus sesiones:

Costo de la sesión: 40 \$.

F. CERTIFICADOS E INFORMES. El paciente puede pedir un certificado de asistencia a terapia psicológica, certificado de derivación (e.g. hospitalización) o egreso (al recibir el alta) sin costo. Si requiere un informe detallado sobre la terapia o resultados de alguna evaluación adicional, se fijará un precio según lo solicitado.

G. CANCELACIONES. Los psicólogos se comunicarán con los pacientes para confirmar su asistencia a su cita programada. Como paciente, es su responsabilidad notificar en el momento de la confirmación si no podrá asistir a la sesión. No obstante, si ha confirmado su asistencia previamente y necesita cancelar, debe seguir los siguientes parámetros:

¹ El precio de las sesiones está sujeto a cambios en cualquier momento durante el curso del tratamiento. Si es que el cambio sucede, el terapeuta se compromete a informarlo en las notas terapéuticas del caso.

- Si su cita es virtual, debe cancelar con al menos 12 horas de anticipación a la hora programada.
- Si su cita es presencial, la cancelación debe realizarse con al menos 24 horas de anticipación a la hora acordada.
- Solo se aceptarán cancelaciones hasta las 8p.m. del día anterior a la cita. Pasado este horario, se considerará fuera del horario laboral y la cancelación se efectuará con una penalización.

Si es que las cancelaciones no se dan según estos parámetros, se aplicarán lo siguiente:

- Si es la **primera** cancelación fuera del plazo establecido, no habrá penalización pero se repasarán los acuerdos del consentimiento.
- Si es la **segunda** cancelación fuera del plazo establecido, el paciente tendrá que pagar el 50% del costo de su sesión.
- A partir de la **tercera** cancelación fuera del plazo establecido, el paciente tendrá que pagar el 100% del costo de la sesión.

Nota. Estos lineamientos no se aplicarán en situaciones de emergencia que estén fuera del control del paciente y que causen la cancelación de la sesión. Por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido, un accidente, una emergencia médica, daños repentinos en medios de transporte, desastres naturales, o fallas masivas de electricidad, luz y/o internet. Se podrá solicitar la verificación de la situación emergente por parte del profesional.

De igual manera, en casos excepcionales y esporádicos, el terapeuta podría verse obligado a cancelar una cita. Si el paciente ha pagado con anticipación podrá acceder a un reembolso o dejar el pago como abono para la siguiente sesión. Si el terapeuta por motivos de fuerza mayor no podría continuar trabajando por un tiempo prolongado o indefinido, el psicólogo o el CSM se comunicará con el paciente para comunicarle la situación y ofrecerle alternativas.

H. DESCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO El paciente tiene el derecho a suspender su tratamiento en cualquier momento si lo considera oportuno. Del mismo modo, el CSM tiene la facultad de terminar el proceso terapéutico si es que existen:

- 3 o más cancelaciones injustificadas consecutivas por parte del paciente.
- 3 o más intentos de comunicación con el paciente en los que no se obtiene respuesta.

En caso de que el terapeuta decida finalizar la terapia por las cláusulas previamente expuestas, él/ella tendrá la responsabilidad de enviar un mensaje vía correo electrónico comunicando la decisión. En caso de que el paciente desee volver a recibir atención en el CSM, deberá pasar nuevamente por el proceso de admisión.

- L. DERIVACIONES Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.** Los profesionales solo atenderán las problemáticas y/o situaciones que estén dentro de su área de experticia. Si alguna temática en el proceso no entra en la experticia del psicólogo, se informará a los pacientes para **derivación parcial/trabajo interdisciplinario** (i.e. la temática será atendida por otro profesional dentro del CSM o externo, pero se mantendrá la atención con el profesional principal), **derivación completa** (i.e. se cambiará de terapeuta). Esta petición puede venir del terapeuta o del paciente y será considerada

siempre en conjunto con el/la director/a del CSM. De esta manera, si por cualquier motivo usted no está contento con el/la terapeuta con la que está trabajando o desea recibir una atención complementaria (e.g. en medicina general, evaluaciones), por favor escriba un email a saludmental@usfq.edu.ec y le ayudaremos lo más pronto posible.²

J. SUPERVISIÓN. Para brindarle el mejor servicio y confianza en su tratamiento, todos los casos en el CSM serán conocidos por el/la directora y serán supervisados en equipo con otros profesionales por lo que puede que cierta información sea compartida de manera confidencial (i.e. sin revelar datos personales o identificables).

