



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Análisis de Casos en opción al título de Psicólogo Clínico**

**“CONTROL DE LA CONDUCTA POR MEDIO DE LA TERAPIA RACIONAL  
EMOTIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO  
DEPRESIVO CON MANEJO MEDICAMENTOSO”**



**AUTOR:**

**William Wilfrido Torres Barrera**

**TUTOR:**

**Dr. Carlos Enrique López Haz, Msc**

**Guayaquil, junio 2017**

## **DEDICATORIA**

El siguiente trabajo está dedicado a la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil y en consideración especial a cada maestra/o, y a todas/os mis compañeras/os.

A mis padres Luis y Eliana, mi hija Cielo, mis sobrinos Farid, Jeffrey, Francesca y a mi hermano Luis German.

**William Wilfrido Torres Barrera**

## **AGRADECIMIENTO**

Al Decano de la Facultad de Ciencias Psicológicas Msc. Simón Illescas y a la Subdecana Msc. Iliana Álvarez, a todos quienes conforman el área de desarrollo, gestión y coordinación académica, secretaría, administración, servicios varios y conserjes.

Al Dr. Carlos López por creer en mí y brindarme el apoyo como gestor, docente, supervisor de prácticas, tutor de titulación y principal del Dpto. de Psicología del Centro de Salud "B" del Ala de Combate N.- 22 - FAE – Guayaquil.

Al Msc. Hugo Merchán en la guía como tutor académico.

Al Teniente Coronel. Esp. Avc. Dr. Gilbert Samaniego Chávez Jefe del Centro de Salud "B" del Ala de Combate N.- 22 - FAE – Guayaquil.

A la Fuerza Aérea Ecuatoriana por su altruismo.

**William Wilfrido Torres Barrera**

## RESUMEN EJECUTIVO

El siguiente análisis de casos se realizó en el Dpto. de Psicología del Centro de Salud "B" del Ala de Combate N.- 22 de la Fuerza Aérea Ecuatoriana desde el mes de febrero hasta junio del 2017, se identificaron seis casos clínicos de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo en tratamiento mixto, en donde se enfocó el refuerzo en el control de conducta mediante la Terapia Racional Emotiva, la metodología es cualitativa fenomenológica asociado al método explicativo-descriptivo; en el procedimiento instrumental se utilizó una matriz de análisis documental de historias clínicas, obteniendo los siguientes resultados principales en relación al objetivo general y objetivos específicos evidenciando la importancia en la remisión casi total del cuadro clínico en un 85% promedio según la (EEAG) de 3 a 9 meses con prognosis favorable y disminución del medicamento, se determinó los factores tensionantes con indicadores primarios en el área personal, pareja, familiar, laboral y médica, y las áreas socioeconómica y legal secundariamente, se identificó creencias irracionales de autocondena, catastrofización, absolutismo, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo, sobregeneralización, dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras, falta de flexibilidad. Y se concluyó describiendo la aplicación de técnicas de control de conducta, autocontrol, revelación, autodeterminación y autorrealización, solución de problemas, observación clínica, reforzamiento, autoconocimiento y autodesarrollo, autoeficacia y autorregulación; desde la (TREC) el modelo ABC, el debate filosófico, la refutación, la imaginación racional emotiva, proyección en el tiempo, ejercicio para atacar la vergüenza, insight cognitivo conductual, intelectual, afectivo y emocional.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
PORTADA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN EJECUTIVO	
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
CAPÍTULO I.....	9
1.1. MARCO TEÓRICO .....	9
1.1.1. Aspectos generales.....	9
1.1.2. La teoría general de la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis .....	10
1.1.3. El modelo A B C.....	12
1.1.4. Las creencias irracionales .....	13
1.1.5. Selección de técnicas de la terapia racional emotiva conductual ....	15
1.1.6. El control de la conducta .....	17
1.1.7. La consideración de la ansiedad en el modelo conductual .....	21
1.1.8. La consideración de la depresión en el modelo conductual.....	23
1.1.9. El trastorno mixto ansioso depresivo una mirada desde la psiquiatría moderna.....	25
1.1.10. Tratamiento medicamentoso .....	28
CAPITULO II.....	29
2.1. METODOLOGÍA .....	29
2.1.1. Selección y definición de casos.....	29
2.1.2. Ámbitos en los que es relevante el estudio .....	30

2.1.3. Problema.....	30
2.1.4. Preguntas de investigación .....	30
2.1.5. Objetivo de la investigación.....	32
2.1.6. Sujetos de información.....	32
2.1.7. Fuentes de datos .....	33
2.1.8. Constructos del estudio.....	35
CAPITULO III.....	39
3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS POR CASO.....	39
3.1.1. Caso I .....	39
3.1.2. Caso II .....	42
3.1.3. Caso III .....	45
3.1.4. Caso IV.....	48
3.1.5. Caso V.....	50
3.1.6. Caso VI.....	53
3.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN .....	56
3.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS POR TÉCNICAS APLICADAS: MATRIZ DE DATOS DE ANÁLISIS DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS .....	58
3.3.1. Análisis de factores tensionantes.....	58
3.3.2. Análisis de indicadores de test clínico.....	60
3.3.3. Análisis comparativo de creencias irracionales .....	62
3.3.4. Cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta .....	66
3.3.5. Guía de observación clínica.....	75
3.4. ANÁLISIS INTEGRADOR DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS (TRIANGULACIÓN).....	78
3.5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	80
CONCLUSIONES .....	82
RECOMENDACIONES .....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo a exponer visualizamos desde la Psicología Clínica la atención psicológica en usuaria/os en este establecimiento de Salud enfocando el estudio de casos cualitativo en el cual desarrollamos un esquema de trabajo de psicodiagnóstico e intervención psicológica en el sostenimiento y acompañamiento más adecuado. En la actualidad la praxis clínica demanda de herramientas y habilidades en el manejo de casos psicológicos teniendo una estructura sólida de técnicas con diferentes enfoques, hemos seleccionado desde la arista cognitiva conductual incluido la terapia racional emotiva conductual en el abordaje terapéutico, con la novedad de contar con una incidencia de nuevos casos clínicos como problema de salud pública en relación a la característica mixta ansiosa depresiva, trabajo científico que encuentra validez y utilidad en la medida en que, en el Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) declara al final del primer trimestre del año en curso que la psicopatología dominante es la *depresión* siendo el trastorno mixto ansioso depresivo uno de los cuadros que conforman esta clasificación, entidad nosológica analizada desde una perspectiva conductual en aplicación de un tratamiento mixto psicoterapéutico – medico psiquiátrico que denota un sistema de atención interdisciplinario reflejando el nivel de eficacia deseado y siguiendo los protocolos internacionales de atención, mejorando de esta manera la salud psicológica y previniendo conductas de riesgo que disminuyan la calidad de vida, indicando lo relevante de constatar de inicio a fin procesos psicológicos homogéneos y la gratificación de haber sido parte de aquello con el Psicólogo del área enriqueciendo nuestra experticia en el cumplimiento de una de las tareas fundamentales del psicólogo. Tenemos como origen y antecedente en la subjetividad humana y sus niveles de conciencia el asumir el control del comportamiento o conductas que responden a estímulos, y como el factor cognitivo desde el sistema creencias ejerce una posición filosófica de vida en la interacción con la realidad de salud proceso fundamental a modificar en pacientes con alteraciones del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Es válido mencionar que la TREC creada por su autor el Dr. Albert Ellis es una referencia clásica en las terapias cognitivas, en donde puntualizamos técnicas y procedimientos que generan una reestructuración en la filosofía de vida y pensamientos, sistema de creencias de forma racional, en contradicción a dogmas o creencias irracionales vinculadas a características como el absolutizar, condenarse, el perfeccionismo, la intolerancia, autodestruirse, etc, que sesgan y activan niveles de perturbación emocional negativa en el sujeto. Complementamos nuestra visión metodológica cualitativa determinando objetivos en la investigación como es la importancia del control conductual mediante la racionalidad y el análisis en la construcción explicativa en

las fuentes tensionantes o activantes de malestar mediante psicodiagnóstico clínico con indicadores de test y guía de observación que incurren básicamente en factores activantes endógenos o exógenos, fundamentalmente de base fenotípica y genotípica, o al antecedente de aprendizaje social (estilo de aprendizaje) en las diferentes esferas y etapas del desarrollo de la vida reflejando su representación, concepción y significado en las dimensiones de realidad contextual (carácter primario y secundario), y como el papel de la personalidad es el núcleo e interés de desarrollo en donde los estilos y modos de vida alcanzan caracteres determinantes en el proceso de salud – enfermedad, por ende las emociones son aquellas que se activan bio – psico – socialmente en lo relativo al posible desequilibrio o autorregulación en su diferencia de ventaja, el psiquismo humano con su conciencia, sin reducir la psiquis, son en primera instancia desde un estatus superior al comportamiento del organismo, funcione una interacción con el medio social y personal básicamente con conductas psicomotoras, estas conductas pueden ser saludables o conductas de riesgo, mediatizadas por el carácter cognitivo – afectivo como autorregulación de la personalidad, el detalle está en cómo asume el ser humano el control de su conducta explicándose el por qué? o para qué? en sus autodeterminaciones, convicciones, interpretaciones o sus dificultades en la toma de decisión en la búsqueda de solución y autonomía, afrontamiento, enfrentamiento, confrontamiento, principios axiológicos y pensamiento realista en nuevos cambios en su habilidad social y vivencias. El sentido de nuestro estudio parte en la aplicación estructural de la terapia de la conducta planteando diferentes categorías a seguir en el establecimiento de un esquema de referencia en el manejo de intervención, que va de la mano de la identificación puntual en la recolección de datos en relación al análisis funcional determinando la relación causa efecto en las conductas problema (exceso y déficit) como principio guía en el programa conductual, la conducta meta, optimizando las contingencias y reforzadores sociales en el empoderamiento del sujeto gracias al reflejo de la relación terapéutica creando seguridad y confianza, disminuyendo de esta forma las posibles resistencias al cambio dentro de las aproximaciones en la modificación, mejoramiento y logro de la conducta estable, integrando una mirada cognitiva mediante la TREC ya explicada anteriormente. Se define a la terapia de la conducta como una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos basados especialmente en la teoría del aprendizaje, para intervenir en la conducta generadora de malestar. El término conducta se interpreta de manera general, incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una respuesta cubierta, como son las emociones y verbalizaciones implícitas, siempre y cuando dichas respuestas se puedan señalar claramente (López, 2009).



## **CAPÍTULO I**

### **1.1. MARCO TEÓRICO**

#### **1.1.1. Aspectos generales**

El nivel de importancia reflejando nuestro punto de vista como autor del siguiente trabajo científico responde al enfoque de control de conducta por medio de la terapia racional emotiva destacando su eficacia en el ejercicio profesional del psicólogo clínico, seleccionamos categorías teóricas emitiendo nuestra percepción en el abordaje y ámbito contextual de salud, la psicología en esta especialidad cuenta con herramientas con diferentes enfoques de importancia como son los clásicos psicodinámicos, humanistas, gestálticos, escogemos el enfoque cognitivo conductual ya que en el tratamiento mixto se necesita un manejo en poco tiempo y con resultados óptimos, la posición medica psiquiátrica en el tratamiento ejerce un punto de apoyo mutuo que en su totalidad converge con la psicoterapia con la meta fija de estabilizar el cuadro clínico y restablecer la salud integral del paciente.

De tal forma que exponemos los conceptos teóricos que se utilizan en el proceso de análisis de los datos recabados y su interpretación, fundamentando este procedimiento técnico en cada categoría emitida, por lo consiguiente cada caso responde a la nosología fenomenológica que en nuestro abordaje aterrizamos en la explicación y descripción conductual que nos permite analizar en su diferencia a la visión psiquiátrica observando un criterio netamente psicológico, evidenciando en cada caso los puntos de encuentro y temáticas relevantes que enriquecen el argumento y juicio de valor cualitativo que concuerda con la estructura de un programa conductual que ejerce una posición de abanico dando la apertura en la utilización de métodos y estrategias en esta perspectiva que en su sustento cognitivo establece una visión de reestructuración del pensamiento y creencias irracionales en función a la racionalidad y adaptación del sujeto a su medio.

En lo consiguiente nos ubicamos en la esfera psicológica en donde el individuo mediante su personalidad, cogniciones y capacidades siente, piensa, actúa, construyendo desde su subjetividad una mirada hacia la realidad objetiva, en donde surgen interrogantes e interpretaciones de su mundo circundante.

Se establece como objetivo central mediante el enfoque de control de conducta de que el sujeto desarrolle el afrontamiento y solución de las dificultades tomando en consideración el manejo de métodos, técnicas, estrategias, formas y tácticas.

Por esta razón, la meta primordial es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales y efectivos.

### **1.1.2. La teoría general de la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis**

La terapia racional emotiva fue desarrollada como tal en 1955, en una conferencia dada por Albert Ellis en el congreso de la American Psychological Association (Grieger, 1985); y fue la primera escuela de psicoterapia que aplicó el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto para la terapia conductual y experimental. El marco filosófico general de la TRE se basa primordialmente en la premisa estoica de que la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones (Epicteto, siglo I d.C.).

De acuerdo con la TRE, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo de la realidad, de la situación que lo rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los “debo de” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, otros, o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma. Los “debo de” y “tengo que” dogmáticos y absolutistas del pensamiento de un individuo solo sirven para sabotear sus propósitos y objetivos básicos, ya que generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos. De ese pensamiento irracional, dogmático, se derivan tres inferencias:

1.- La tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento (tremendismo), ya que éste se percibe como más de un 100% malo – una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia “Esto no debería ser tan malo como es”.

2.- La tendencia a exagerar lo insoportable de una situación (no puedo – soportantitis), ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta, o amenaza con presentarse, en su vida – o deja, o amenaza con dejar, de ocurrir, según el caso.

3.- La tendencia a condenar a los seres humanos o a la vida en general (Condenación), ya que el individuo se evalúa a sí mismo o a los demás como infrahumanos al comprometer su valor como personas como consecuencia de su comportamiento, o sea, de hacer algo que no “deben” hacer o no de hacer algo que “deben” hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo, o a la vida en general, cuando estos no proporcionan al individuo lo que cree merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa. En la teoría TRE se pueden distinguir dos principales categorías de las perturbaciones psicológicas humanas: la perturbación del yo y la perturbación de la incomodidad (Ellis, 1979, 1980). En la perturbación del yo, la persona se condena a sí misma como resultado de realizar exigencias absolutistas sobre sí misma, los demás y el mundo. En la perturbación

de la incomodidad las exigencias reflejan la creencia de que “tienen que” existir condiciones como la comodidad y una vida cómoda. Se mantiene que dichas distorsiones casi siempre provienen de los “debo de”. Algunas de las frecuentes son las siguientes (Ellis y Dryden, 1987):

- Pensamiento de “todo o nada”
- Saltando a las conclusiones negativamente
- Adivinar el futuro
- Centrándose en lo negativo
- Descalificando lo positivo
- Siempre y nunca
- Minimización
- Razonamiento emocional
- Etiquetado o Sobregeneralización
- Personalización
- Falseamiento
- Perfeccionismo

La TREC parte de la hipótesis de que, si las metas principales de la gente son estar vivo, hay que evitar las penas innecesarias y actualizarse a sí mismos, en general sería mejor el esfuerzo en conseguir un grupo de submetas importantes que les ayuden en los siguientes aspectos:

- Interés en sí mismo
- Interés social
- Dirección propia
- Tolerancia
- Flexibilidad
- Aceptación de la incertidumbre
- Compromiso
- Pensamiento científico
- Auto-aceptación
- Arriesgarse
- Hedonismo a largo plazo
- No utópico
- Alta tolerancia a la frustración
- Auto-responsabilidad en la perturbación

### 1.1.3. El modelo A B C

El modelo ABC utilizado por la TRE para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias como ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975).

Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas, y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de irracionales. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional (Ellis, 1982).

El modelo ABC de la Terapia Racional – Emotiva funciona de la siguiente forma: Contrariamente a la creencia general, la A o acontecimiento activante no produce directamente y de forma automática la C o consecuencia, que pueden ser emocionales (Ce) y/o conductuales (Cc), ya que, de ser así, todas las personas reaccionarían de forma idéntica ante la misma situación. La C es producida por la interpretación que se da de la A, es decir, por las creencias B que generamos sobre dicha situación. Si la B es funcional, lógica, empírica, se la considera racional (rB). Si, por el contrario, dificulta el funcionamiento eficaz del individuo, es irracional (iB). Se indica que en el procedimiento de intervención a las ideas irracionales se extiende el ABC adjuntando la sección D que es básicamente la técnica de refutación o debate filosófico, y, la sección E que es la nueva creencia racional expuesta por el sujeto.

Durante la etapa inicial de entrenamiento en TRE, se recomienda enseñar al paciente el ABC en forma directa, ya que le ayuda a entender su esquema conceptual, a identificar y cuestionar sus aspectos irracionales para reemplazarlos por otros más funcionales y eficaces, a utilizar mejor las técnicas de la TRE para lograrlo y, en general, a llevar este aprendizaje más allá de la terapia formal para poder llegar a ser, en último término, su propio terapeuta.