K. REGISTROS PROFESIONALES. El CSM mantiene registros clínicos de cada paciente que incluyen: motivo de consulta, entrevista inicial, plan de tratamiento, notas de psicoterapia, informes, evaluaciones y diagnósticos. El material se registra en una plataforma electrónica estrictamente confidencial. Si es que el paciente desea acceder a su documentación clínica, puede solicitarlo mediante una carta en la que exponga sus razones para acceder a dicha información.

L. COMUNICACIÓN. Los pacientes podrán comunicarse con sus terapeutas por medio de mensajes de texto, WhatsApp, llamadas o correo electrónico. La comunicación está permitida y debe limitarse para fines de agendar, cambiar o cancelar una sesión, enviar tareas u otro material relacionado con el tratamiento. Los mensajes de texto no son un medio adecuado para recibir terapia psicológica y deben evitarse en este contexto. La comunicación debe darse mayoritariamente dentro del horario establecido para las sesiones. En casos puntuales, se pueden realizar llamadas telefónicas como herramienta de intervención en crisis, siempre y cuando esto haya sido acordado en el documento de plan de seguridad. Bajo ninguna circunstancia los pacientes podrán encontrarse premeditadamente con sus terapeutas en espacios ajenos al contexto terapéutico, al menos que se trate de una sesión programada por (e.g. sesión de exposición).³

² La decisión de aceptar o no la derivación está en manos de los pacientes. Sea cual sea su elección, el terapeuta la registrará en las notas terapéuticas del caso.

³ Encuentros accidentales o situaciones en las que el propósito no es encontrarse con el terapeuta, como por ejemplo, asistir a un taller dirigido por el profesional, no afectan la objetividad de la relación terapéutica y están permitidos.

M. CONFIDENCIALIDAD La ley y la ética profesional exigen que la información otorgada durante la sesión de terapia se mantenga estrictamente confidencial. Ningún tipo de información, incluyendo los datos personales y el contenido de las sesiones, puede ser compartida o publicada sin la autorización previa del paciente, presentada por escrito. Cualquier información que decida compartir con su terapeuta se mantendrá estrictamente confidencial. Sin embargo, de acuerdo con la ley existen algunas excepciones para el cumplimiento de la confidencialidad.

Estamos obligados por ley a informar a las autoridades competentes y a sus familiares, en el caso de que:

- Usted amenace con hacerse daño en formas que podrían poner en riesgo su bienestar o conllevar suicidio.
- Usted indique que tiene planes para hacer daño a un tercero.
- Usted presente síntomas de haber sufrido actos que atenten con su integridad sexual y reproductiva o que representen violaciones a los derechos humanos.
- Usted reporte un caso de violencia contra la mujer o núcleo familiar.
- Usted reporte: violación de derechos de niños/as o adolescentes, acoso, maltrato o abuso infantil o hacia adultos mayores.
- Por orden de autoridad competente.
- Las demás que la legislación ecuatoriana llegare a contemplar.

Fuera de estas excepciones, la confidencialidad de cada paciente en psicoterapia queda asegurada. Solo a través de un formulario de liberación de información, firmado por el paciente, se podrá utilizar la información requerida con otros profesionales.

Nota. Temas sensibles como la identidad del paciente, su sexualidad, consumo de sustancias, abuso y trauma solo se compartirán con los representantes si el terapeuta considera que es importante o si el paciente se encuentra en riesgo.

N. EMERGENCIAS. El CSM brinda atención únicamente a través de citas previas. En caso de una emergencia el paciente debe contactarse con servicios como el 911, líneas de intervención en crisis o acudir a un sistema hospitalario de emergencia. Solo podrá comunicarse con su terapeuta si es que este acuerdo ha sido previamente registrado en el documento de plan de seguridad.

O. CONTACTO DE EMERGENCIA Si estamos preocupados por usted, perdemos contacto con usted, o si no se presenta para una videoconferencia o a una sesión presencial agendada, nos comunicaremos con usted por teléfono para verificar su bienestar. Además, si muestra signos de estar en riesgo actual, requerimos su permiso para contactar a alguien con el fin de garantizar su seguridad.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN POR CONTACTO DE EMERGENCIA. Por razones clínicas de emergencia podrá requerirse la liberación de información confidencial archivada dentro de los registros clínicos del paciente. De ser este el caso, le pedimos leer detenidamente el siguiente texto y llenarlo como corresponde:

Yo, [REDACTED], con cédula de identidad no. [REDACTED] autorizo el uso y/o liberación información confidencial archivada dentro de mis registros clínicos entre: mi psicólogo/a y/o el Centro de Salud Mental a mi contacto de emergencia, a quien corresponde la siguiente información:

Nombre: [REDACTED] Relación [REDACTED] Teléfono: [REDACTED]

con el propósito de cuidar mi bienestar en caso de una emergencia médica o psicológica que ponga en riesgo mi seguridad o salud.

Entiendo que la información que autorizo a ser liberada contiene registros de salud que pueden tener información relacionada a mi salud física y mental.

Derecho de Revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si deseo revocar esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no será aplicada a información que ya haya sido liberada por medio de esta autorización.

Estoy de acuerdo que una copia física o digital de esta autorización será igual de efectiva que un documento original.

Vigencia: Esta autorización estará en vigencia desde el día de autorización / 06 / 2025 hasta 12 / 2025 /

He leído y entendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la liberación de la información de mis registros. Con mi firma abajo, yo autorizo de manera voluntaria que mi psicólogo/ay el Centro de Salud Mental USFQ use o comparta información sobre mi salud de acuerdo con lo que se presentó previamente en este documento.

[REDACTED]

Firma del Paciente

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Usted tiene el derecho de retirar o negar el consentimiento de los servicios de servicios psicológicos presenciales o de teleterapia en cualquier momento. Si está de acuerdo con todos los lineamientos antes presentados en este documento usted deberá llenar y firmar la declaración del consentimiento, la cual se encuentra a continuación:

He leído y comprendido los términos del servicio psicológico del Centro de Salud Mental de la USFQ. He proporcionado toda la información solicitada sobre mis antecedentes personales, familiares y mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar el resultado del tratamiento. Se me ha explicado en qué consiste los tratamientos ofrecidos en el CSM, sus beneficios y posibles riesgos. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento. He tomado la decisión de autorizar el tratamiento de manera consciente y libre. Asimismo, soy consciente de que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

- ☒ Consiento que un estudiante de pregrado, maestría o Alumni me atienda durante mis terapias, conozco que está en formación y que tiene supervisión constante por parte de un terapeuta profesional.
- ☒ Consiento que mis datos, anonimizados, puedan ser usados para fines educativos.

Por lo tanto, acepto estos servicios psicológicos con mi psicólogo asignado de manera voluntaria, reconociendo que no hay garantía de resultados y libero de toda responsabilidad al Centro de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito.

Fecha: 26 106 12^{as} Hora: 13 : 30.



Nombre del Paciente



Firma del Paciente



Cédula de Ciudadanía

Nombre del Terapeuta

Registro Profesional

Edificio de Especialidades Médicas HDLV. Segundo Piso. Consultorio 229

 (+593) 98-043-5484

 saludmental@usfq.edu.ec

 @saludmentalusfq

9

 **Centro de
Salud Mental
USFQ**

En caso de que el paciente sea atendido por un estudiante realizando sus prácticas

Josue Torres A.

Nombre del estudiante de práctica

Josue Torres

Firma del estudiante de práctica

DANIELA ZIRITT C.