#### 1.1.4. Las creencias irracionales

Se define a la irracionalidad como cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que provoca consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren en el desarrollo normal del ser humano y en la felicidad del organismo. El comportamiento irracional tiene varios aspectos:

- La persona cree que la irracionalidad se ajusta a los principios de la realidad
- Las personas que se aferran a esa irracionalidad se denigran o no quieren aceptarse mismos
- La irracionalidad interfiere con la buena amistad de los miembros de su grupo social
- Bloquea el conseguir las relaciones interpersonales que les gustaría mantener
- Impide un trabajo lucrativo o creativo
- Interfiere en los mejores intereses propios o en otros aspectos importantes de su vida diaria (Ellis y Russell, 2003).

Ellis y Russell afirma que todas las principales irracionalidades incluyendo las cuatro más importantes y todas las relacionadas que son: sentirse horrible, no poder soportar algo, la necesidad perturbadora y la auto-condena) parecen existir, de una u otra forma en casi todas las personas, pero no en igual proporción, las cuales se han extendido en todos los grupos sociales y culturales, aunque las reglas, leyes, costumbres y modelos varían de un grupo a grupo, su credulidad, el absolutismo, los dogmas, la religiosidad y la exigencia con respecto a estos modelos permanecen sorprendentemente similares (Ellis y Russel, 2003).

Ellis menciona básicamente las siguientes once creencias irracionales:

- 1.- Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean o tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes que me rodean.
- 2.- Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo o si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo.
- 3.- Los malos deben de ser castigados por sus malas acciones.
- 4.- Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero.

- 5.- Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada.
- 6.- Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.
- 7.- Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida.
- 8.- Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar.
- 9.- Mi pasado es determinante de mi presente y de mi futuro.
- 10.- Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás.
- 11.- Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla (Ellis y Russel, 2003).

La depresión y la ansiedad del yo están asociadas con la autoevaluación (Ellis, 1987). Una vez que el pensamiento dogmático y absolutista cambia y el paciente devalúa su conducta, pero no su persona, la depresión se convierte en tristeza. Un proceso similar ocurre cuando la ira se transforma en enojo o irritación, como consecuencia de un cambio cognitivo, en el que se juzgan las acciones de los demás, pero no se les adjudican un valor a su esencia como seres humanos (Ellis, 1987).

Por último, cuando la ansiedad situacional se convierte en preocupación, el paciente se ha sobrepuesto a su baja tolerancia a la frustración (Ellis y Knaus, 1977).

- Quienes piensan (iB) creencia irracional: Debo actuar bien para ser una buena persona y, por consiguiente (Ce) consecuencia emocional, se deprimen y/o angustian (ansiedad del yo).
- Quienes piensan (iB) creencia irracional: Otros deben actuar bien para que se les considere seres humanos buenos y, como en consecuencia (Ce), sienten ira si consideran que otras personas se comporten de manera inadecuada.
- Quienes piensan (iB) creencia irracional: El mundo debe de ser justo o no podría tolerarlo y, por consiguiente (Ce), sienten angustia (ansiedad situacional) cuando las cosas no resultan como ellos quieren (Ellis, 1989).

### **1.1.5. Selección de técnicas de la terapia racional emotiva conductual**

Nuestro motivo e interés en la selección de técnicas es establecer el sostenimiento y contingencia más adecuada y que sea fácil comprender para el paciente que pueda incorporar una referencia conceptual en su aprendizaje en el proceso de atención con la finalidad de que sea autónomo en las situaciones con dificultades en las crisis emocionales, de esta forma autodescubre visualizando los cambios en su mejoría y logro en su comportamiento social en las diferentes esferas de acción, el clarificar bien el concepto del ABC permite tener un pensamiento más realista y mediante el debate, refutación el sujeto demuestra un mayor acercamiento a la estabilidad, cruzando dogmas que no permiten romper paradigmas enraizados.

Para lograr un cambio filosófico, las personas tienen que hacer lo siguiente (Ellis y Dryden, 1987):

- Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
- Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
- Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
- Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico – empíricos de la ciencia.
- Trabaja en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
- Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

### **El debate filosófico**

En la TRE, el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es el debate (Ellis y Harper, 1961; 1975), que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana. (Phadke, 1982) ha demostrado que la refutación de las creencias irracionales comprende tres pasos. Primero, el terapeuta ayuda al paciente a descubrir las creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones autodevaluadoras. En segundo lugar, debaten con sus pacientes la verdad o falsedad de sus creencias irracionales. El propósito del debate,

en general, es determinar la validez de hipótesis y teorías que, en este caso, equivaldrían a las tres inferencias descritas anteriormente, y al pensamiento absolutista y dogmático del cual se derivan. Durante el proceso, ayudan a sus pacientes a discriminar entre creencias racionales y creencias irracionales. Si el debate ataca únicamente a las inferencias irracionales, constituye un debate empírico (Dryden y Golden, 1986).

El debate filosófico (Ellis, 1987) va más allá de estas inferencias y ataca los - debo de - dogmáticos implícitos, de los cuales se derivan. En tercer lugar, un estilo terapéutico bastante eficaz, al utilizar el debate filosófico, es el dialogo socrático, haciendo preguntas como: ¿Cuál es la evidencia de que tiene que hacer eso? O ¿En qué sentido es falsa o cierta esta creencia? Ya que ayuda al paciente a generar, en lugar de simplemente memorizar, creencias racionales y apropiadas (Walen, DiGiuseppe y Wessler, 1980).

Las **técnicas de imaginación** se utilizan en las siguientes modalidades:

- La **imaginación racional emotiva** donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (A) situación activante, y modifica su respuesta emocional en (C) consecuencia, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.
- La **proyección en el tiempo**: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista (Ellis, 1989).
- El **ejercicio para atacar la vergüenza** es otra técnica emocional en donde el paciente actúa de una manera deliberadamente vergonzosa en público tratando, al mismo tiempo, de aceptarse a sí mismo a pesar de su comportamiento y de tolerar la incomodidad que este le produce.

**Insight y cambio conductual.** La TREC acentúa en particular el insight cognitivo o conductual, pero también muestra la diferencia entre el insight intelectual y afectivo e indica como los clientes pueden conseguir el ultimo y efectuar el cambio a través de su realización (Ellis, 1962, 1963). De este modo se demuestra que (1) cuando tienen un insight intelectual generalmente creen algo de forma ligera y ocasional y (2) cuando tienen un insight afectivo generalmente lo creen de una forma fuerte y persistente y por consiguiente, a causa de su fuerte creencia sentirán la necesidad de actuar sobre ello.



### 1.1.6. El control de la conducta

Establecemos como prioridad las diferentes categorías vinculadas a la terapia conductual clásica tomando en consideración métodos que sean fáciles de aplicar para el paciente en el proceso de aproximación al control independiente de su conducta, son guías externas mediante condiciones que se ejercitan apropiándose aprendizajes en el rendimiento de autoeficacia básicamente sustentando en asumir las diferentes propuestas exponiendo sus habilidades motivaciones cambios estructurales en el mejoramiento y logro de cada meta y éxito.

El concepto de **control** se ha manejado desde la década de los 50 en la literatura (White, 1959) y, a pesar de matices y diferencias en las definiciones, todas tienen en común que el control es la capacidad del sujeto para predecir y manipular su medio. El individuo subjetivamente siente una relación entre su acción, su proyección y su esfuerzo con los resultados concretos que obtiene en diferentes esferas de la vida.

El **autocontrol** se refiere a un grupo de técnicas y de estrategias de terapia que tienen algunos propósitos y suposiciones comunes. El objetivo es enseñar a la persona el control o modificación de su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo (Lynn P. Rehm, 1985).

Pensamos que las situaciones de bajo control afectan mucho más a las personas orientadas a la **autodeterminación y autorrealización** que a las personas orientadas al determinismo externo; cuya aspiración fundamental es obtener la aprobación de los demás más que sentir la congruencia entre el resultado y su esfuerzo o acción concreta en la obtención del mismo. Cuando la vivencia de control es percibida por el individuo como inasequible ocurre una interesante reacción denominada **impotencia aprendida** que se expresa en el sentimiento de no poder hacer nada, de que cualquier cosa que nos esforcemos por hacer terminara en fracaso, la cual genera una elevada tensión psicológica (F. González R. 1992).

La **revelación**, en su etimología se la define como el descubrimiento o manifestación de algo secreto, oculto o desconocido, en psicología clínica nos permite considerar el contenido o experiencias vividas, proyecciones futuras, etc., que están en predisposición de asumir una realidad haciendo parte de aquella verdad, idea, secreto al psicólogo, de esta forma asume el sujeto autodeterminación desarrollando seguridad y apoyo sin ser juzgado ni prejuiciado de forma discriminada, el efecto de tener la libertad de sentir confianza y comunicar es un

acto inherente a la función en la atención psicológica ya que, mediante el proceso de empatía y escucha se crea el ambiente e interacción adecuada para que surja el elemento de revelar espontáneamente con la finalidad de ser orientado en nuevos objetivos dentro del proceso de acompañamiento en las sesiones psicológicas (Autor del trabajo).

La **búsqueda de solución de problemas** es una estrategia para el entrenamiento en tomar decisiones y su ejecución, es decir, encontrar la alternativa de respuesta más eficaz para la situación que está resultando problemática, que implica recorrer las siguientes etapas que son:

1.-Identificación del problema, 2.- Análisis de la respuesta, 3.- Consideración de las alternativas, 4.- Evaluación de las alternativas, 5.- Aplicación y evaluación de los resultados (D´Zurrilla y Golfried, 1971).

### **La Observación clínica**

Este tipo de observación se inicia en forma céfalo caudal, o sea de la cabeza a las extremidades inferiores y del centro del rostro hacia los lados, a fin de conocer la simetría y el desarrollo del sujeto observado y si presenta características especiales, permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad. En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento que decidimos observar. Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son relevantes para los objetos observados.

La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar. Existen situaciones en las que la evaluación solo puede realizarse mediante la observación. Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas o porque existen acontecimientos que dificultan la observación. No se necesita la colaboración del objeto observado.

Existe la creencia de que lo que se observa no se pueda cuantificar o codificar pese a existir técnicas para poder realizar la observación en macrocefalia, microcefalia, estrabismo, hipertonía, hipotonía, su tono muscular, señas particulares, etc. Al observar lo que el sujeto es, se busca conocer por medio de su estructura morfológica y del sistema nervioso si presenta alguna alteración que influya en su comportamiento, que le permita al psicólogo entender la importancia de conocer e investigar por medio de la observación sistemática el proceso de maduración y

desarrollo del sistema nervioso como elemento básico para que se manifieste el ser humano y, que las alteraciones de ese sistema nervioso origina.

Cuando existen alteraciones orgánicas el psicólogo debe saber diferenciarlas para canalizar a los pacientes con el especialista apropiado o bien trabajar en forma interdisciplinaria.

Es importante tomar en consideración lo que el sujeto comunica, ya que la tristeza, el enojo, coraje, sumisión, altanería, bondad, ira, rigidez, etc. son elementos importantes los cuales se manifestaran más ampliamente en el transcurso de la entrevista, o el tratamiento, y lo que comunica en forma no verbal es la parte más genuina de sí mismo, ya que la persona puede decir que está a gusto sin embargo en su rostro y músculos manifiesta tensión que es indicador de los contrarios.

En el proceso de comunicación a partir del nacimiento, el ser humano pasa por la etapa de los gestos, del lenguaje verbal y del lenguaje escrito, en la primera etapa el sujeto manifiesta claramente lo que siente, y en las siguientes aprende a manejarlos, por lo que es importante el conocimiento del lenguaje no verbal (Díaz, 2010).

El empleo del **reforzamiento** es una estrategia muy enfocada y eficaz para formar y controlar las conductas deseadas (Ferster y Skinner, 1957). El reforzamiento de la respuesta correcta aumenta el aprendizaje. Es mejor que el castigo (control aversivo) por que dirige selectivamente la conducta hacia una meta predeterminada.

El **crecimiento** es la capacidad de reducir al mínimo las condiciones adversas y de incrementar el control provechoso de nuestro medio. Al aclarar nuestros pensamientos, aprovechamos mejor nuestras herramientas para predecir, sostener y controlar nuestra propia conducta.

El **autoconocimiento** se entiende como el repertorio de conductas conocidas, “quizás una persona no sepa que ha hecho algo, o que va hacer algo, tal vez no reconozca las variables en las que su conducta es una función” (Skinner, 1958). Skinner se refiere a estos incidentes como conductas que no han tenido un reforzamiento positivo para darse cuenta de ellas o recordarlas “Lo más importante no es si la persona logro observar la conducta de la que no informa, sino si se le ha dado alguna razón para observarla” (Skinner, 1953).

La **terapia** se considera un medio de control ilimitado, se señala al terapeuta como fuente de alivio, promesa de recuperación o cura verdadera, reforzando positivamente la influencia del terapeuta, el objetivo es evitar que las conductas indeseables recurran y hacer que las deseables se presenten con mayor frecuencia, “el síntoma es la enfermedad”, y es el que se trata directamente en sus excesos y déficits.

La **autoeficacia** se define como la confianza de una persona en su capacidad para producir efectos deseados mediante sus propias acciones (Bandura, 1997), consiste en un juicio acerca de si nuestras propias destrezas y capacidades pueden llevarnos al éxito en una tarea particular. Carecer de la sensación de autoeficacia puede perjudicar la motivación, disminuir los objetivos e incluso afectar la salud.

La autoeficacia se desarrolla de cinco fuentes (Maddux, 2002).

- Rendimiento exitoso
- Experiencias vicarias de éxito
- Imágenes internas de éxito
- Persuasión verbal
- Activación fisiológica y emocional

Bandura desarrollo los siguientes **métodos** prácticos:

- Establecer metas difíciles pero posibles de lograr
- Mostrar modelos desempeñándose exitosamente
- Brindar palabras de aliento a la persona para un exitoso desempeño
- Controlar la activación fisiológica, mediante dieta, control del estrés y ejercicios físicos para incrementar su resistencia, su fuerza y capacidad para mantener la calma ante la presión.

Los dos aspectos del **self** son la **autoeficacia** y la **autorregulación**.

Las personas que nos rodean refuerzan nuestra conducta, pero también establecemos nuestras propias normas de conducta y nos recompensamos cuando las cumplimos.

### **1.1.7. La consideración de la ansiedad en el modelo conductual**

La ansiedad es una emoción que se expresa a través de una vivencia o sentimiento de temor, aprensión y desamparo. La misma aparece por lo general, en aquellas situaciones en las cuales, los mecanismos defensivos del sujeto se activan, debido a la percepción consciente o inconsciente de una situación conflictiva que resulta amenazante, para el individuo, y rebasa sus posibilidades de respuesta o afrontamiento a la misma. Es un fenómeno que se expresa a través de tres canales, el cognitivo, fisiológico y motor o conductual (Zaldívar, 2009).

La ansiedad normal se caracteriza por: episodios pocos frecuentes, con una intensidad media o leve; duración limitada, reacción esperable y semejante a la de otros sujetos y sufrimiento limitado y transitorio con un grado de ligero o nulo de interferencia en las actividades del individuo. A diferencia, la ansiedad patológica, se presentaría como un cuadro caracterizado por: episodios repetidos de alta intensidad, duración prolongada, reacción desproporcionada y sufrimiento alto y duradero, con gran interferencia en las actividades del sujeto (Michal, 1992).

J. Wolpe, 1958, 1973, en su empleo del constructo de la ansiedad la define como un patrón de la actividad del sistema nervioso simpático que tiene lugar cuando una persona cree que está expuesta a amenazas o daños. La actividad del componente simpático del sistema nervioso autónomo es la que está asociada con una activación emocional elevada. Los cambios corporales asociados con un aumento de la activación autónoma consisten en una elevación de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca, un aumento de la circulación sanguínea en los grandes músculos voluntarios junto con una disminución de la circulación sanguínea en el estómago, la dilatación de las pupilas y sequedad de la boca. Se considera que estos fenómenos definen los rasgos de la respuesta de ansiedad.

J. Wolpe, 1958, desarrollo la desensibilización sistemática como un método para reducir las reacciones de ansiedad. El procedimiento se basa en los principios del condicionamiento clásico de I. V. Pavlov, 1927, la suposición básica, es que una respuesta de ansiedad ante un estímulo provocador de miedo puede eliminarse o debilitarse generando una respuesta contraria a la ansiedad. Cualquier respuesta que sea incompatible con la ansiedad puede utilizarse para inhibir la respuesta de ansiedad.

La desensibilización sistemática se la define como el método para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de una respuesta de ansiedad que se ha incorporado en el paciente en su relación con el medio social; en el procedimiento se induce al paciente, a generar un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de

ansiedad por medio de la relajación muscular, y luego es expuesto gradualmente a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente “más fuertes”, que son tratados en forma semejante (López, 2009).

Jhon B. Watson, 1925, empleando un modelo de condicionamiento pavloviano, demostró que los miedos y las fobias que presentan los niños en los primeros años de su vida, no son heredados sino aprendidos por medio del condicionamiento.

Michembaum, 1977, por su parte plantea que la ansiedad en los sujetos, es un resultado de sus percepciones sobre su propia activación fisiológica – emocional y las autoverbalizaciones internas que se desarrollan a continuación (que por lo general tienen un carácter catastrófico), todo lo cual actúa como mecanismo disparador y sostenedor de la ansiedad.

Según Beck, 1967, cuando un sujeto interpreta una situación como amenazante, una compleja constelación de cambios cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales tienen lugar. Beck no solamente ve en la ansiedad aspectos negativos y plantea que a veces esta cumple una función útil, cuando aparece en aquellas situaciones en que la amenaza puede servir para motivar la búsqueda y la acción hacia una solución efectiva. La ansiedad resulta nociva cuando no promueve la búsqueda de soluciones productivas o cuando causa importantes limitaciones en las actividades y vida de los sujetos.

Las respuestas motoras son conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar. Las conductas más habituales son: la confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira), el distanciamiento (evitaciones, escapes), el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, etc. En el caso de la ansiedad el objetivo de las conductas es mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generando (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables (Piqueras, Martínez, Rivero, García y Oblitas, 2008).

### **1.1.8. La consideración de la depresión en el modelo conductual**

La depresión es un estado emocional que se caracteriza por la presencia de una gran tristeza y aprensión, acompañada por diversos síntomas tales como: preocupación, culpa, pérdida del sueño y apetito, disminución notable de los deseos sexuales; así como la pérdida del interés y de placer en la realización de actividades que usualmente el sujeto desarrollaba sin inconvenientes. A menudo, la depresión aparece asociada a problemas psicológicos y de salud, es conveniente dejar claro que los trastornos o desordenes depresivos son aquellos en que la depresión es el síntoma principal, esto es, el trastorno del estado de ánimo es el principal problema que el sujeto presenta.

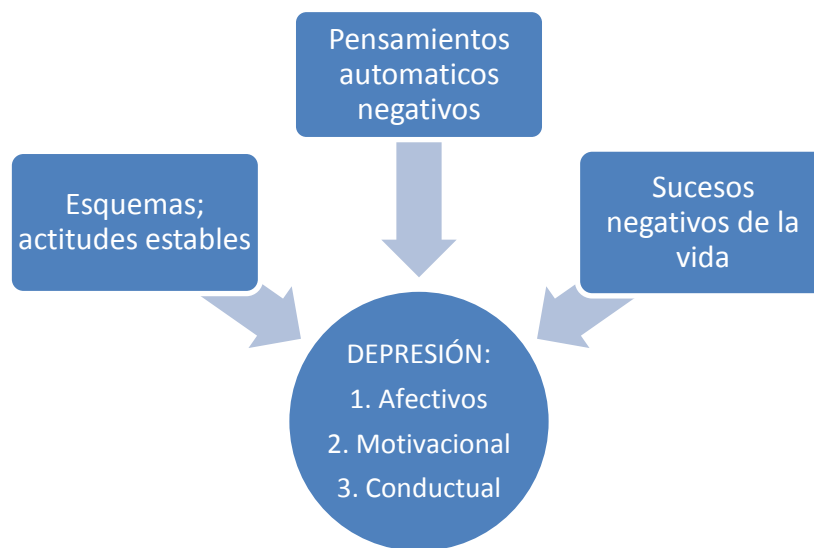
Se ha encontrado que una gran proporción de los sujetos que sufren periódicamente de episodios de depresión, suelen también presentar algún episodio maniaco; por consiguiente, la manía es un trastorno del estado del ánimo que se presenta como un trastorno del estado emocional de intensa pero infundada excitación, lo que se evidencia a través de la hiperactividad del sujeto, locuacidad, fugas de ideas, distractibilidad, la proyección de planes grandiosos e impracticables, entre otros síntomas (Zaldívar, 2009).

### **La conducta**

Las manifestaciones de la conducta pueden ir desde la inhibición psicomotora (en la depresión con inhibición) hasta la excitación que deviene del componente ansioso. Los movimientos del paciente con depresión están retardados y por ello parecen torpes. Así, el depresivo se queja de no poder hacer nada, fruto de la inhibición, y también de no poder disfrutar nada. Es importante recalcar que, en ocasiones, el vínculo con las actividades se mantiene, pero no la gratificación que las mismas la pueden reportar. Entonces, al no poder disfrutar de las buenas experiencias, por su particular estado afectivo en donde lo displacentero se amplifica, la insatisfacción y ánimo depresivo se incrementan más aun, como lo hace también la sensación de sin salida y desamparo. En estos momentos, la familia, sino es que el mismo paciente, puede malinterpretar la inhibición como vagancia o falta de voluntad, y objeto de acusaciones y reproches o decirle que debe poner voluntad, cuando uno de los aspectos más afectado es el volitivo, deteriorándose la autoestima.

El modelo cognitivo de la disfunción pone un gran énfasis en el potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les

rodean y, a través de estas percepciones negativas, crear en ellos mismos la perturbación emocional (Beck, 1976; Coyne y Gotlib, 1983). Beck, 1967, sugirió que existen diferencias individuales relativamente consistentes en la tendencia a manifestar distorsiones cognitivas negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Los esquemas con contenido negativo sobre pérdidas, fracaso, inadecuación, etc., constituyen la diátesis - estrés cognitiva en la teoría de Beck sobre la depresión, este modelo postula que cuando se enfrenta con estímulos estresantes equivalentes (acontecimientos negativos similares), la gente que manifiesta la diátesis cognitiva pertinente tiene más probabilidades de experimentar una reacción depresiva que la gente que no manifiesta esta predisposición.



Beck ha señalado que las interpretaciones negativas están basadas en los tres siguientes niveles de actividad cognitiva:

- **Primer nivel:** Triada Negativa. - Visión pesimista del Yo, del mundo y del futuro.
- **Segundo nivel:** Esquema negativo o creencias triggeres por eventos negativos. - por Ej. La creencia de que tengo que ser perfecto.
- **Tercer nivel:** Distorsiones cognitivas. - por Ej. Falacias de control.

De acuerdo con lo planteado por Beck, es en periodo de la niñez o en la adolescencia cuando el individuo que tiende a la depresión, adquiere o desarrolla su esquema negativo; esto es una consecuencia de algún evento.



### **1.1.9. El trastorno mixto ansioso depresivo una mirada desde la psiquiatría moderna**

El **Trastorno mixto ansioso depresivo** es definido por el manual de clasificación de los trastornos mentales CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, por su código F41.2; y pertenece al grupo de clasificación F40-F48 de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfo, en la subclasificación F41 Otros trastornos de ansiedad, en donde se detalla el criterio diagnóstico del Trastorno mixto ansioso depresivo en su enunciado de tal forma: Esta categoría debe utilizarse cuando se presentan ambos tipos de síntomas, de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente. Además, ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique un diagnóstico por separado. Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente

#### **Nota diagnóstica**

Hay tantas combinaciones posibles de síntomas comparativamente leves para estos trastornos, que no se proporcionan unos criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

#### **Causas del trastorno mixto ansioso depresivo**

Tras numerosos estudios, se ha llegado a la conclusión de que, tanto los trastornos de ansiedad como los depresivos, parecen surgir por una combinación de factores de tipo biológico, psicológico y ambiental, existiendo muchas causas diferentes. Como las causas de ambos trastornos son tan parecidas, no es extraño que se den conjuntamente. De hecho, un 58% aproximadamente de pacientes con depresión mayor tienen también un trastorno de ansiedad, y un 17,2% de los afectados por ansiedad generalizada presenta depresión.

- **Factores biológicos:** abarcan los desequilibrios en ciertos neurotransmisores cerebrales como la serotonina o la dopamina y sus receptores, además de predisposiciones genéticas.
- **Factores psicológicos:** personalidad, esquemas cognitivos de la persona, valores, creencias, etc.
- **Factores ambientales:** haber crecido en familias disfuncionales, entornos inestables, tener un nivel socio-económico más bajo (ya que se traduce en una vida con más dificultades).

### Síntomas

- El trastorno mixto ansioso depresivo destaca por tristeza y ansiedad persistente que se extiende durante más de un mes, y tiende a ser crónico.
- Puede causar numerosos signos, síntomas y consecuencias tales como: Alteraciones en la atención y en la memoria que se traducen como falta de concentración y dificultad para aprender y recordar información.
- Trastornos del sueño como insomnio o hipersomnía, aunque también pueden darse dificultades para conciliar el sueño o despertar más temprano de la cuenta.
- Cansancio y fatiga durante el día.
- Preocupación recurrente, irritabilidad y llanto fácil.
- Apatía, con una importante pérdida de interés por las actividades que anteriormente le agradaban.
- Visión negativa o desesperanza hacia el futuro.
- Hipervigilancia a los estímulos o síntomas temidos, acompañada normalmente de la sensación de que algo peligroso para uno mismo u otras personas importantes va a suceder.
- Más asociado con la ansiedad, se dan síntomas de taquicardia, temblores, sequedad de boca, sensación de quedarse sin aire o parestesias aunque sea de manera intermitente.
- Deterioro social, ya que pueden evitar el contacto con los demás.
- Autoestima baja.
- No cumplen con sus responsabilidades: normalmente faltan a la escuela o al trabajo o rinden por debajo de lo habitual.
- Apariencia descuidada, pudiendo notarse falta de aseo personal.
- Abuso de drogas o alcohol, ya que suelen adoptar estos hábitos con el objetivo de paliar o disminuir los síntomas que les atormentan.
- En algunos casos puede acompañarse de ideación suicida.

El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo es uno de los trastornos mentales más comunes, produciéndose en 8 de cada 1.000 personas, a nivel mundial. Es más habitual en mujeres que en hombres. Una persona es más propensa a desarrollar el Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo si se expone a las siguientes condiciones:

- Tener familiares con trastornos mentales, sobre todo ansiedad o depresión, o con problemas de drogadicción.
- Personalidad dependiente o pesimista, o tener baja autoestima.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Falta de apoyo social o familiar.
- Haber experimentado alguna experiencia traumática o muy negativa para la persona en la infancia o niñez.
- Encontrarse bajo altos niveles de presión y estrés.
- Tener enfermedades graves o de carácter crónico.

#### **Criterio diagnóstico DSM-IV TR**

**Trastornos del estado de ánimo:** Episodio depresivo mayor.

- F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único
- F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante
- F34.1 Trastorno distímico

Episodio maniaco, episodio mixto, episodio hipomaniaco.

**Trastornos de ansiedad:** Crisis de pánico (Crisis de angustia)

Agorafobia

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F40.02 Fobia específica

F40.1 Fobia social

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F43.0 Trastorno por estrés agudo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

(Concluimos especificando que el trastorno mixto ansioso depresivo no está incluido en el manual de criterio diagnóstico DSM – V).

### **1.1.10. Tratamiento medicamentoso**

Es frecuente que los pacientes con trastorno ansioso depresivo no lleguen a ser tratados (evolución sintomática), primero por las dificultades asociadas al diagnóstico; y segundo porque las manifestaciones clínicas suelen ser algo más leves y por ello no se le da importancia. El paciente aprende a convivir con esos síntomas y no suele acudir a consulta hasta que no presenta algún síntoma físico que le perjudique gravemente. La mayoría de los afectados no demandan atención psicológica ni psiquiátrica. Ante estos pacientes, lo habitual es ayudarles a sentirse mejor a través de tratamiento farmacológico combinado con otras técnicas, sobre todo si se dan crisis de pánico o agorafobia. Anteriormente era complicado escoger tratamiento farmacológico para esta condición, ya que algunos antidepresivos y ansiolíticos funcionan de forma diferente. Sin embargo, actualmente se utilizan los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que está demostrado que tienen la cualidad de ser válidos tanto para la depresión como para la ansiedad. Hay antidepresivos que también parecen muy efectivos si se tiene depresión y trastorno de ansiedad generalizada como paroxítina o venlafaxina. Aunque lo más frecuente, es utilizar conjuntamente antidepresivos y benzodiacepinas. Evidentemente, el tratamiento farmacológico va a ir encaminado a paliar aquellos síntomas más acentuados en cada paciente, es decir, los que provocan el deterioro en su vida y son más urgentes. Por ejemplo, si los síntomas de ansiedad son los que acentúan los problemas, hay que centrarse en fármacos que combatan la ansiedad. De todas formas, las benzodiacepinas solamente no suelen recetarse aisladamente en los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo. Un error que no se debe cometer es sólo enfocarse en el tratamiento farmacológico, olvidando otras técnicas que son útiles. Es importante saber que los fármacos por sí mismos no van a solucionar el problema, sino que son complementarios a otras intervenciones y las facilitan; promoviendo energía y bienestar en el paciente para que siga otras terapias.

## **CAPITULO II**

### **2.1. METODOLOGÍA**

#### **2.1.1. Selección y definición de casos**

La selección y definición de casos radico en la valoración tomando en cuenta los siguientes criterios a seguir:

Primer criterio

Se constataron pacientes recidivantes y pacientes por primera vez en tratamiento mixto o único de atención psicológica.

Segundo criterio

Se identificaron pacientes que poseen diagnóstico médico psiquiátrico y psicodiagnóstico clínico por primera, y también se denoto pacientes con psicodiagnóstico recidivante.

Tercer criterio

Los pacientes seleccionados en su mayoría son hombres y en su minoría son mujeres, entre edades que oscilan entre 18 a 41 años de edad, con ocupaciones diferentes en el área militar, ama de casa y estudiante, cabe destacar su condición civil que se indica en relación a pacientes casados, casados separados y soltería.

Cuarto criterio

Denotamos esta categoría de selección en los pacientes que son derivados o en interconsulta por los hospitales militares que están en la red de apoyo interinstitucional como son Hospital del Ejercito II - LIBERTAD y el Hospital Naval Guayaquil que se encuentran en tratamiento mixto y también se indica que hubo pacientes recibieron la atención directa en el Centro de Salud "B" del Ala de Combate N.- 22 de la Fuerza Aérea Ecuatoriana y mantienen interconsulta con los hospitales de apoyo mencionados o no.

### **2.1.2. Ámbitos en los que es relevante el estudio**

El siguiente estudio se lo define eminentemente en el ámbito clínico dadas las características patógenas que tiene el trastorno mental en análisis y los deterioros y la inhabilitación que suele provocarle a quienes padecen de estos males, configuran el entorno necesario y requerido para su atención y mejoramiento. vinculado a la atención psicológica en las funciones de psicodiagnóstico y proceso psicoterapéutico con la finalidad de establecer un nivel de salud mental óptimo en los sujetos atendidos reinsertándolos en sus áreas de vida personal, familiar, laboral, etc., la autonomía necesaria para su posterior remisión.

### **2.1.3. Problema**

Planteamos como problema la falta de control en la conducta de los pacientes que reportan dificultades emocionales relacionadas a la ansiedad y depresión encontrándose en tratamiento mixto psicoterapéutico y médico psiquiátrico, en donde, mediante la valoración e intervención psicológica se estableció el control de conducta desde el paciente aplicando la terapia racional emotiva conductual, enfocando la evolución o remisión inicial, parcial y casi total en su prognosis, en su complemento posteriormente se realizó el monitoreo y seguimiento respectivo en todas las sesiones desarrolladas en este centro de salud y hospitales vinculados al trabajo interdisciplinario.

### **2.1.4. Preguntas de investigación**

Como eje de reflexión del análisis de casos enunciamos la siguiente pregunta global:

¿Se desconoce la importancia del control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo en tratamiento mixto?

Y desglosamos las siguientes preguntas variadas para orientar la recogida de datos y obtener la evidencia que se requiere.

¿Qué técnicas se aplicarán en el control de conducta mediante la terapia racional emotiva en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto?

¿Cuáles son los factores tensionantes en los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo adheridos a tratamiento de control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual y tratamiento mixto?

¿Cuáles son las creencias irracionales que generan la disminución de la salud psicológica en los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto?

¿Cuál es el mejoramiento y logro mediante el control de conducta desde la terapia racional emotiva conductual en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto?

¿Cuáles son los indicadores de test clínicos en el psicodiagnóstico de pacientes con trastorno ansioso depresivo que reciben tratamiento psicológico y médico psiquiátrico?

¿Cuáles son los indicadores en la guía de observación clínica en los pacientes con trastorno ansioso depresivo y tratamiento mixto mediante el control de conducta?

### **2.1.5. Objetivo de la investigación**

#### **Objetivo general**

- Analizar la importancia del control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual en pacientes con psicodiagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto atendidos en el Centro de Salud “B” del Ala de Combate N.- 22 de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.

#### **Objetivos específicos**

- Determinar los factores tensionantes en los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto, que participan en el descontrol comportamental atendidos en el Centro de Salud “B” del Ala de Combate N.- 22 de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.
- Identificar las creencias irracionales que afectan la estructura cognitiva y generan la falta de control expresadas en estado emocionales anómalos en los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto atendidos en el Centro de Salud “B” del Ala de Combate N.- 22 de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.
- Describir las técnicas de control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento mixto atendidos en el Centro de Salud “B” del Ala de Combate N.- 22 de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.