Nombre del Supervisor

Daniela Ziritt

Firma del supervisor

Edificio de Especialidades Médicas HDLV. Segundo Piso. Consultorio 229

 (+593) 98-043-5484  saludmental@usfq.edu.ec  @saludmentalusfq

Anexo B. Inventario de Berna de Objetivos Terapéuticos

Inventario de Berna de los objetivos terapéuticos

Listado de chequeo de los objetivos (BIT-CP; versión para el paciente)

Sus objetivos para la terapia que está por comenzar

Ponerse objetivos es un requisito importante para que una terapia efectiva. Por lo tanto, sírvase apuntar aquí sus objetivos personales para el tratamiento en la clínica que está por comenzar.

Como ayuda encuentra primero un listado con posibles objetivos de una psiquoterapia, dividido en cinco áreas. A la izquierda encuentra palabras claves que determinan el tema de su objetivo de terapia, a la derecha encuentra los objetivos en sí.

- Sírvase revisar primero el listado y marcar todos los objetivos que desea lograr con la ayuda de su terapia por empezar.
- Si tiene objetivos adicionales que no ha encontrado aquí, puede apuntarlos al final del listado en el espacio vacío.
- Al final sírvase determinar los cinco objetivos más importantes.

Muchas gracias por la información.

Superación de ciertos problemas y síntomas

Experiencia depresiva	☒ 1 Superar pensamientos negativos, recurrentes o sentimientos de culpa. ☒ 2 Superar mi ánimo desanimado, tristeza o sentimientos de vacío interno. ☐ 3 Aprender a manejar mejor mis cambios de ánimo. ☐ 4 Ganar nuevamente motivación y energía.
Autolesión física	☐ 5 Aprender a ya no causarme lesiones físicas a mí misma (p.ej. cortarme o quemarme intencionalmente). ☐ 6 Superar pensamientos de suicidio y encontrar la voluntad de vivir.
Temores	☐ 7 Superar un temor concreto o aprender a manejarlo mejor. ☐ 8 Aprender a controlar ataques de miedo o de pánico. ☐ 9 Aprender a tratar con gente sin miedo o comportamientos de inseguridad (p.ej. sonrojarse, tartamudear). ☐ 10 Aprender a hacer nuevamente cosas que ahora evito por miedo.
Pensamientos y actos obsesivos	☐ 11 Aprender a controlar mejor pensamientos recurrentes, torturantes o impulsos. ☐ 12 Aprender a disminuir actos recurrentes, sin sentido y que exigen mucho tiempo (p.ej. lavarse las manos exageradamente, arreglar, revisar, contar etc.).
Experiencias traumáticas	☐ 13 Superar experiencias traumáticas (p.ej. accidente grave, crimen violento, violación, catástrofe natural entre otros).
Comportamiento de adicción (relacionado al alcohol, drogas ilegales o medicamentos)	☐ 14 Realizar desintoxicación de una sustancia adictiva. ☐ 15 Aprender a vivir sin la sustancia adictiva. ☒ 16 Aprender a controlar el consumo de mis sustancias adictivas. ☒ 17 Aprender a manejar situaciones difíciles de manera diferente en vez de consumir la sustancia adictiva.
Comportamiento alimentario	☐ 18 Superar mis problemas alimenticios (anorexia, bulimia, adicción a comer etc.).

	☐ 19 Aprender a aceptar mi peso (reducirlo o aceptarlo).
Sueño	☐ 20 Superar mis problemas de dormir (problemas al dormirse o dormir toda la noche, despertarse muy temprano etc.).
Sexualidad	☐ 21 Superar problemas sexuales.
Dolores físicos y enfermedades	☐ 22 Aprender a manejar dolores físicos o disminuir la posibilidad de ellos. ☐ 23 Aprender a manejar mi enfermedad física.
Dificultades en ciertas partes de la vida	☒ 24 Resolver mi situación de vivienda (resolver un problema o alcanzar una meta). ☐ 25 Superar ciertos problemas en relación con mi trabajo o mi formación. ☒ 26 Aprender a organizar mejor mi vida cotidiana.
Estrés	☐ 27 Aprender a manejar mejor situaciones de estrés.