### **2.1.6. Sujetos de información**

La información fue proporcionada por el personal del Centro de Salud “B” Ala de Combate N.- 22 – FAE, el Dpto. de Psicología el profesional responsable del área con título de Dr. En Psicología Clínica ofreció la información de manera narrativa desde la oralidad basados en los expedientes clínicos que reposan en dicha área. Mediante la modalidad de Staff y supervisión directa se pudo tener amplio acceso a la información necesaria de cada caso. En el Área de Estadística el responsable brindo información de manera directa sobre los aspectos epidemiológicos mediante el reporte mensual de consultas, atenciones ambulatorias perteneciente al Sistema



de Información en Salud de las Fuerzas Armadas (SISFA) de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas, en correlación al Ministerio de Salud Pública.

### 2.1.7. Fuentes de datos

En la etapa inicial nos ubicamos en el documento de psicodiagnóstico clínico que consta principalmente de la información proporcionada por la historia clínica psicológica con los antecedentes detallados en la anamnesis como son los datos generales, motivo de consulta, situación problema, historia del síntoma, observación Clínica, antecedente de desarrollo psicológico, personal, familiar, socioeconómico, interacción, personalidad, áreas de vida, y e indicadores de pruebas psicométricas básicamente.

La historia clínica única sujeta a la ficha médica nos proporcionó información integral sobre los medicamentos utilizados en conjunto de valoraciones específicas, por otro lado se complementa Informe médico que indica su valoración del estado de salud actual del paciente en tratamiento.

Otro instrumento clínico es la entrevista clínica en sus fases que se describen de tal forma como:

**Pre-entrevista:** Información y datos a recoger antes de la primera cita, esto se hace consultando la ficha, informaciones directas por otros miembro de la institución o de lo que el consultante nos dice, antes de la primera cita.

**Entrevista Inicial:** Se recogen datos de afiliación, motivo de consulta, derivación, objetivos, metas, rol del psicólogo, número y tiempo de sesiones –encuadre- , se realizan de dos a tres sesiones en esta etapa diagnóstica.

**Entrevista de Contrato:** Se acuerdan objetivos del tratamiento con el paciente, procurando esclarecer las dudas sobre el camino que hay que seguir en el tratamiento, en lo posible, en una sesión.

**Entrevista de Tratamiento:** Se realiza la intervención psicológica que se acordó en el contrato, ajustada a las necesidades de cada paciente; de cinco a seis sesiones para este momento del proceso.

**Entrevista de cierre y evaluación:** En esta entrevista se procede a evaluar con el paciente los logros alcanzados a lo largo del proceso y se realiza el cierre; es posible en caso necesario, acordar un nuevo contrato.

**Entrevista de control o seguimiento:** En caso que el paciente lo requiera, o si el psicólogo lo cree necesario, se realiza una entrevista de seguimiento.

Indicamos que el levantamiento de información se efectuó aplicando la revisión mediante la matriz de análisis de documentos del historial clínico en las siguientes categorías: análisis de factores tensionantes, análisis de creencias irracionales, análisis de test clínicos, análisis de logro y mejoramiento del control de conducta y análisis de guía de observación clínica, experiencias personales, discusión de grupo – persona y finalizamos con la referencia del informe de practica pre – profesional final desarrollado en el área descrita corroborando datos estadísticos y técnicos relevantes.

### 2.1.8. Constructos del estudio

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Control de conducta	Es la capacidad del sujeto para predecir y manipular su medio; subjetivamente siente una relación entre su acción, su proyección y su esfuerzo con los resultados concretos que obtiene en diferentes esferas de la vida. (White 1959).	Conductas excesivas. Conductas erráticas. Conductas asertivas. no Conductas disruptivas.	Sujeto se regula. Desarrolla autoeficacia. Genera contingencias positivas. Incrementa nivel de afrontamiento. Fortalece la auto-determinación. Reafirma su esquema de resolución de problemas. <i>(Cronograma de mejora y logro en el control de conducta), (Análisis de factores tensionantes).</i>
Terapia racional emotiva conductual	Es un sistema de psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes, y auto-actualizarse para que vivan una existencia más llena y feliz. (Ellis y Grieger, 1977).	Cognitivo Comportamental Manejo de las irracionalidades.	Pensamiento absolutista. Sobregeneralización. Perfeccionismo. Exigencia y auto-condena. Tremendismo. Catastrofismo. Intolerancia a la frustración y fracaso. Conductas autodestructivas. <i>(Análisis comparativo de las creencias irracionales), (Cronograma de</i>

			<i>mejora y logro en el control de conducta)</i>
Ansiedad	Es una sensación subjetiva de desasosiego y aprensión con respecto a alguna amenaza futura indefinida. (M. Ladder y Col, 1983)	<p>Ansiedad anticipatoria.</p> <p>Fobias sociales.</p> <p>Trastorno de pánico.</p> <p>Ansiedad generalizada.</p> <p>Mixto ansioso depresivo.</p>	<p>Cognitivo:</p> <p>Preocupación</p> <p>Desmoralización</p> <p>Aprensión</p> <p>Pensamiento intrusivo.</p> <p>Falta de atención y concentración.</p> <p>Fisiológico:</p> <p>Taquicardia</p> <p>Mareo</p> <p>Tensión estomacal.</p> <p>Sudoración</p> <p>Dificultades respiratorias.</p> <p>Motor:</p> <p>Evitación</p> <p>Escape</p> <p>Inquietud motora.</p> <p>Impulsividad</p> <p>Compulsión</p> <p>Inhibiciones motrices.</p> <p><i>(Análisis de factores tensionantes),</i>  <i>(Análisis de indicadores de test clínico), (Guía de observación clínica), Cronograma de mejora y logro en el control de conducta).</i></p>
Depresión	Es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado del ánimo, la disminución de experimentar placer y de la	Episodio depresivo leve o moderado.	<p>Estado de ánimo bajo.</p> <p>Humor depresivo.</p> <p>Anhedonia</p>

	<p>autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones en la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional. (Rojtenberg y Moreno, 2005).</p>	<p>Episodio depresivo grave con o sin síntomas psicóticos. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con o sin síntomas psicóticos.</p>	<p>Cansancio Insomnio Despertar precoz. Falta de apetito. Disminución de autoestima y confianza. Pérdida de peso. Ideas de culpa e inutilidad. Ausencia de reacción emocional. Ideación suicida. <i>(Análisis de factores tensionantes), (Análisis de indicadores de test clínico), (Guía de observación clínica), Cronograma de mejora y logro en el control de conducta).</i></p>
<p>Tratamiento medicamentoso (Tratamiento mixto)</p>	<p>Se define como tratamiento psicofarmacológico siendo una herramienta terapéutica, en su desarrollo actual tiene una aproximación sintomática, derivada de la descripción clínica de los principales trastornos mentales, síntomas negativos en oposición a los positivos, déficit cognitivo, comorbilidades, diversidad genética, naturaleza degenerativa, multicausalidad en el campo de la fisiopatología</p>	<p>Antidepresivos Ansiolíticos:  Tricíclicos  De 1era y 2da generación.</p>	<p>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y nora drenalina (como la venlafaxina). Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (rebox etina). <i>(Guía de observación clínica), Cronograma de mejora y logro en</i></p>

	y terapéutica de los trastornos mentales. (Mazzotti, 2005)		<i>el control de conducta).</i>
--	---	--	---------------------------------

## **CAPITULO III**

### **3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS POR CASO**

#### **3.1.1. Caso I**

#### **INFORME PSICOLÓGICO 1**

##### **1.- DATOS GENERALES**

NOMBRE:                   Átty  
EDAD:                     41 años  
ESTADO CIVIL:           Casado/Separación 10 años  
NACIONALIDAD:         Ecuatoriana  
OCUPACIÓN:             Militar Activo  
F/NACIMIENTO:         Septiembre/1974  
ESCOLARIDAD:          Bachiller  
F/INFORME:             15/Diciembre/2016  
LUGAR:                  Centro de Salud "B" Ala 22

##### **2.- SITUACIÓN DEL PACIENTE**

El Sgop. Átty militar de profesión en servicio activo acude al servicio de salud mental indicando que se le realice valoración psicológica, refiriendo su derivación por Médico de H-G II del Ejército (23/06/2016) para interconsulta, con la finalidad que se proporcione una notificación de descanso rotativo que exime de manejo de armas, material bélico y guardias nocturnas, ya que ingiere medicamento que induce sueño, el paciente presenta un diagnóstico de depresión ansiosa y cuadro de ansiedad (Cop. Doc. Adj.), y los siguiente medicamentos: (Fluoxetina, clonacepan, miltasapina, acepran), indica que hace 4 años aparece este malestar producto de una situación tensionante en un vuelo de helicóptero en estado de emergencia en la cual él era ocupante, complementa como base tensionante en un tiempo relativo y correlacionado a la situación la pérdida del padre, agrega que en la actualidad reinicia cuadro depresivo ansioso a partir del terremoto en Manabí en

el mes de abril del 2015 reflejando inestabilidad emocional, inseguridad, labilidad afectiva, irritabilidad, crisis de pánico, insomnio, dificultades para respirar, ahogos al comer, recibiendo tratamiento especializado.

### **3.- ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, funciones psíquicas estables, curso y contenido del pensamiento normal, indica preocupación por pérdida de peso, miedos, ideas de alguna enfermedad, fatiga, cansancio, pérdida de la autoestima, inestabilidad en el sostenimiento en las piernas y sudoración en las manos, recidivas de estrés, llanto fácil en función a sus hijos porque no convive con ellos, indica que tiene buenas relaciones con ellos y ex esposa, concluye refiriendo que se alimenta, realiza ejercicios, no es alérgico, y no ingiere alcohol o sustancias prohibidas.

### **4.- REPERTORIO DE ENTRADA**

- **Análisis funcional**

Se determina la causa y efecto en relación a la conducta problema entorno a factores tensionales para el desarrollo del cuadro clínico en niveles de ansiedad y depresión en las siguientes situaciones: Vivencia catastrófica en vuelo de helicóptero y terremoto, observación de cadáveres y sufrimiento, la pérdida del padre, separación de pareja e hijos, vive solo, ideación de padecer enfermedad, ideación de muerte, Inestabilidad afectiva por situación de salud mental y física (ahogo) y su posible ausencia hacia sus hijos, dificultad laboral por medicamentos. Desarrolla contingencias en su motivación laboral con apoyo de la institución, se adhiere al asumir la responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico y medico psiquiátrico, se aferra al sentido y motivo de vida hacia sus hijos, y en el control de su conducta, posee recursos personológicos para el afrontamiento en su salud, esclarece los factores externos ambientales y el desarrollo de su inestabilidad visualizando la auto observación y conciencia en la aproximación en su conducta objetivo de estabilidad de la salud mental, realiza actividad física, asiste a iglesia cristiana y realiza actividades recreativas junto a sus hijos.

### **5.- REPERTORIO DE SALIDA**

Determinamos como indicadores de avance e impacto en el trabajo con el paciente el cumplimiento de cada sesión psicoterapéutica emitiendo los registros necesarios en el mantenimiento y control de conducta, mostrando la remisión casi total en su



evolución clínica, presenta documento de consultas en el tratamiento psicofarmacológico con la finalidad de renovar el descanso relativo por 8 días, se ajusta el medio laboral en el área administrativa por las condiciones descritas. (Ver cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta).

## **6.- CONCLUSIONES**

- El paciente recibe asistencia psicológica de control, sujeto a tratamiento psiquiátrico mediante medicamento.
- El paciente posee una prognosis favorable mostrando un cuadro en remisión casi parcial a la fecha con disminución de sintomatología y estabilidad emocional, realiza ejercicios, posee una alimentación adecuada y ajuste social acorde a las actividades laborales que requiere, sin tensiones negativas subyacentes.
- Mediante abordaje psicoterapéutico en el proceso de sesiones se genera en el paciente la visualización y manejo de los focos estresores tensionantes y un nivel de afrontamiento óptimo de bienestar y calidad de vida, con motivación y visión positiva del futuro.
- Paciente toma la decisión personal de dejar de tomar el medicamento y afrontar con sus recursos personológicos la situación, recibiendo el monitoreo y sostenimiento más indicado en cada control en relación a conductas de riesgo y recidivas estresantes fluctuantes.

## **7.- RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que asuma la adherencia del tratamiento médico emitido por Psiquiatra mediante monitoreo y control.
- Se determina que el paciente realice los controles en el Dpto. Psicología.

**Dr. Carlos López Haz, Msc**

**Jefe Dpto. Psicología**

**William W. Torres Barrera**

**Practicante**

### **3.1.2. Caso II**

## **INFORME PSICOLÓGICO 2**

### **1.- DATOS GENERALES**

NOMBRE: Boris  
EDAD: 38 Años  
ESTADO CIVIL: Casado  
OCUPACIÓN: Militar  
NACIONALIDAD: Ecuatoriana  
F/NACIMIENTO: Mayo/1978  
ESCOLARIDAD: Bachillerato  
F/INFORME: 20/ Febrero /2017  
LUGAR: Guayaquil, Centro De Salud "B" Ala 22

### **2.- SITUACIÓN DEL PACIENTE**

El Cbop. Boris militar de servicio activo se presenta en consulta refiriendo se le emita una notificación de descanso medico validando este proceso mediante informe de medico Psiquiátrico HG – HOSNAG con fecha 30/09/20, indicando código diagnostico F41 Otros trastornos de ansiedad (Doc. Adj. Copia/ HC), recibe medicación ansiolítica clonazepan 2.5 mg, se le recomienda no guardias, actividades administrativas, no uso de armamento, indica pérdida de peso, desmayo, depresión, miedo a la muerte, dificultad económica, problema de pareja y familiar, falta de concentración en el trabajo con dificultades en su rendimiento. Paciente casado, vive junto a su esposa e hija de 8 años, oriundo del Cantón Milagro, indica separación hace 10 años (primer compromiso), e hijo de 12 años, es militar activo con 12 años de servicio, indica desde el mes de marzo 2016 pérdida de peso, e ideas de muerte que generan crisis de ansiedad, se asocia una deuda económica por préstamo en donde figura como garante y esto refleja la inestabilidad en el sustento de la familia ya que le debitan del sueldo directamente, originando problemas en el hogar con su esposa y tristeza por no complacer a su hija de lo que requiere, y concluye mediante valoración de medicina interna H-G HOSNAG / tomografía / G44 Otros síndromes de cefalea (Doc. Adj. Copia). En lo posterior se

indica mediante informe Dpto. de Psicología-FAE 20/02/2017 (Doc. Adj. Copia), que en el mes de diciembre del 2016 el paciente genera tensiones por situación de accidente de tránsito (atropellamiento) provocado por la esposa ya que está sujeta al riesgo de una posible aprensión y sentencia.

### **3. ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

Paciente se presenta en consulta conciente, orientado en tiempo, espacio y persona, curso y contenido de pensamiento normal, funciones psíquicas estables, indica inseguridad, preocupación, insomnio, comunicación no tan clara, humor depresivo, angustia, miedo, tensión emocional, ansiedad, llanto fácil, baja autoestima, pérdida de peso, desmayos, palpitaciones, disminución sexual, disminución del estado de ánimo, dolor en el pecho, bajo interés en las actividades, poco apetito, ideación suicida, dificultad económica por deudas, sentimiento de culpa y tristeza.

### **4.- REPERTORIO DE ENTRADA**

- **Análisis funcional**

Se determina la causa y efecto en relación a la conducta problema entorno a factores tensionales para el desarrollo del cuadro clínico en niveles de ansiedad y depresión en las siguientes situaciones: Observa bajo peso, cefalea, con respuesta de idea de muerte, todo aquello se vincula a situación de pago de deuda por ser garante, debitándole cada mes su sueldo, además de otros pagos por préstamos de emergencia, quedando con poco recurso, desarrolla malestar de carácter afectivo hacia el hogar en especial hacia su hija ya que le falta recursos para solventar los gastos, en este sentido se genera conflicto con la esposa por error de ser garante por medio de agresiones físicas, descalificaciones, refiere ideas de que su esposa lo va a dejar, otro motivo en relación es el pago de pensión alimenticia a su primer hijo de su relación pasada, por otro lado se indica dificultades laborales por reacción de medicamento con atrasos de trabajos y falta de concentración, paciente manifiesta ideación suicida por todo lo que acontece. Desarrolla contingencias en su motivación laboral con apoyo de la institución, se adhiere al asumir la responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico y medico psiquiátrico, se aferra al sentido y motivo de vida hacia sus hijos y estabilidad familiar, asume el pago de deuda creando propuestas de trabajos extras, se responsabiliza en el control de su conducta, posee recursos personológicos para el afrontamiento en su salud, esclarece los factores externos ambientales y el

desarrollo de su inestabilidad visualizando la auto observación y conciencia en la aproximación en su conducta objetivo de estabilidad de la salud mental.

## **5.- REPERTORIO DE SALIDA**

Determinamos como indicadores de avance e impacto en el trabajo con el paciente el cumplimiento de cada sesión psicoterapéutica emitiendo los registros necesarios en el mantenimiento y control de conducta, mostrando la remisión casi total en su evolución clínica, presenta documento de consultas en el tratamiento psiquiátrico con la finalidad de renovar el descanso relativo de 8 días, se ajusta el medio laboral en el área administrativa por las condiciones descritas. (Ver cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta).

## **6.- CONCLUSIONES**

- El paciente ha venido padeciendo una condición clínica que limita su actividad laboral y profesional.
- El paciente tiene Problemas financieros serios.
- El también experimenta eventos calamitosos que involucran a la esposa.
- El paciente continúa solo con tratamiento medicamentoso prescrito por su médico tratante.
- No se dispone de un informe puntual de la condición psiquiátrica del paciente, debido a que su tratante no ha emitido documento alguno hasta la fecha.

## **7.- RECOMENDACIONES**

- Continuar con el tratamiento del médico especialista en el HOSNAG.
- Realizar los controles Psicológicos en este Unidad de Salud Militar.
- Reclasificación de las funciones militares y laborales que desempeñaba si su padecimiento psicológico y psiquiátrico persisten.

**Dr. Carlos López Haz, Msc**

**Jefe Dpto. Psicología**

**William W. Torres Barrera**

**Practicante**

### 3.1.3. Caso III

## INFORME PSICOLÓGICO 3

### 1.- DATOS GENERALES

NOMBRE: Carolina  
EDAD: 53 Años  
ESTADO CIVIL: Casada/separada  
OCUPACIÓN: Ama de casa  
NACIONALIDAD: Ecuatoriana  
F/NACIMIENTO: Enero/1963  
ESCOLARIDAD: Bachillerato  
F/INFORME: 15/ Diciembre /2016  
LUGAR: Guayaquil, Centro De Salud "B" Ala 22

### 2.- SITUACIÓN DEL PACIENTE

Paciente presenta como antecedente atención medico psiquiátrica en H-G HOSNAG en el 2013 recibe tratamiento mediante los siguientes medicamentos: Alprozalan 0.25 Mg, fluoxetina, registra sesiones esporádicas (No registra Doc. De valoración/Pendiente), en el 2015 realiza valoración psicológica - Clínica FAE (Doc. Adjunto/HC), con 2 sesiones y a la vez su hija independiente recibe valoración y proceso psicológico, se identifica cuadro clínico de ansiedad, menopausia desde 48 años, pérdida de peso a la actualidad, presenta dificultad en columna dorsal – cervical/esclerosis (mantiene tratamiento 6 meses) en H-G HOSNAG hace 2 años, se identifica diagnóstico de enfermedad preexistente en el esposo, inicio etiológico, generando temor personal y familiar hacia sus hijos por los riesgos, se realiza las pruebas médicas pertinentes junto a sus hijos la cual son negativas; se relaciona por otro lado el duelo no resuelto de su mama – abuela (abandono de madre biológica), y perdida de su primer hijo a los 20 años de edad (legrado) identificándolo como un conflicto no resuelto, se agrega dificultades en la pareja y en la interacción familiar, conviven como familia junto a sus hijos, pero no tiene relación afectiva con esposo, y concluye indicando que es variable su salud emocional, y se mantiene igual sin mejorías.

Paciente del Cantón Duran, es casada, pero en lo actual convive con familia y esposo, pero separada, tiene 3 hijos, el mayor de 28 años de su primera relación/ separación hace 26 años, y sus de su compromiso actual de 19 y 18 años, mantiene dificultades de carácter emocional y de ajuste en su interacción familiar presentando crisis de ansiedad e impulsividad en las relaciones hacia los hijos.

### **3.- ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

Paciente se presenta en consulta consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, curso y contenido del pensamiento normales, funciones psíquicas estables, indica cuadro de ansiedad, inestabilidad emocional, crisis de angustia, temores, llanto fácil, pérdida de autoestima, tristeza, desesperación, aislamiento, ideas suicidas, insomnio, varia en el apetito, disminución del estado de ánimo e inseguridad, baja autoestima.

### **4.- REPERTORIO DE ENTRADA**

- **Análisis funcional**

Se determina la causa y efecto en relación a la conducta problema entorno a factores tensionales para el desarrollo del cuadro clínico en niveles de ansiedad y depresión en las siguientes situaciones: Esposo padece de enfermedad preexistente, idea de padecer enfermedad, separación afectiva de esposo (conviven), riesgo de sus hijos de padecer enfermedad, se correlaciona al mismo tiempo la perdida de la madre/abuela y el abandono de madre biológica, se suma la pérdida de su primer hijo (legrado) en otra relación, se tiene como antecedente la infidelidad hacia su esposo en donde la hija es testigo y se genera conflictos en la relación madre hija con conductas impulsivas de agresión, además, en otro aspecto la paciente padece de esclerosis en la columna, se adjunta situación de menopausia como antecedente, y está sujeta a tratamiento psiquiátrico desde inicio de inestabilidad emocional anteriormente a la atención psicológica. Desarrolla contingencias en su motivación y sentido de vida hacia sus hijos, esclarece su liderazgo familiar en asumir la organización, supervisión y crianza en el hogar puntualizando las metas productivas en el aspecto académico, laboral y moral, denota autocuidado e imagen física agradable, expone su espontaneidad de mujer y fuerza de carácter, autonomía, expone recursos personológicos en su afrontamiento, esclarece su actitud, comunicación y lenguaje, demostrándose consigo mismo su valoración.

## **5.- REPERTORIO DE SALIDA**

Determinamos como indicadores de avance e impacto en el trabajo con el paciente el cumplimiento de cada sesión psicoterapéutica (inasistencia a una sesión), estableciendo los registros necesarios en el mantenimiento y control de conducta, mostrando la remisión casi total en su evolución clínica. (Ver cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta).

## **6.- CONCLUSIONES**

- Paciente mantiene recidivas (variable) con poca frecuencia.
- Se genera estabilidad en proceso de duelos no resueltos
- Paciente continúa con medicación psiquiátrica en menor cantidad.
- Realiza controles en valoración y proceso psicoterapéutico.

## **7.- RECOMENDACIONES**

- Mantener el control médico psiquiátrico con continuidad.
- Realizar el control psicológico con continuidad.

**Dr. Carlos López Haz, Msc**

**Jefe Dpto. Psicología**

**William W. Torres Barrera**

**Practicante**

### **3.1.4. Caso IV**

## **INFORME PSICOLÓGICO 4**

### **1.- DATOS GENERALES**

NOMBRE: Dayana  
EDAD: 18 Años  
ESTADO CIVIL: Soltera  
OCUPACIÓN: Estudiante  
NACIONALIDAD: Ecuatoriana  
F/NACIMIENTO: Agosto/1998  
ESCOLARIDAD: Bachillerato  
F/INFORME: 15/ Diciembre /2016  
LUGAR: Guayaquil, Centro De Salud "B" Ala 22

### **2.- SITUACIÓN DEL PACIENTE**

Paciente vive en el Cantón Duran, vive junto a sus padres y dos hermanos el mayor de 25 y el menor de 16 años, se indica que su inestabilidad emocional inicia desde los 12 años ya que es consciente de la enfermedad preexistente del padre, y posee vínculos fuertes hacia él, lo cual la entristece y desarrolla una serie de conductas de riesgo hasta los 15 años, en ese tiempo fue atendida por el Psicólogo del colegio, HOSNAG-Naval, y a partir de los 15 años en la Clinica-FAE 14/03/2014 con tres sesiones hasta 21/04/2014, volviendo a controles psicológicos desde el 21/03/2016 hasta 14/11/2016, no ha recibido tratamiento psicofarmacológico, se indica que desde los 10 años de edad ha recibido maltratos físicos, psicológicos en un nivel moderado, denota inestabilidad en la relación con la madre con situaciones de agresión con cuchillo en dos ocasiones a los 14 años por tener conocimiento de infidelidades hacia su papa, por otro lado tuvo dificultades en lo académico e interacción en el ambiente escolar, se complementa la perdida de la amistad de su mejor amiga, y presenta cuadro mixto ansioso depresivo con conductas de actos e ideación suicida (autolesiones y gesta de pastillas en demasía) con dificultades en lo social (niveles de ansiedad), en lo consiguiente es valorada por medico ya que su mama tenía dudas de que ella es posible portadora de enfermedad preexistente



lo cual resultado negativo, ya en la actualidad se indica valoración por Neurólogo sin presentar dificultades.

### **3.- ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

Paciente se presenta consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, curso y contenido del pensamiento normal, funciones psíquicas estables, presenta cuadro clínico con características de nerviosismo, ansiedad, desesperación, ahogo, falta de control, irritabilidad, tristeza, llanto fácil, agresividad, dolor de cabeza, disminución estado de ánimo, conducta e ideación suicida, sentimiento de culpa y desesperanza, disminución de autoestima, autoconcepto y autoimagen.

### **4.- REPERTORIO DE ENTRADA**

- **Análisis funcional**

Se determina la causa y efecto en relación a la conducta problema entorno a factores tensionales para el desarrollo del cuadro clínico en niveles de ansiedad y depresión en las siguientes situaciones: El padre padece de enfermedad preexistente, vínculo fuerte hacia su padre, conducta e ideación suicida, testigo de infidelidad de la madre, inestabilidad en la relación madre e hija, agresiones físicas y psicológicas (actual), antecedente de agresiones desde los 10 años de edad, temor a la madre, tristeza, padres no tienen vida conyugal, la duda la paraliza desarrolla desconfianza y falta de control. La paciente desarrolla contingencias por sus recursos personológicos, sociabilidad y comunicación, asumiendo nuevos objetivos en su proyecto de vida, el padre es un reforzador en sus nuevos planteamientos, genera estima propia y dignidad como mujer.

### **5.- REPERTORIO DE SALIDA**

Determinamos como indicadores de avance e impacto en el trabajo con el paciente el cumplimiento de cada sesión psicoterapéutica emitiendo los registros necesarios en el mantenimiento y control de conducta, mostrando la remisión casi total en su evolución clínica. (Ver cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta).

### **8.- CONCLUSIONES**

- La paciente desarrollo un cuadro mixto ansioso depresivo y crisis en conductas e ideaciones autolíticas.
- Paciente establece mejoría en un nivel aceptable de remisión casi total.
- Paciente reestructura su filosofía de vida y posee autonomía en su autocontrol.

## 9.- RECOMENDACIONES

- Seguir en controles psicoterapéuticos.

**Dr. Carlos López Haz, Msc**

**Jefe Dpto. Psicología**

**William W. Torres Barrera**

**Practicante**

### 3.1.5. Caso V

#### INFORME PSICOLÓGICO 5

##### 1.- DATOS GENERALES

NOMBRE: Euclides

EDAD: 34 Años

ESTADO CIVIL: Casado

OCUPACIÓN: Militar

NACIONALIDAD: Ecuatoriana

F/NACIMIENTO: Julio/1982

ESCOLARIDAD: Bachillerato

F/INFORME: 22/ Febrero /2017

LUGAR: Guayaquil, Centro De Salud "B" Ala 22

##### 2.- SITUACIÓN DEL PACIENTE

El paciente presento por segunda ocasión una crisis de pánico luego de estar más de cuatro años sin ninguna sintomatología posterior al primer tratamiento que recibiera en esa época para su malestar psicológico. Resulto evidente que la reactivación de los problemas emocionales en su actualidad surge posterior del evento del terremoto del 16 de abril del 2016 pasado.

La sintomatología que el paciente manifestó en esta época se caracterizó por manifestaciones graves de angustia las cuales generaban estrés respiratorio y la sensación de falta de oxígeno que lo motivaba a buscar las salas de urgencias de los hospitales, insomnio marcado e intranquilidad.

Con fecha 16/06/2016 el paciente es referido por este Servicio de Salud Mental al HG DE II Libertad, al servicio de Psiquiatría, por cuanto la sintomatología que presentaba el paciente requería la administración y control medicamentoso, para cuatro días más tarde, ser atendido por el Dr. Fernando Valarezo Crespo, quien emite el primer certificado de descanso el día 26 de mayo del mismo año, donde recomienda descanso relativo para el paciente y evitación de actividades estresantes, dándole el diagnóstico de Depresión Ansiosa - Crisis de Pánico.

La medicación antidepresiva y ansiolítica prescrita para el padecimiento Psicológico y Psiquiátrico (Alprozalan, fluoxetina, neurovión, mitropax), el Cbop. Euclides, obliga al especialista a emitir constantes descansos médicos ordenando reposo relativo, que lo han llevado al militar en mención a colaborar su jornada laboral en las áreas administrativas y no en el grupo de Infantería Aérea en la que pertenece el paciente.

### **3.- ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

Paciente se presenta consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, curso y contenido del pensamiento normal, funciones psíquicas estables, indica síntomas de ansiedad y depresión, con crisis de pánico, inseguridad, desesperación, inestabilidad emocional afectiva, disminución del estado de ánimo, dificultad en el sueño, baja autoestima, sentimiento de desesperanza, temblores en extremidades, perdida del padre, conflictos de pareja, antecedente de abandono en la adolescencia, y dificultades laborales.

### **4.- REPERTORIO DE ENTRADA**

- **Análisis funcional**

Se determina la causa y efecto en relación a la conducta problema entorno a factores tensionales para el desarrollo del cuadro clínico en niveles de ansiedad y depresión en las siguientes situaciones: antecedente de episodios de ansiedad y depresión con ataque de pánico (2011) y tratamiento psiquiátrico, en el 2016 desarrolla características similares en relación a situación activante por el terremoto de Manabí, se vincula conflictos de pareja y familiar, perdida del padre, y antecedente de abandono en la adolescencia, se indica dificultades laborales de rendimiento y concentración.

Desarrolla contingencias en su predisposición de asumir la responsabilidad en la adherencia del tratamiento psicológico y psiquiátrico, generando niveles de afrontamiento, su motivación laboral es óptima ya que se mantiene en actividades administrativas y no operativas como infante aéreo, ajustando su desempeño en la adecuación acorde a la dificultad que presenta y a las reacciones del medicamento, se establece el sustento clave en la red de apoyo proporcionada por la institución en todos los sentidos, creando ventajas y seguridad en su proceso de salud.

## **5.- REPERTORIO DE SALIDA**

Determinamos como indicadores de avance e impacto en el trabajo con el paciente el cumplimiento de cada sesión psicoterapéutica emitiendo los registros necesarios en el mantenimiento y control de conducta, mostrando la remisión casi total en su evolución clínica, presenta documento de consultas en el tratamiento psiquiátrico con la finalidad de renovar el descanso relativo de 8 días, se ajusta el medio laboral en el área administrativa por las condiciones descritas. (Ver cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta).

## **6.- CONCLUSIONES**

- El paciente ha venido padeciendo una condición clínica que limita su actividad laboral y profesional de manera significativa, condición médica que motiva un cambio de funciones y actividades laborales más favorecedora para la situación de salud que él presenta.
- Las crisis nerviosas del paciente, registran dos episodios con similares características de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, de las cuales la primera se presenta en el año 2011 y segunda en el año 2016, esta última, consecuente del terremoto que viviéramos en abril del año pasado; crisis nerviosas que ameritaron manejo combinado de terapia farmacológica y psicoterapia de apoyo asociado a tareas de modificación conductual.
- El paciente consume medicación antidepresiva y ansiolítica prescrita por su médico tratante, necesarias en su tratamiento lo cual motiva que el Cbop. Euclides a lo largo de su actual manejo medicamentoso, no realice actividades como la de guardias nocturnas, participar en tareas operativas de su especialidad, así como tampoco uso de armas ni manipulación de material bélico.

## **8.- RECOMENDACIONES**

- Continuar con el tratamiento del médico especialista en el HD II DE Libertad.
- Realizar los controles Psicológicos en esta Unidad de Salud Militar.
- Reclasificación de las funciones militares y laborales que desempeñaba.

**Dr. Carlos López Haz, Msc**  
**Jefe Dpto. Psicología**

**William W. Torres Barrera**  
**Practicante**

### **3.1.6. Caso VI**

## **INFORME PSICOLÓGICO 6**

### **1.- DATOS GENERALES**

NOMBRE: Fúlton  
EDAD: 35 Años  
ESTADO CIVIL: Casado  
OCUPACIÓN: Militar  
NACIONALIDAD: Ecuatoriana  
F/NACIMIENTO: Diciembre/1980  
ESCOLARIDAD: Bachillerato  
F/INFORME: 30/ Septiembre /2016  
LUGAR: Guayaquil, Centro De Salud "B" Ala 22

### **2.- SITUACIÓN DEL PACIENTE**

El Sgos. Fúlton, concurre a este servicio de salud acompañado por su esposa a mediados del mes de julio del año 2016 para documentar el certificado de descanso

médico, obtenido por el especialista en Psiquiatría Dr. Fernando Valarezo - Hospital HG II DE, quien lo diagnostica con cuadro clínico de Depresión ansiosa severa. Debido al diagnóstico del cuadro psicopatológico, el paciente en referencia mantiene medicación de antidepresivos como la fluoxetina de 20 mg. y ansiolíticos como el clonacepam de 2 mg. medicamento que fácilmente induce al sueño, razón por la cual el tratante emite los descansos relativos pertinentes, sugiriendo el no uso de armas, manejo de material bélico, no guardias nocturnas y que el paciente permanezca en un reparto cercano al Hospital HG II DE para tratamiento intensivo.