Objetivos en el ámbito interpersonal

Relaciones de pareja existentes	☐ 28 Mejorar la relación con mi pareja. ☐ 29 Mejorar la vida sexual con mi pareja. ☒ 30 Aclarar mis expectativas y sentimientos acerca de mi pareja.
Paternidad y familia actual	☐ 31 Analizar mi papel de padre o madre. ☐ 32 Mejorar la relación con mi hijo/mis hijos. ☒ 33 Intentar cambiar algo en la situación familiar.
Familia de origen	☒ 34 Cambiar la relación con mis padres (desprenderme, superar sentimientos de culpa o de dependencia etc.)
Otras relaciones	☒ 35 Aclarar o mejorar las relaciones con ciertas personas en mi entorno privado o profesional. ☒ 36 Superar la separación con mi expareja.
Soledad y duelo	☐ 37 Aprender a pasar mi tiempo solo. ☐ 38 Asimilar el fallecimiento de una persona amada.
Autoafirmación y disociación	☐ 39 Aprender a defenderme y disociarme mejor de los otros. ☐ 40 Aprender a manejar mejor las reacciones de los otros ante mi comportamiento (crítica, rechazo, elogio etc.)
Contacto y cercanía	☐ 41 Aprender a conectarse mejor con otras personas y mantener las amistades (p.ej. aprender cómo conocer a personas, hacer amistades etc.) ☐ 42 Aprender a permitir cercanía y generar confianza en otras personas. ☐ 43 Prepararme para una nueva relación de pareja.

Mejorar el bienestar

Movimiento y actividades	☐ 44 Hacer más deporte y otras actividades físicas. ☐ 45 Organizar más actividades para mi tiempo libre (pasatiempos, actividades culturales etc.)
Relajamiento y serenidad	☐ 46 Aprender técnicas que me ayudan a relajarme. ☒ 47 Aprender a manejar problemas y desafíos con más tranquilidad.
Bienestar	☒ 48 Desarrollar más optimismo y alegría de vivir. ☐ 49 Aprender a sentirme bien con mi cuerpo.

Orientación en la vida

Pasado, presente y futuro	☒ 50 Aprender a manejar mejor partes de mi pasado. ☒ 51 Tener más claro quién soy, qué puedo y qué quiero. ☐ 52 Desarrollar nuevas perspectivas para el futuro (privadas o profesionales).
Encontrar el sentido	☒ 53 Aclarar las preguntas por el sentido en mi vida.

Objetivos en relación a uno mismo

Actitud hacia mí mismo	☒ 54 Desarrollar más autoconfianza y autoseguridad. ☐ 55 Aprender a aceptarme como soy.
Necesidades y deseos	☒ 56 Aprender a percibir mis necesidades y a expresarlas. ☐ 57 Reconocer mejor mis límites y actuar acorde a ellos. ☒ 58 Aprender a realizar mejor mis propios deseos y planes.
Responsabilidad, rendimiento y control	☒ 59 Aprender a asumir responsabilidad por mí misma (vivir independientemente, tomar decisiones etc.) ☐ 60 Desarrollar más autodisciplina y perseverancia. ☐ 61 Aprender a bajar las expectativas altas conmigo mismo o con otros. ☐ 62 Aprender a delegar responsabilidades y control.
Manejo de sentimientos	☒ 63 Aprender a permitir y expresar sentimientos. ☐ 64 Aprender a manejar sentimientos negativos fuertes (p.ej. enojo, ataques de rabia).

3

Si tiene otros objetivos adicionales que no constan en el listado, sírvase apuntarlos aquí.

Aprender a ser más metódico y consecuente con lo que quiero.

Después de que haya pensado en los diferentes objetivos para su terapia por comenzar y como seguramente marcó varios objetivos, ahora es tiempo para que se concentre en los objetivos más importantes. Sírvase poner aquí los objetivos más importantes de su terapia por comenzar. Puede elegir hasta cinco objetivos.

- Para mantener mejor la visión general, ponga primero el número del objetivo escogido en la casilla prevista para eso (una casilla por número).
- Después redacte los objetivos escogidos lo más concreto posible en sus propias palabras para que tengan relación con su situación personal.

Ejemplo:

Objetivo No. 10

Deseo aprender nuevamente a salir solo y sin miedo de la casa y utilizar el transporte público.

Objetivo No.

Deseo tener herramientas de afrontamiento para tomar decisiones de manera consciente y así tener más confianza para hacer las cosas

Objetivo No.