Se han realizado los controles psicológicos desde la fecha indicada en que llega el paciente a este Servicio de Salud Mental hasta la actualidad, encontrándose que la situación motivo desencadenante del cuadro psicológico del paciente obedece a una situación familiar, la misma que se encuentra siendo orientada por este Servicio. Debe indicarse que al momento la sintomatología del paciente se encuentra en franca mejoría, así como la actitud y la autorregulación, lo cual favorece a una prognosis favorable y generar la remisión del cuadro clínico del paciente.

### **3.- ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

Paciente se presenta consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, curso y contenido del pensamiento normal, funciones psíquicas estables, indica síntomas de ansiedad y depresión, muestra ideación de muerte, conflictos de pareja, situaciones médicas relacionadas al hipertensión arterial y diabetes, disminución del estado de ánimo, baja autoestima, crisis de angustia e inseguridades.

### **4.- REPERTORIO DE ENTRADA**

- **Análisis funcional**

Se determina la causa y efecto en relación a la conducta problema entorno a factores tensionales para el desarrollo del cuadro clínico en niveles de ansiedad y depresión en las siguientes situaciones: Idea de muerte, perdida de padre por infarto, fallecimiento de vecino por diabetes, conflicto de pareja, bajo rendimiento y poca concentración laboral, hipertensión arterial y antecedente de diabetes, dificultades por deudas económicas.

Desarrolla contingencias en su predisposición de asumir la responsabilidad en la adherencia del tratamiento psicológico y psiquiátrico, generando niveles de afrontamiento, su motivación es óptima en sus actividades laborales, ajustando su desempeño en la adecuación acorde a la dificultad que presenta y a las reacciones del medicamento, se establece el sustento clave en la red de apoyo proporcionada

por la institución en todos los sentidos, creando ventajas y seguridad en su proceso de salud.

## **5.- REPERTORIO DE SALIDA**

Determinamos como indicadores de avance e impacto en el trabajo con el paciente el cumplimiento de cada sesión psicoterapéutica emitiendo los registros necesarios en el mantenimiento y control de conducta, mostrando la remisión casi total en su evolución clínica, presenta documento de consultas en el tratamiento psiquiátrico con la finalidad de renovar el descanso relativo de 8 días, se ajusta el medio laboral en el área administrativa por las condiciones descritas. (Ver cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta).

## **6.- CONCLUSIONES**

- El paciente consume medicación antidepresiva y ansiolítica prescrita por su médico tratante, necesarias en su tratamiento lo cual motiva que, a lo largo de su actual manejo medicamentoso, no realice actividades como la de guardias nocturnas, participar en tareas operativas de su especialidad, así como tampoco uso de armas ni manipulación de material bélico.
- El paciente asume el control responsable de su salud mental visualizando una comprensión y fortaleciendo su filosofía de vida hacia los factores tensionantes que activaban su malestar.

## **7.- RECOMENDACIONES**

- El paciente debe continuar con los controles y medicación prescrita por el especialista.
- Continuar con el control psicológico.
- Seguir la recomendación del médico tratante.

**Dr. Carlos López Haz, Msc**

**Jefe Dpto. Psicología**

**William W. Torres Barrera**

**Practicante**

### 3.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Determinamos en el análisis e interpretación de los casos de referencia cualitativa, que los sujetos responden a síntomas psicofísicos de carácter mixto ansioso depresivo, siendo frecuente la preocupación, los miedos, los niveles de ansiedad, los sentimientos de desesperanza, tristeza, ideación suicida, impulsividad, inseguridad, inestabilidad afectiva – emocional, insomnio, bajo apetito, disminución del estado de ánimo, ocasionando descompensaciones y reacciones orgánicas en el sistema nervioso central, con ahogos, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, dolor en el pecho básicamente entendido desde una base conductual, relacionamos el aspecto cognitivo identificando creencias irracionales y pensamientos automáticos como factor relevante en la falta de control, reflejando la falta de recursos personológicos, nivel de afrontamiento, y capacidad de resolución de conflictos, el tratamiento mixto ejerce un sostenimiento preventivo psicoterapéutico, y la aplicación de medicamento por parte del médico psiquiatra ejerce una atenuación de los síntomas negativos que en cada caso se aplican distintos fármacos según la condición nosológica y médica, retomando la atención psicológica, constatamos evidenciando en cada sujeto comportamientos particulares con un sentido subjetivo por su percepción y creencia por la dificultad que padece mostrando malestar subjetivo en miedos, perdiendo sus habilidades en el manejo y ajuste psíquico producto de las crisis emocionales, teniendo dificultades en su interacción, personalidad, motivación, dificultades en la actividad sexual exponiendo en cada sesión como se descontrolaban indicando su situación personal, familiar y médica como factores tensionantes reiterando temas en relación a la ideación de muerte, miedo de padecer enfermedad, pérdida de familiar, situaciones impactantes en relación a actividades laborales, violencia, abandono, separación en lo puntual, por consiguiente enfocados en su mejoría se complementa la terapia racional emotiva en donde los pacientes respondieron firmemente asumiendo competencias en sí mismos, motivos de vida, confianza y responsabilidad en el cumplimiento de cada sesión psicológica y psiquiátrica.

La TREC y el control conductual es una mirada de esperanza en cada paciente en poder crear una diferenciación en la respuesta irracional del por qué el paciente vivía la situación asumiendo de tal forma la comprensión del significado de comprobar el pensamiento irreal y ser consciente de su autocalificación dogmática, absolutista, sobregeneralizadora, tremendismos, autocondena, catastrofización y su falta de tolerancia al fracaso y frustración mediante el debate filosófico o refutación teniendo como respuesta insights (ver más allá) en su reflexión intelectual, afectiva - sentimental, emocional y conductual sobre sus miedos y



obstáculos en lo aparente analizando de tal forma reacciones emocionales saludables negativas que son normales en contradicción a reacciones emocionales perturbadoras reflejando la autorregulación, autocrecimiento y autoeficacia en el refuerzo de su control autónomo sobre las dificultades que presenta.

Por otro lado indicamos que como resultado del tratamiento existe la inhabilitación laboral por los medicamentos que generan en el paciente con la falta de concentración laboral, inducción de sueño, el no manejo de armas o material bélico, el no realizamiento de guardias nocturnas y trabajo operativo, todo esto vinculado al contexto militar, en la única paciente civil sujeta al tratamiento muestra impulsividad, agresividad, recidivas, falta de relación interpersonal, la cual no ejerce un trabajo como tal, sino las obligaciones del hogar y su rol como madre, y en el caso de la única paciente que no recibe tratamiento medicamentoso solo se puede indicar que su prognosis fue favorable en el proceso psicoterapéutico al final del seguimiento. Indicamos que en lo específico de constatar la información de inicio y cierre de sesiones y su evolución detallada por caso está sujeta al cronograma de logro y control de la conducta, siendo este un indicador principal en el objetivo general en el análisis en la importancia del abordaje investigativo, así como también lo son los factores tensionantes e ideas irracionales de los pacientes con la dificultad de la falta de control comportamental, connotamos también los instrumentos que fortalecen nuestra investigación como los son los indicadores de test clínicos que indican en los sujetos aplicados en sus categorías muestras de niveles de validez, patrones clínicos de personalidad, patología severa de personalidad, síndromes clínicos (test MCMI), y con indicadores relevantes en dos casos, muestran en el área familiar, área sentimental y sexual, área de relaciones interpersonales, área de concepto de sí mismo niveles de inestabilidad (test de frases incompletas), todo aquello identificados en el psicodiagnóstico, cabe denotar que en un solo caso no se registra la aplicación de test ya que mediante informe médico psiquiátrico y constatación fenológica Clínica se puntualizó su etiología como referencia ; y la guía observación clínica aporto de manera general una selección de categorías que registran características importantes en el mantenimiento de salud y síntomas pertinentes en la nosología estudiada.

### 3.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS POR TÉCNICAS APLICADAS: MATRIZ DE DATOS DE ANÁLISIS DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS

#### 3.3.1. Análisis de factores tensionantes

<b>CASO 1</b>	<b>ÁREAS DE VIDA</b>	<b>FACTORES TENSIONANTES</b>
a.-	Personal	Ocupante de helicóptero en emergencia, pérdida del Padre, terremoto de Manabí, temor de posible enfermedad
b.-	Pareja	Separación de 10 años
c.-	Familiar	No convive con sus tres hijos, e hijo extramarital
d.-	Laboral	Bajo rendimiento y poca concentración
e.-	Socioeconómico	Ninguno
f.-	Médico	Antecedente de tratamiento Psiquiátrico y Psicológico, antecedente de crisis de pánico, descompensación física
g.-	Legal	Ninguno
<b>CASO 2</b>	<b>ÁREAS DE VIDA</b>	<b>FACTORES TENSIONANTES</b>
a.-	Personal	Falta de recursos en el sueldo, temor de posible enfermedad, temor que la esposa lo abandone.
b.-	Pareja	Conflicto
c.-	Familiar	El incumplimiento en la responsabilidad con su hija, e hijo extramarital en la manutención y el hogar
d.-	Laboral	Bajo rendimiento y poca concentración, atraso de trabajos
e.-	Socioeconómico	Deuda por ser garante de compañero, pago de préstamos a amigos y familiares.
f.-	Médico	Bajo peso, desmayos, cefalea, tratamiento actual psiquiátrico.
g.-	Legal	Pago de deuda a cooperativa de préstamos.
<b>CASO 3</b>	<b>ÁREAS DE VIDA</b>	<b>FACTORES TENSIONANTES</b>
a.-	Personal	Esposo padece de enfermedad preexistente, idea de muerte, muerte de madre/abuela, abandono de madre biológica, pérdida de su primer hijo (legrado), conflictos con esposo por infidelidad, inestabilidad en la relación con su hija.
b.-	Pareja	Separación afectiva de su esposo, pero convive junto a toda la familia.
c.-	Familiar	Inseguridad por sus hijos en relación a posible contagio

d.-	Laboral	Ninguno
e.-	Socioeconómico	Ninguno
f.-	Médico	Esclerosis en columna, antecedente de tratamiento psiquiátrico, antecedente de menopausia.
g.-	Legal	Ninguno
<b>CASO 4</b>	<b>ÁREAS DE VIDA</b>	<b>FACTORES TENSIONANTES</b>
a.-	Personal	Padre padece enfermedad preexistente, acto e ideación suicida (conducta autolítica), conflictos con la madre, maltratos físicos y psicológicos, dificultad con su autoimagen, perdida de amistad con amiga, presión social en su interacción.
b.-	Pareja	Ninguno
c.-	Familiar	Dificultades en la interacción con su madre.
d.-	Laboral	Ninguno
e.-	Socioeconómico	Ninguno
f.-	Médico	Ninguno
g.-	Legal	Ninguno
<b>CASO 5</b>	<b>ÁREAS DE VIDA</b>	<b>FACTORES TENSIONANTES</b>
a.-	Personal	Evento de terremoto, perdida del padre, antecedente de abandono en la adolescencia.
b.-	Pareja	Conflicto
c.-	Familiar	Ninguno
d.-	Laboral	Bajo rendimiento y poca concentración.
e.-	Socioeconómico	Ninguno
f.-	Médico	Antecedente de tratamiento Psiquiátrico, antecedente de crisis de pánico.
g.-	Legal	Ninguno
<b>CASO 6</b>	<b>ÁREAS DE VIDA</b>	<b>FACTORES TENSIONANTES</b>
a.-	Personal	Idea de muerte, perdida de padre por infarto, fallecimiento de vecino por diabetes.
b.-	Pareja	Conflicto
c.-	Familiar	Descalificación por su enfermedad nerviosa.
d.-	Laboral	Bajo rendimiento y poca concentración.
e.-	Socioeconómico	Deudas
f.-	Médico	Hipertensión arterial, antecedente de diabetes.
g.-	Legal	Ninguno

### 3.3.2. Análisis de indicadores de test clínico

Casos	Test	Indicador	Resultado
Caso 1	MCMI - II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validez:</li> <li>• Patrones clínicos de personalidad:</li> <li>• Patología severa de personalidad:</li> <li>• Síndromes clínicos:</li> <li>• Síndromes severos:</li> </ul>	Adecuada deseabilidad social/ Dependiente 94/ No registra
Caso 2	MCMI - II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validez:</li> <li>• Patrones clínicos de personalidad:</li> <li>• Patología severa de personalidad:</li> <li>• Síndromes clínicos:</li> <li>• Síndromes severos:</li> </ul>	Adecuada deseabilidad social/ Esquizoide 103 Evitativo 113 Dependiente 88 Pasivo-agresivo 103 Autoderrotista 108/ Esquizotípico 112 Limite 108/ Ansiedad 97 Somatomorfo 94 Distimia 99/ Desorden del pensamiento 86 Depresión mayor 111
Caso 3	FRASES INCOMPLETAS DE ROTTER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área familiar</li> <li>• Área sentimental y sexual</li> <li>• Área de relaciones interpersonales</li> <li>• Área de concepto de sí mismo</li> </ul>	1 2 2 2 Alteración significativa, se requiere de manejo de los conflictos emocionales en cada área

Caso 4	MCMI - II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validez:</li> <li>• Patrones clínicos de personalidad:</li> <li>• Patología severa de personalidad:</li> <li>• Síndromes clínicos:</li> <li>• Síndromes severos:</li> </ul>	<p>Adecuada deseabilidad social/ Evitativo 94 Narcisista 93 Antisocial 99 Agresivo-sádico 110 Pasivo-agresivo 110/ Paranoide 95/ No registra/ No registra. 1 2 2 2 Alteración significativa, se requiere de manejo de los conflictos emocionales en cada área.</p>
	FRASES INCOMPLETAS DE ROTTER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área familiar</li> <li>• Área sentimental y sexual</li> <li>• Área de relaciones interpersonales</li> <li>• Área de concepto de sí mismo</li> </ul>	
Caso 5	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Caso 6	MCMI - II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validez:</li> <li>• Patrones clínicos de personalidad:</li> <li>• Patología severa de personalidad:</li> <li>• Síndromes clínicos:</li> <li>• Síndromes severos:</li> </ul>	<p>Adecuada deseabilidad social/ Dependiente 93 No registra/ Ansiedad 91/ Distimia 82</p>

### 3.3.3. Análisis comparativo de creencias irracionales

Casos	Situación activante	Creencias irracionales	Observación
Caso 1	<p>Desmayo. Ahogo. Preocupación por sus hijos. Aislamiento Tristeza en relación a la pérdida de su padre y el reflejo hacia sus hijos. Relaciona vivencia impactante de emergencia en el helicóptero. Vivencia del terremoto y sus efectos, rescate de cadáveres, olores desagradables, observación del sufrimiento de familias.</p>	<p>Estoy enfermo. No puedo comer, estoy desesperado. Puedo morir y mis hijos van a quedar sin padre. No puedo dormir pensando que me pasara. No puedo controlar contracciones musculares en la cabeza, espalda y piernas. Siento una amenaza con padecer alguna enfermedad negativa.</p>	<p>Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y Sobregeneralización. Dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras. Razonamiento emocional. Falta de interés en sí mismo. Falta de flexibilidad. Aceptación de la incertidumbre.</p>
Caso 2	<p>Esposa agrede psicológica y físicamente, descalificaciones y desacuerdos por error de ser garante y no tener dinero para la familia. Pago de deuda por ser garante. Desmayos, bajo peso, cefalea. Esposa atropella a una persona.</p>	<p>Tengo miedo que se canse y me deje, y siento que me voy a morir. He tenido ganas de quitarme la vida, pero pienso en mis hijos. Me siento desesperado porque todo mi sueldo me lo descuentan y no puedo cumplirle a mi hija.</p>	<p>Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y Sobregeneralización. Dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras. Razonamiento emocional.</p>

		<p>Pienso que tengo alguna enfermedad y no estoy tranquilo. Me entristece que me pase algo y deje a mis hijos y familia. Siento que todos los problemas no se pueden solucionar y temo que apresen a mi esposa, me siento mal por lo que vivo.</p>	<p>Falta de interés en sí mismo. Falta de flexibilidad. Aceptación de la incertidumbre.</p>
Caso 3	<p>Esposo con enfermedad preexistente.</p> <p>Aislamiento</p> <p>Llanto fácil</p> <p>Temor de contagio hacia ella e hijos.</p> <p>Pruebas médicas</p> <p>Muerte de madre-abuela y abandono de madre biológica.</p> <p>Fracaso de matrimonio</p>	<p>Creo que me voy a morir. Voy a criar sola a mis hijos. Él quería ver crecer a sus hijos. Me muero yo por mis hijos. No puedo aceptar que pueda estar contagiada y mis hijos también. Yo solo pienso en mis hijos. No quiero hablar con nadie, quiero desaparecer e irme. No me importa vivir solo lo hago por mis hijos. No pude ver a mi madre, ni despedirme, siempre la llamaba y no contestaba, yo la amaba era mi madre-abuela, mi madre me dejo. Me siento mejor sola, y sufro por infelicidad como mujer.</p>	<p>Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y Sobregeneralización. Dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras. Razonamiento emocional. Falta de interés en sí mismo. Falta de flexibilidad. Aceptación de la incertidumbre.</p>

		Tengo mal carácter y no me puedo controlar.	
Caso 4	<p>Padre con enfermedad preexistente.</p> <p>Agresiones de la madre.</p> <p>Infidelidad de la madre.</p> <p>Amiga se alejo</p> <p>Espacios abiertos</p> <p>Imagen física</p>	<p>Lo que vivo es horrible. Quiero morirme y ya no existir. Solo pienso en quitarme la vida cortándome o tomando pastillas. Esto me marcara toda la vida Mi vida es tristeza. Vivo en un ambiente deprimente. Tengo inseguridad de sí misma. No puedo sobrellevar el dolor. No puedo controlar mis nervios. No puedo Pienso en irme de mi casa.</p> <p>Tengo mucho temor a mi madre Me quiso matar. Me deprimó cuando me lastiman.</p> <p>Tengo desconfianza hacia mi madre ya no le creo. Sufro cuando no confía en mí. Mi mejor amiga ya no me quiere. Tengo vergüenza al público No me gusta mi nariz es ancha, y soy muy delgada.</p>	<p>Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y Sobregeneralización. Dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras. Razonamiento emocional. Falta de interés en sí mismo. Falta de flexibilidad. Aceptación de la incertidumbre. Perfeccionismo</p>



Caso 5	<p>Evento de terremoto</p> <p>Perdida del padre</p> <p>Conflicto de pareja</p> <p>Bajo rendimiento y concentración laboral</p> <p>Antecedente de tratamiento Psiquiátrico.</p> <p>Antecedente de crisis de pánico.</p>	<p>Pienso que me voy a morir y dejare sola a mi familia. No podré superar nunca la muerte de mi Padre</p> <p>Solo reacciono agresivo por los insultos. Siento mucha presión y que no podre rendir mejor.</p> <p>Una mala experiencia que no la supere.</p> <p>Siento que me quiero morir y tiemblo sin poder controlarme.</p>	<p>Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y Sobregeneralización. Dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras. Razonamiento emocional. Falta de interés en sí mismo. Falta de flexibilidad. Aceptación de la incertidumbre.</p>
Caso 6	<p>Idea de muerte.</p> <p>Perdida de padre por infarto.</p> <p>Fallecimiento de vecino por diabetes.</p> <p>Descalificación de su familia por su enfermedad nerviosa.</p> <p>Bajo rendimiento y poca concentración laboral.</p> <p>Deuda</p> <p>Hipertensión arterial, antecedente de diabetes.</p>	<p>Tengo miedo de morir y dejar a mi familia. Tengo temor de morir de infarto. Tengo el azúcar alto y eso me da temor por la diabetes y no poder hacer nada.</p> <p>Es horrible pensar y sentir que mi familia me rechace. No me siento conforme debido por la reacción del medicamento. Me preocupa y me desespero a más de lo que vivo. Temo morir y eso me desespera cada día.</p>	<p>Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y Sobregeneralización. Dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras. Razonamiento emocional. Falta de interés en sí mismo. Falta de flexibilidad. Aceptación de la incertidumbre.</p>

### 3.3.4. Cronograma de mejoramiento y logro de control de conducta

	Recursos	Procedimiento	Respuestas	Inicio	Fin	# Semana sesión	% mejora EEAG	Conclusión
<b>Caso 1</b>	Entrevista Observación clínica Test	Método clínico Historia clínica	Motivo de consulta Situación Problema Historia del síntoma	31/08/ 2016		S1 / s1	41%	Psicodiagnóstico
	Revelación Control de conducta	Modelo ABC Debate filosófico Refutación	Miedo intenso	07/09/ 2016		S2 / s2	41%	Remisión inicial
	Costo de respuesta Búsqueda de solución	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo - conductual	Mantiene miedos	04/10/ 2016		S6 / s3	%	Evolución
	Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción de miedos	12/10/ 2016		S7 / s4	65%	Remisión parcial (1 mes 15 días)
	Control de conducta Autodeterminación Autorrealización	Debate filosófico Refutación Ejercicio para atacar la vergüenza Proyección en el tiempo	Reducción de miedos	09/11/ 2016		S11 / s5	%	Evolución

	Control de conducta Autoeficacia Autorregulación  Autoconocimiento	Insight intelectual - afectivo	Mejora de vida Reduce miedos, ahogo Ajuste laboral Realiza ejercicios Toma Decisión personal de dejar medicamento		17/11/2016	S12 / s6	85%	Remisión casi total  (4 meses 15 días)
--	--	--------------------------------	---	--	------------	----------	-----	--

	Recursos	Procedimiento	Respuestas	Inicio	Fin	# Semana sesión	% mejora EEAG	Conclusión
<b>Caso 2</b>	Entrevista Observación clínica Test	Método clínico Historia clínica	Motivo de consulta Situación Problema Historia del síntoma	03/10/2016		S1 / s1	41%	Psicodiagnóstico
	Revelación Control de conducta	Modelo ABC Debate filosófico Refutación	Miedo intenso	31/10/2016		S5 / s2	41%	Remisión inicial
	Costo de respuesta Búsqueda de solución	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo - conductual	Mantiene miedos	09/11/2016		S6 / s3	%	Evolución
	Costo de respuesta Búsqueda de solución Autoeficacia Autorregulación	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo - conductual	Mantiene miedos	16/11/2016		S7 / s4	%	Evolución
	Control de conducta Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Ejercicio para	Reducción de miedos	25/11/2016		S8 / s5	65%	Remisión parcial  (2 meses)

Autodeterminación Autorrealización	atacar la vergüenza Proyección en el tiempo						
Control de conducta Autodeterminación Autorrealización	Debate filosófico Refutación Ejercicio para atacar la vergüenza Proyección en el tiempo	Reducción de miedos	21/12/2016		S12 / s7	%	Evolución
Control de conducta Autoconocimiento	Insight intelectual – afectivo Proyección en el tiempo	Mejora de vida Reduce miedos, ahogo, cefalea. Ajuste laboral Realiza ejercicios. Mejora alimentación Mantiene medicamento o Desarrollo de recursos psicológicos		09/01/2017	S15 / s8	85%	Remisión casi total  (4 meses 10 días)

	Recursos	Procedimiento	Respuestas	Inicio	Fin	# Semana sesión	% mejora EEAG	Conclusión
<b>Caso 3</b>	Entrevista Observación clínica Test	Método clínico Historia clínica	Motivo de consulta Situación Problema Historia del síntoma	17/05/2016		S1 / s1	41%	Psicodiagnóstico
	Control de conducta Revelación	Modelo ABC Debate filosófico Refutación	Miedo y ansiedad intenso	23/05/2016		S2 / s2	41%	Remisión inicial

Revelación Costo de respuesta Búsqueda de solución Reforzamiento Silla vacía Autoconocimiento	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo – conductual Imaginación racional emotiva	Reducción de miedos y ansiedad	11/10/2016		S22 / s3	65%	Remisión parcial (5 meses 10 días)
No registra	No registra	No registra	23/10/2016		No registra	%	Evolución de 1 mes (Inasistencia por consulta psiquiátrica y traumatólogica)
Control de conducta Autoeficacia Autorregulación Autodeterminación Autorrealización	Debate filosófico Refutación Ejercicio para atacar la vergüenza Proyección en el tiempo Insight intelectual – afectivo	Mejora de vida Reduce miedos Reducción de dosis a la mitad de medicamento Desarrollo de recursos personales		15/11/2016	S27 / s4	85%	Remisión casi total (7 meses)

	Recursos	Procedimiento	Respuestas	Inicio	Fin	# Semana sesión	% mejora EEAG	Conclusión
<b>Caso 4</b>	Entrevista Observación clínica Test	Método clínico Historia clínica	Motivo de consulta Situación Problema Historia del síntoma	21/03/2016		S1 / s1	41%	Psicodiagnóstico
	Revelación Control de conducta	Modelo ABC Debate filosófico Refutación	Miedo y ansiedad intenso	01/04/2016		S2 / s2	41%	Remisión inicial

Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Mantiene miedos y ansiedad	17/05/2016		S9 / s3	%	Evolución
Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Mantiene miedos y ansiedad	25/05/2016		S10 / s4	%	Evolución
Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción moderada de miedos y ansiedad, actos e ideación suicida	21/06/2016		S14 / s5	51%	Remisión casi parcial (3 meses 15 días)
Revelación Costo de respuesta Búsqueda de solución Reforzamiento Autoconocimiento	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo – conductual Imaginación racional emotiva	Reducción de miedos y ansiedad Eliminación de actos e ideación suicida	14/10/2016		S30 / s6	65%	Remisión parcial (7 meses 10 días)
Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción de miedos y ansiedad	21/10/2016		S31 / s7	%	Evolución
Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva	Reducción de miedos y ansiedad	01/11/2016		S33 / s8	%	Evolución

	Reforzamiento	Insight intelectual – afectivo						
	Control de conducta Autoeficacia Autorregulación Autoconocimiento Reforzamiento Autodeterminación	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo Ejercicio para atacar la vergüenza Proyección en el tiempo	Mejora calidad de vida Reduce miedos y ansiedad Genera metas solidas Mejora autoimagen y autoconcepto		14/11/2016	S35 / s9	85%	Remisión casi total, 9 meses 15 días

	Recursos	Procedimiento	Respuestas	Inicio	Fin	# Semana sesión	% Mejora EEAG	Conclusión
Caso 5	Entrevista Historia clínica	Método clínico Anamnesis	Motivo de consulta Situación Problema Historia del síntoma	15/06/2016		S1 / s1	41%	Psicodiagnóstico
	Control de conducta Revelación	Modelo ABC Debate filosófico Refutación	Miedo intenso	16/06/2016		S1 / s2	41%	Remisión inicial
	Revelación Costo de respuesta	Debate filosófico Refutación	Mantiene miedos	20/06/2016		S2 / s3	%	Evolución
	Revelación Costo de respuesta Búsqueda de solución Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo – conductual Imaginación racional emotiva	Mantiene miedos	23/06/2016		S2 / s4	%	Evolución
	Revelación Costo de respuesta	Debate filosófico	Mantiene miedos	29/07/2016		S6 / s5	%	Evolución

Búsqueda de solución Reforzamiento	Refutación Insight cognitivo – conductual Imaginación racional emotiva						
Revelación Costo de respuesta Búsqueda de solución Reforzamiento Autoconocimiento	Debate filosófico Refutación Insight cognitivo – conductual Imaginación racional emotiva	Mantiene miedos	02/08/2016		S7 / s6	%	Evolución
Control de conducta Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento Autodeterminación	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo Ejercicio para atacar la vergüenza Proyección en el tiempo	Reducción de miedos	24/08/2016		S10 / s7	65%	Remisión parcial (2 meses 10 días)
Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción de miedos	22/09/2016		S14 / s8	%	Evolución
Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción de miedos	15/11/2016		S22 / s9	%	Evolución
Autoeficacia Autorregulación	Debate filosófico	Reducción de miedos	10/01/2017		S30 / s10	%	Evolución



	Autocrecimiento Reforzamiento	Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo						
	Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción de miedos	01/02/ 2017		S33 / s11	%	Evolución
	Control de conducta Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Autodeterminación	Debate filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reduce los temblores Mejora calidad de vida Reduce el miedo Desea realizar curso de ascenso Reduce dosis en el medicamento		13/02/ 2017	S35 / s12	85%	Remisión casi total  (7 meses 15 días)

	Recursos	Procedimiento	Respuestas	Inicio	Fin	# Semana sesión	% Mejora EEAG	Conclusión
<b>Caso 6</b>	Entrevista Historia clínica	Método clínico Anamnesis	Motivo de consulta Situación Problema Historia del síntoma	22/07/ 2016		S1 / s1	41%	Psicodiagnóstico
	Control de conducta Revelación	Modelo ABC Debate filosófico Refutación	Miedo intenso	28/07/ 2016		S2 / s2	41%	Remisión inicial
		Debate filosófico	Mantiene miedos	04/08/ 2016		S3 / s3	%	Evolución

		Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo Ejercicio para atacar la vergüenza Proyección en el tiempo						
Control de conducta Revelación		Debate filosófico Refutación	Mantiene miedos	11/08/ 2016		S4 / s4	%	Evolución
Autocrecimiento Control de conducta Autoeficacia Autorregulación		filosófico Refutación Imaginación racional emotiva Insight intelectual – afectivo	Reducción de miedos	26/08/ 2016		S6 / s5	65%	Remisión parcial (2 meses)
Control de conducta		Debate filosófico Refutación	Reducción de miedos	02/09/ 2016		S7 / s6	%	Evolución
Control de conducta		Debate filosófico Refutación	Reducción de miedos	09/09/ 2016		S8 / s7	%	Evolución
Control de conducta		Debate filosófico Refutación	Reducción de miedos	16/09/ 2016		S9 / s8	%	Evolución
Control de conducta		Debate filosófico Refutación	Reducción de miedos	23/09/ 2016		S10 / s9	%	Evolución
Control de conducta Autoeficacia Autorregulación Autocrecimiento Reforzamiento Autodeterminación		Debate filosófico Refutación Insight intelectual – afectivo	Reduce el miedo Mejora calidad de vida Reduce dosis de medicamento		30/09/ 2016	S11 / s10	85%	Remisión casi total (3 meses 15 días)

### 3.3.5. Guía de observación clínica

Observación clínica	Casos	Registra	No registra
Autocontrol emocional	C.1	✓	
	C.2		✓
	C.3	✓	
	C.4	✓	
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Recidivas	C.1		✓
	C.2	✓	
	C.3	✓	
	C.4		✓
	C.5		✓
	C.6		✓
Autocuidado personal	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3	✓	
	C.4	✓	
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Conductas de riesgo	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3	✓	
	C.4	✓	
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Aplicación de medicamentos	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3	✓	
	C.4		✓
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Valoración médico psiquiátrica	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3	✓	

	C.4		✓
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Reacción negativa del medicamento	C.1		✓
	C.2		✓
	C.3		✓
	C.4		✓
	C.5		✓
	C.6		✓
Conflictos actuales	C.1		✓
	C.2	✓	
	C.3		✓
	C.4		✓
	C.5		✓
	C.6		✓
Alimentación	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3	✓	
	C.4	✓	
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Dificultades en el sueño	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3	✓	
	C.4		✓
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Estado de ánimo	C.1	✓	
	C.2		✓
	C.3	✓	
	C.4	✓	
	C.5	✓	
	C.6	✓	
Actividad sexual	C.1	✓	
	C.2	✓	
	C.3		✓
	C.4		✓

	<b>C.5</b>	✓	
	<b>C.6</b>	✓	
Peso corporal	<b>C.1</b>		✓
	<b>C.2</b>		✓
	<b>C.3</b>	✓	
	<b>C.4</b>		✓
	<b>C.5</b>	✓	
	<b>C.6</b>	✓	
Dolor físico	<b>C.1</b>		✓
	<b>C.2</b>	✓	
	<b>C.3</b>	✓	
	<b>C.4</b>		✓
	<b>C.5</b>		✓
	<b>C.6</b>		✓
Interacción social	<b>C.1</b>	✓	
	<b>C.2</b>	✓	
	<b>C.3</b>	✓	
	<b>C.4</b>	✓	
	<b>C.5</b>	✓	
	<b>C.6</b>	✓	
Aislamiento	<b>C.1</b>		✓
	<b>C.2</b>		✓
	<b>C.3</b>	✓	
	<b>C.4</b>		✓
	<b>C.5</b>		✓
	<b>C.6</b>		✓

### 3.4. ANÁLISIS INTEGRADOR DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS (TRIANGULACIÓN)

Mediante la matriz de análisis del documento historial clínico que integra la entrevista, observación clínica, test, psicodiagnóstico, proceso terapéutico y seguimiento en el control de conducta, se complementa con evidencia de valoración médica, y psiquiátrica, realizamos nuestra triangulación vinculada al análisis de factores tensionantes, análisis comparativo de creencias irracionales, análisis de indicadores de test clínicos, análisis en el mejoramiento y logro en el control de conducta, análisis de guía de observación clínica, con la finalidad de analizar la importancia del control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y tratamiento psicofarmacológico presentamos los siguientes resultados.