Identificar como me siento y ser más abierto y comunicativo. Ya que, me considero cerrado con mis emociones.

5

Objetivo No.

Dejar de sentir culpa porque siento que lastimé a los demás, o que no ayudo. (referente a hermanos y esposa).

Objetivo No.

Descubrir que quiero o si reemplazo la marihuana.

Objetivo No.

Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Cuestionario de Depresión de Beck (BDI-II)

Centro de Salud Mental
Universidad San Francisco de Quito

Nombre: 

Fecha: 26/06/2025

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, encierre en un círculo el número más alto de ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) o el número 18 (Cambios de Apetito).

Tristeza:

- ☒ 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- 2. Me siento siempre todo el tiempo.
- 3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo:

- 0. No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- ☒ 1. Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- 2. No espero que las cosas me salgan bien.
- 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

Fracaso:

- ☒ 0. No me siento como un fracaso.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Mirando a mi pasado, veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona, soy un fracaso total.

Falta de Placer:

- ☒ 0. Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- ☒ 1. Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho y no las hice.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

Sentimientos de Castigo

- ☒ 0. No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
- 1. Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
- 2. Espero ser castigado(a) por la vida.
- 3. Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

Autodesprecio

0. Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
1. He perdido la confianza en mi mismo(a).
2. Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
3. No me gusta quien soy.

Autocrítica

0. No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
1. Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
2. Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
3. Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede.

Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2. Quisiera matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

Llanto

0. No lloro más de lo que solía llorar.
1. Lloro más de lo que solía llorar.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Agitación

0. No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
1. Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.

3. Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

Falta de Interés

0. No he perdido el interés en otras personas o actividades.
1. Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
2. He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
3. Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

Indecisión

0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1. Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
2. Ahora tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo dificultad en tomar cualquier decisión.

Falta de Valor Personal

0. No siento que soy inservible.
1. No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
2. Me siento inservible en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inservible.

Falta de Energía

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

Cambios en el Patrón de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a. Duermo algo más que de costumbre.
- 1b. Duermo algo menos que de costumbre.
- 2a. Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b. Duermo mucho menos que de costumbre.
- 3a. Duermo mucho más que de costumbre.
- 3b. Duermo mucho menos que de costumbre.

Irritabilidad

- 0. No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1. Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2. Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3. Estoy irritado(a) todo el tiempo.

Cambios de Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b. Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a. Tengo mucho menos de apetito que de costumbre.
- 2b. Tengo mucho más de apetito que de costumbre.

- 3a. No tengo nada de apetito.
- 3b. Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

Dificultades de Concentración

- 0. Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1. No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2. Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Me doy cuenta de que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- 0. No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer muchas de las cosas que antes hacía.
- 3. Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

Falta de Interés en el Sexo

- 0. Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1. Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3. He perdido el interés en el sexo por completo.

Puntaje total: 7

Anexo D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)



Servicios Psicológicos USFQ 1

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Cliente: XXXXXXXXXX	Edad a: <u>28</u> m: <u>6</u>	Género: * <u>M</u> <u>F</u>
Terapeuta: <u>Josue Torres A.</u>	Sesión n° <u>3</u>	Fecha d: <u>02</u> m: <u>07</u> a: <u>2025</u>
Tipo de terapia: <u>Humanista</u> <u>Familiar-Sistémica</u>	<u>X</u> Cognitiva-Conductual	<u>Psicodinámica</u>
Fase de intervención: <u>Lista de espera</u>	<u>X</u> Pre-intervención	<u>Post-intervención</u>

Instrucciones

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la **última semana (últimos 7 días)** por los siguientes síntomas según indica la escala. Marque una sola casilla por cada pregunta.

DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE (7) DÍAS HE SENTIDO	En absoluto	Levemente, no me molestó mucho	Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo	Severamente, casi no podía soportarlo
1 Hormigueo o entumecimiento	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2 Sensación de calor	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3 Temblor en las piernas	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4 Incapacidad para relajarse	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5 Miedo a que suceda lo peor	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6 Mareos	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7 Palpitaciones o taquicardia (aceleración del corazón)	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
8 Sensación de inestabilidad o inseguridad física	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
9 Terrores	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10 Nerviosismo	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
11 Sensación de ahogo	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12 Temblor de manos	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13 Temblores generalizados o estremecimiento	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
14 Miedo a perder el control	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
15 Dificultad para respirar	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16 Miedo a morir	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
17 Sobresaltos	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18 Molestias digestivas o abdominales	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
19 Palidez	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
20 Rubor facial	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
21 Sudoración (no debida al calor)	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

SUMATORIO VERTICAL =

<u>3</u>	-	-
----------	---	---

SUMATORIA TOTAL =

<u>3</u>

<u>0-7</u>	ansiedad mínima
8-16	ansiedad leve

Anexo E. Registro de Pensamientos y Evaluación

Terapia cognitivo-conductual • Hoja de trabajo

Registro de pensamientos y evaluación



Los acontecimientos estresantes y emocionantes pueden provocar distintos pensamientos y sentimientos. Piense en los acontecimientos de la semana pasada y escriba cómo le hicieron sentir y qué se le pasó por la cabeza.

Actividad	Pensamientos	Sentimientos	Medidas adoptadas

Material original elaborado por la Dra. Monica Ramirez Basco. Adaptado con autorización.

Registro de pensamientos y evaluación



Mi pensamiento es: _____

¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es cierto?	¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es falso?	¿Qué diría otra persona en esta misma situación? ¿Hay otra explicación?	Mis conclusiones y mi plan sobre los próximos pasos.

Material original elaborado por la Dra. Monica Ramirez-Bonilla. Adaptado con autorización.



Anexo F. Inventario de Pensamientos Automaticos (IAT)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)	
A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:	
0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso	
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan..... 0 1 2 3	1
2. Solamente me pasan cosas malas..... 0 1 2 3	0
3. Todo lo que hago me sale mal..... 0 1 2 3	0
4. Sé que piensan mal de mí..... 0 1 2 3	0
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?..... 0 1 2 3	0
6. Soy inferior a la gente en casi todo..... 0 1 2 3	0
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor..... 0 1 2 3	2
8. ¡No hay derecho a que me traten así!..... 0 1 2 3	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental..... 0 1 2 3	0
10. Mis problemas dependen de los que me rodean..... 0 1 2 3	0
11. Soy un desastre como persona..... 0 1 2 3	0
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa..... 0 1 2 3	2
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas..... 0 1 2 3	1
14. Sé que tengo la razón y no me entienden..... 0 1 2 3	0
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa..... 0 1 2 3	2
16. Es horrible que me pase esto..... 0 1 2 3	1
17. Mi vida es un continuo fracaso..... 0 1 2 3	0
18. Siempre tendré este problema..... 0 1 2 3	2
19. Sé que me están mintiendo y engañando..... 0 1 2 3	0
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?..... 0 1 2 3	0
21. Soy superior a la gente en casi todo..... 0 1 2 3	2
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean..... 0 1 2 3	1
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así..... 0 1 2 3	0
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo..... 0 1 2 3	2
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas..... 0 1 2 3	2
26. Alguien que conozco es un imbecil..... 0 1 2 3	0
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa..... 0 1 2 3	0
28. No debería de cometer estos errores..... 0 1 2 3	2
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto..... 0 1 2 3	1
30. Ya vendrán mejores tiempos..... 0 1 2 3	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más..... 0 1 2 3	0
32. Soy incompetente e inútil..... 0 1 2 3	0
33. Nunca podré salir de esta situación..... 0 1 2 3	0
34. Quieren hacerme daño..... 0 1 2 3	0
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?..... 0 1 2 3	1
36. La gente hace las cosas mejor que yo..... 0 1 2 3	2
37. Soy una víctima de mis circunstancias..... 0 1 2 3	1
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco..... 0 1 2 3	0
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo..... 0 1 2 3	0
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas..... 0 1 2 3	2
41. Soy un neurótico..... 0 1 2 3	0
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco..... 0 1 2 3	0
43. Debería recibir mas atención y cariño de otros..... 0 1 2 3	0
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana..... 0 1 2 3	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor..... 0 1 2 3	3