Desde una mirada analítica general en el manejo de pacientes determinamos que los seis casos clínicos muestran indicadores particulares como riqueza en el aporte cualitativo, hemos visualizado transversal y longitudinalmente el desarrollo en el paradigma a explicar, detallamos conductualmente una base de temor que no llega a fobia, indicando que entre la semana 7 a la 30, y entre la sesión 3 a la 7, en 2 meses en la mayoría de casos hay una reducción de miedos en relación a la ansiedad y depresión con una remisión parcial de 65% EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global); y de la misma forma en su mejoría entre la semana 11 a la 35, y entre la sesión 4 a la 12, de 3 a 9 meses hay una reducción de miedos en relación a la ansiedad y depresión con una remisión casi total del 85% EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global), con la aplicación variable y específica de las siguientes técnicas: Control de conducta, autocontrol, revelación, autodeterminación y autorrealización, solución de problemas, observación clínica, reforzamiento, autoconocimiento y autodesarrollo, autoeficacia y autorregulación; desde la (TREC) el modelo ABC, el debate filosófico, la refutación, la imaginación racional emotiva, proyección en el tiempo, ejercicio para atacar la vergüenza, insight cognitivo conductual, insight intelectual, afectivo y emocional; creando y estructurando metas en la estabilidad emocional en la salud mental asociando las siguientes categorías: Interés en sí mismo, interés social, dirección propia, tolerancia, flexibilidad, aceptación de la incertidumbre, compromiso, pensamiento científico, auto-aceptación, arriesgarse, hedonismo a largo plazo, no utópico, alta tolerancia a la frustración, auto-responsabilidad en la perturbación.

En lo consiguiente determinamos los factores tensionantes que puntúan de 6 a 4 casos en su mayoría con indicadores relacionados a las siguientes áreas de vida: Personal, pareja, familiar medico laboral, quedando en una puntuación inferior el

área socioeconómica y legal. Por otro lado indicamos con respecto al análisis comparativo de creencias irracionales puntualizando que en los seis casos los pacientes reiteran una devaluación de su conducta con consecuencia a la depresión y baja tolerancia a la frustración con consecuencia a la ansiedad del yo, se agrega las interpretaciones y conclusiones erróneas ajustadas a su principio de realidad dificultando la obtención metas establecidas, todo aquello convergiendo en creencias o pensamientos irracionales dogmáticos que especificamos a continuación:

Creencia de autocondena, catastrofización, absolutista, falta de tolerancia al fracaso y frustración, tremendismo y sobregeneralización, dificultad en diferenciar emociones negativas saludables vs emociones negativas perturbadoras, razonamiento emocional, falta de interés en sí mismo, falta de flexibilidad, aceptación de la incertidumbre.

Corroboramos analizando los indicadores de test clínicos que se detallan en lo siguiente: En la aplicación del test de Millon MCMI-II se puntúa en mayor incidencia de manera general en los casos 1, 2, 4 y 6 una adecuada deseabilidad social y patrones clínicos de la personalidad, en los casos 2 y 4 patología severa de la personalidad, en los casos 2 y 6 síndromes clínicos y síndromes severos. En la aplicación del test de Rotter en los casos 3 y 4 en los indicadores de área familiar, área sentimental y sexual, área de relaciones interpersonales, área de concepto de sí mismo, se tiene como resultados una alteración significativa que requiere de manejo de los conflictos emocionales en cada área; y finalizamos indicando que el caso 5 no registra test clínico.

En el análisis de guía de observación clínica se determina de forma general la visualización en mayor incidencia en indicadores de conductas de riesgo, dificultades en el sueño, peso corporal, recidivas en los 6 casos, y la actividad sexual y dolor físico en 2 casos como registro inferior.

Concluimos indicando la incidencia de medicamentos psicofarmacológicos aplicados con una semejanza y frecuencia en los siguientes casos: Fluoxetina casos 1, 3, 5 y 6; Clonacepan casos 1, 2 y 6; Alprozalan casos 3 y 5, que en su remisión casi total se redujo la dosis siguiendo en controles próximo del alta definitivo.

### 3.5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Contrastamos los resultados con la teoría psicológica exponiendo datos cualitativos reales con connotación eminentemente subjetiva de casos clínicos que enriquecen como aporte la casuística en la incidencia de casos nuevos desde un paradigma de esencia conductual en el tratamiento de la ansiedad y depresión diferenciando la postura psiquiátrica, sin dejar a un lado el factor clave del pensamiento holístico y dialectico en su base epistemológica, y no solo mecánica sino con un antecedente de carácter socio histórico social, partimos de un punto de visualización como el ser humano mediante estímulos externos condiciona el sistema nervioso y forma hábitos y su conformación es un patrón de conducta, en este sentido del desarrollo del malestar o perturbación en donde se vincula el aspecto del aprendizaje social y el aspecto cognitivo en la interpretación de la realidad desde ese individuo irreplicable que asocia una representación como imagen y significado conceptualizando en su juicio de valor y sentido común una amenaza con factores tensionantes activadores de reacciones que presentan dificultad y desbalance emocional, afectivo en su dimensión de realidad, la importancia del control de conducta mediante la terapia racional emotiva posee dos vertientes, la primera desde técnicas tradicionales y actuales cognitivas conductuales y la (TREC) con su sistema de aplicación, complejizamos por medio de la herramienta técnica y el recurso desde un sentido de aprendizaje y el otro de esclarecimiento asumiendo el control pleno o una autoevaluación crítica de la conducta con principios del autocontrol, reforzadores, autoeficacia y autorregulación logrando el mejoramiento de esta meta, quedando así por otro lado las creencias irracionales que no permiten tener una claridad o la suficiente convicción y evidencia para comprobar una realidad, aquello es devaluado en el error o sesgo de inferir en el pensamiento con dogmas o absolutismos que generan conductas autodestructivas y perturban negativamente las emociones, como seres humanos no estamos exentos de padecer situaciones que puedan estar fuera de nuestro control pero si podemos exponer nuestros recursos personológicos y habilidades sociales en un nivel de afrontamiento y toma de decisiones en la solución de problemas creando alternativas de ajuste y adaptación para disminuir miedos o ansiedades, depresiones para supervivir o sobrevivir en el “drama existencial” como fase a extinguir limitaciones reincorporando reestructuraciones cognitivas que alimentan una filosofía de vida con pensamientos más realistas, dada la situación por las reacciones fisiológicas se aplica el psicofármaco para atenuar el síntoma; ya que más que ese aspecto nos resulta importante autodescubrir el cumulo de capacidades y potencialidades que posee un sujeto, su actitud de asumir una responsabilidad en el proceso psicoterapéutico es clave y lo relevante de aquello es lo distinto de cada persona



como asume, cuestiona y responde en su auto observación de sus sensaciones exponiendo sus cogniciones, transparentándose de sí mismo en donde contrasta sus miedos y tiene el valor de asumir metas clarificando y creciendo en su competitividad y autoeficacia el éxito de valorar expectativas y lograr cada avance consigo mismo gratificándose por ello de esta forma exponemos como en esta descripción en lo intangible esta la teoría psicológica que sustenta nuestro ensayo cualitativo, en el resultado del análisis de casos se evidencia mediante registro y documentación como cada sujeto tiene su tiempo, su comprensión, su aprendizaje y reaprendizaje, ajuste y recidiva, y va solventando su integridad y dignidad en el sentido moral y autorregula su personalidad en lo afectivo y cognitivo como mediatizador de su construcción social continua.

Por otra parte contrastamos nuestros resultados con una investigación de la Universidad central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Carrera de Psicología Clínica en el tema: Eficacia de la terapia racional emotiva de Ellis para el tratamiento de la ansiedad en personas drogodependientes, de la autora Lorena J. Merlo M., Quito 2015, en donde determinamos que en nuestro estudio de casos detallamos el abordaje clínico del trastorno mixto ansioso depresivo con tratamiento psiquiátrico y se realizó el control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual, se puntualiza que el trabajo descrito de la compañera es una tesis de investigación no experimental, cuantitativa explicativa comparativa que mediante test y retest se valida la eficacia en la aplicación de la (TREC) en la ansiedad como herramienta de mejoramiento orientada a la eficacia de la técnica, nosotros en contraste desarrollamos un estudio de casos cualitativo mediante casuística en el proceso diagnóstico e intervención psicológica clínica en el análisis de la importancia del control de conducta asumida por el sujeto mediante la intervención de la TREC y complementada con una selección de técnicas de corte cognitivo conductual, concluimos determinando que en su remisión casi total especificamos datos de evolución registrados en el documento historial clínico y respaldado por documento médico psiquiátrico y abalizado con la entrevista de análisis de casos con el punto de vista directo del Psicólogo responsable del área.

## CONCLUSIONES

Al final de nuestro estudio de casos concluimos determinando resultados óptimos que contribuyen y sustentan el análisis de la importancia del control de conducta mediante la terapia racional emotiva conductual en el manejo de pacientes con dificultades emocionales de base mixta ansiosa depresiva adherida a tratamiento medicamentoso, reflejando la eficacia de las herramientas cognitivo conductuales que integran las dos posiciones aplicadas y expuestas, cada paciente en su proceso desarrolló la habilidad social de asumir la autonomía e independencia comprendiendo realmente su desajuste y también siendo consciente de sus recursos personológicos y avances en su evolución adherido a la guía psicológica necesaria para estabilizarse y tener el control de su conducta en esta perspectiva se aprendió a tener conocimiento de su valor, pensamiento realista, inteligencia y razonamiento de tomar decisiones e incorporar nuevos esquemas y alternativas, reflejando las técnicas conductuales y la terapia racional emotiva, considerando que en la reflexión personal se reestructuro significativamente el nivel de conciencia sobre su motivo de consulta y tratamiento puntual, detallado en cada caso, es de interés que la selección de herramientas psicoterapéuticas es solo una parte desde una visión académica determinado así por el Dpto. de Psicología, la cual se constató más aplicaciones técnicas, maniobras y experticia de las que hemos descrito en nuestro trabajo.

Resaltamos que contando con el registro de una matriz de análisis del documento de historias clínicas en el abordaje descrito, y la experticia del Psicólogo Clínico en el proceso de sesiones culminamos nuestro objetivo científico, y de esta manera vinculamos nuestro aporte con estatus de practicante supervisado siendo parte del equipo de trabajo como antecedente en el desarrollo investigativo; por consiguiente se destaca el nivel de profesionalismo en las diferentes áreas como son las de talento humano y administración que recae en la estructura de red de apoyo institucional y el sistema de atención integral en salud de las F.F.A.A interinstitucional e interdisciplinario la cual permitió el éxito en cada especialidad de servicio, al respecto, nos ubicamos indicando que los pacientes atendidos llegaron a una estabilidad en su salud mental con una remisión casi total de 85% EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global) con una disminución de la dosis medicamentosa, reincorporándose significativamente al área laboral, en su autorregulación personal, seguridad y bienestar en la pareja y familia, responsabilidad de sí mismo en la autonomía del control de su conducta, desarrollo de la personalidad, proyecto estilo y calidad de vida.

## **RECOMENDACIONES**

Referimos nuestra orientación al respecto sobre sí mismo en función de asumir una mirada científica de aprendizaje constante en el dominio de habilidades en el psicodiagnóstico clínico, la relación psicoterapéutica y al manejo de técnicas de intervención psicoterapéutica con una sólida base teórica que es relevante en la práctica y ejercicio profesional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alarcón, R, Mazzotti, G, Nicolini, H. (2005) Psiquiatría. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud.

Caballo, V.E (1993). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI de España. S.A.

Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en estudio de casos. [www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-53.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf)

Ellis-Manual-de-terapia-racional-emotiva-Vol.-II.

[Psiqueviva.com/wp-content/.../Ellis-Manual-de-terapia-racional-emotiva.-Vol.-II.pdf](http://Psiqueviva.com/wp-content/.../Ellis-Manual-de-terapia-racional-emotiva.-Vol.-II.pdf)

CIE-10. (2010). Clasificación De los trastornos Mentales y del Comportamiento. Edición Panamericana.

DSM IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

España. Versión Española. Masson, S.A.

<https://psicovalero.files.wordpress.com/.../manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de...>

Ellis, A y Dryden, W. (1989). Práctica de la Terapia Racional Emotiva. Editorial. Desclée de Brouwer, S.A.

Ellis, A y Grieger, R (1990). Manual de Terapia Racional Emotiva. Vol 2. Editorial. Desclée de Brouwer.

Ellis, A y Grieger, R (1992). Manual de Terapia Racional Emotiva. Heona: Desclée de Brouwer.

Ellis, A y Grieger, R (2003). Manual de Terapia Racional Emotiva. Heona: Desclée de Brouwer.

El estudio de casos - Universidad Autónoma de Madrid

[https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/.../Est\\_Casos\\_doc.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/.../Est_Casos_doc.pdf)

El método de estudio de caso - Universidad del Norte

[ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento.../5\\_El\\_metodo\\_de\\_estudio\\_de\\_caso.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento.../5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf)

El estudio de caso y su implementación en la investigación - Dialnet  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3999526.pdf>

Frager, R y Fademan, J. (2010). Teoría de la Personalidad. Sexta edición.

González R, F. (1992) Personalidad, salud y modo de vida. Caracas: Fondo de editorial de universidades y educación. Universidad Central de Venezuela.

Hernández Sampiere. R. (2008) Metodología de la Investigación, edición McGraw-Hill.

Isabel Caro Gabalda (2009) Manual Teórico Practico de Psicoterapias Cognitivas. Segunda edición. España. Desclée de Brouwer. SA.

Lidia Díaz San Juan. (2010). La observación. México: Departamento de publicación. Universidad autónoma de UNAM.

López, C. (2009). Lecturas de Terapia Conductual. Segunda edición. Ecuador: Departamento de Publicación de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.

Merlo, L. (2015). Tesis Clínica: Eficacia de la terapia racional emotiva en el tratamiento de ansiedad en drogodependientes. Facultad de Ciencias Psicológicas. Carrera de Psicología Clínica. Universidad Central del Ecuador.

Piqueras, J; Martínez, A; Ramos, V; Rivero, R; García, L y Oblitas, A. (2008). Suma Psicología. Ansiedad, Depresión y Salud: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2563818>

Reynoso Erazo, L. & Selgson, I. (2005). Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual. México: El manual Moderno.

Roca, M. (2007). Psicología Clínica. Departamento de Publicación de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.

Ruiz, J y Cano, J. (2009). Manual de Psicoterapia Cognitiva. PSICOSYSTEM Blog de Contenido Psicológico: <http://www.psico-system.com/2009/07/manual-de-psicoterapia-cognita.html>

Trastorno mixto ansioso-depresivo: causas y síntomas  
<https://psicologiymente.net/clinica/trastorno-mixto-ansioso-depresivo>

Ellis, A. (1999) Enfoque teórico TREC: Una terapia breve más profunda y duradera. Segunda edición. Editorial Paidós Ibérica, S.A.

Zaldívar, D. (2009). La intervención psicológica. Departamento de Publicación de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.

## ANEXOS

### Certificado de casos clínicos



#### FUERZA AÉREA ALA DE COMBATE No. 22

Guayaquil, 15 de diciembre del 2016

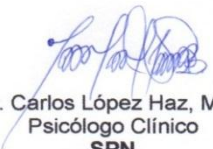
Ps. Simón Illescas Prieto, MSc.  
**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
Presente

De mi consideración:

#### CERTIFICACIÓN:

Certifico para los fines académicos pertinentes que los casos clínicos presentados por el Sr. William Wilfrido Torres Barrera, practicante de Psicología fueron atendidos y diagnosticados en este servicio de salud mental durante el segundo semestre del presente año, debo indicar que los expedientes y las historias clínicas de los casos en referencia se encuentran en los archivos de esta institución. Documento que se emite para mantener la confidencialidad de los usuarios/ as contemplada en la ley orgánica de salud pública.

Sin otro particular me suscribo de usted, atentamente.

  
Dr. Carlos López Haz, MSc.  
Psicólogo Clínico  
SPN  
Centro de Salud "B" Ala 22

*Dr. Carlos López Haz*  
PSICÓLOGO CLÍNICO  
Reg. MSP. 0909134702  
Reg. Senescyt: 106-03-452525

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad mental. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

**Código** (Nota. Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.**
- 90 **Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), **buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos** (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 **Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales** (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); **sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 **Algunos síntomas leves** (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o **alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), **pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.**
- 60 **Síntomas moderados** (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o **dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 **Síntomas graves** (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o **cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro e irrelevante) o **alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo** (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o **incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 **Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismos** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento: excitación maníaca) u **ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima** (p. ej., con manchas de excrementos) o **alteración importante de la comunicación** (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo** (p. ej., violencia recurrente) o **incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.**
- 0 Información inadecuada.

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.





## Guía de observación clínica

Observación clínica	Casos	Registra	No registra
Autocontrol emocional	C.1		
	C.2		
	C.3		
	C.4		
	C.5		
	C.6		
Recidivas	C.1		
	C.2		
	C.3		
	C.4		
	C.5		
	C.6		
Autocuidado personal	C.1		
	C.2		
	C.3		
	C.4		
	C.5		
	C.6		
Conductas de riesgo	C.1		
	C.2		
	C.3		
	C.4		
	C.5		
	C.6		
Aplicación de medicamentos	C.1		
	C.2		
	C.3		
	C.4		
	C.5		
	C.6		
Valoración médico psiquiátrica	C.1		
	C.2		
	C.3		
	C.4		

	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Reacción negativa del medicamento	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Conflictos actuales	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Alimentación	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Dificultades en el sueño	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Estado de ánimo	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Actividad sexual	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		

Peso corporal	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Dolor físico	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Interacción social	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		
Aislamiento	<b>C.1</b>		
	<b>C.2</b>		
	<b>C.3</b>		
	<b>C.4</b>		
	<b>C.5</b>		
	<b>C.6</b>		