



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALÁ
Sistema de Universidad Abierta y Educación a
Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Tipo de investigación

Caso único

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Konzuelo Gaviño Dorantes

Director : Lic. Dulce María Velasco Hernández

Presidente : Mtro. Juan Manuel Montiel Génova

Vocal : Lic. Dulce María Velasco Hernández

Secretario : Dr. Omar Moreno Almazan



Cd. Mx. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNIVERITARIOS: Un Estudio de Caso

RESUMEN

El objetivo del estudio radica en disminuir el nivel de ansiedad generalizada en un estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México en Chimalhuacán, dentro de la colaboración de la UNAM con el proyecto PAPIME ,(Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación, a cargo del profesor Juan Manuel Montiel Génova con el número de proyecto PE303323, donde se les da atención psicológica a los estudiantes dentro del plantel en el consultorio ubicado en el edificio D consultorio uno, y en línea con la colaboración de otros miembros de PAPIME.

El consultante con el que se trató este estudio de caso clínico, siendo un caso único, es un estudiante de Derecho de noveno semestre, se utiliza el inventario de Beck de ansiedad, así como el inventario de Beck de depresión y la Escala de riesgo suicida de Plutchik. Dentro de sus datos sociodemográficos se encuentra que es un estudiante Varón de 23 años, se concluyó que el nivel de ansiedad del estudiante es grave, así como en depresión también grave. en cuanto a los instrumentos realizados se encontró una mejoría ya que se aplicó la Terapia Cognitivo Conductual y el modelo ABC de Alberto Ellis, demostrando la reducción de ansiedad y mejorando su estabilidad emocional. Una de las estrategias que tuvo mucho éxito en la terapia fue la respiración diafragmática y la exposición gradual. Sus ataques de ansiedad disminuyeron a un nivel significativo. Observando mayor seguridad y menos síntomas físicos asociados a su ansiedad. Dentro de la terapia abordamos temas inesperados como el consumo de alcohol que ahora se abstiene con éxito. La alianza terapéutica y la disposición al cambio fueron claves para su progreso, logrando mejoras en su bienestar emocional y social.

índice

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	6
a) ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE INTERVENCIÓN.....	7
b) JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA:	9
c) MARCO TEÓRICO:	12
Descripción de Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	12
Síntomas del trastorno de Ansiedad Generalizada.....	13
Diagnóstico del Trastorno de la Ansiedad Generalizada.....	14
Consecuencias del TAG.....	15
La terapia cognitivo conductual.....	16
Descripción de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	18
Mejorar el autocontrol	19
Potenciar la resolución de problemas:.....	20
Mejorar habilidades sociales y refuerzo positivo:.....	20
Terapia Breve y su eficacia.	20
Técnicas de la intervención.....	22
1.-Técnica de respiración diafragmática:.....	22
2.-Técnica de Identificación de pensamientos irracionales:.....	23
3.-Reestructuración cognitiva:	23
4.- Exposición gradual:.....	23
5.- Autoestima y habilidades de comunicación:	23
6.-Evaluación y seguimiento:	24
Técnicas de intervención con el enfoque Cognitivo-Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada	24
d) PROPÓSITO DE LA INTERVENCIÓN:	29
OBJETIVO GENERAL.....	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
METODOLOGÍA	31
Datos personales.....	31
Motivo de consulta	31
Descripción de la conducta problema.....	32
Hipótesis explicativa	34

Instrumentos de Evaluación	35
Estrategia de evaluación.....	37
Principales Hallazgos	37
Análisis Funcional.....	38
Diseño de intervención.....	40
RESULTADOS	43
Desarrollo de intervención.....	43
RESULTADO Y SEGUIMIENTO.....	49
DISCUSIÓN	53
Competencias Adquiridas	55
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS Y/O APÉNDICES.....	63

INTRODUCCIÓN

El Programa Interinstitucional de Asistencia y Atención Psicológica, implementado en la Unidad Académica Profesional de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) en el campus Chimalhuacán, brinda a los estudiantes en formación de psicología de la FES Iztacala, tanto del Sistema Presencial como del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), así como a los egresados, un espacio de práctica y profesionalización supervisada por los profesores. El propósito de esta iniciativa es proporcionar servicios de evaluación, asesoría e intervención psicológica a la comunidad universitaria de dicho plantel.

Este programa es dirigido y coordinado por el Mtro. Juan Manuel Montiel Génova, forma parte del proyecto PAPIME "Programa educativo bajo un modelo híbrido para la formación de alumnos de psicología en terapias breves focalizada en la atención de la salud mental".

La inauguración de esta iniciativa tuvo lugar el 28 de marzo del 2023 y el caso que se presenta en este manuscrito es un ejemplo del tipo de asistencia que se presta a los universitarios de la UAEM Chimalhuacán.

a) ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE INTERVENCIÓN.

El consultante acude al consultorio con un ataque de ansiedad, por lo cual se le hace una contención con la herramienta de respiración diafragmática, manifestándole el acompañamiento, la confianza, la escucha y haciéndole saber que no está solo, por lo que se le integra al proyecto de Asistencia Psicológica para la comunidad universitaria de la unidad académica profesional de la UAEM Chimalhuacán.

Se le asigna un espacio con consultas semanales, siguiendo el protocolo que prevé el proyecto de Asistencia y Atención Psicológica:

- Consentimiento informado,
- Entrevista semi- estructurada tipo screening, y
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck,
- Escala de riesgo suicida de Plutchik

Los resultados arrojan estas primeras evaluaciones demuestran Ansiedad Grave y Depresión Grave, dentro de la escala de riesgo suicida de plutchik el resultado es sin riesgo. A lo largo de las consultas y con los datos de la historia personal que presenta el consultante, se realiza el Análisis funcional E-O-R-C, (Estímulo- Organismo- Respuesta- Consecuencias) utilizando el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder en sus siglas en inglés (DSM 5) en español (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) DSM 5, reconociendo los

síntomas manifestados se detecta Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), y se inicia un plan de intervención con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

b) JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA:

Según el estudio realizado por Blanco J. et al (2017), se destaca la presencia de trastornos de ansiedad entre estudiantes universitarios mexicanos. Este hallazgo resalta la universalidad de los trastornos psicológicos, cuya prevalencia ha experimentado un aumento en consonancia con el ritmo de vida contemporáneo. En la región de América Latina y el Caribe, los trastornos mentales más comunes en personas mayores de 15 años abarcan la depresión, la distimia, el estrés postraumático y la ansiedad generalizada. Los jóvenes, en particular, son especialmente propensos a enfrentar estos problemas, agravados por factores socioeconómicos, que se intensifican durante su educación superior.

En la comunidad estudiantil de la Universidad Autónoma del Estado de México, Chimalhuacán, se observan patrones que aumentan la posibilidad de padecer este trastorno tales como vivir solos; alejados de sus casas; alejados de su lugar de origen, familia, amigos y; el estrés de la vida académica y social. Viéndose en la necesidad de rentar un cuarto con compañeros de estudio de la misma Universidad propiciando algunas veces ansiedad por separación, el entorno universitario impone a los estudiantes una gran carga cognitiva y física, lo que puede llevar al desarrollo de estrés y ansiedad, especialmente en situaciones académicas como exámenes, trabajos y limitaciones de tiempo.

El estudio se interesa en los factores estresantes en los que incluyen altas exigencias académicas, cambios en el estilo de vida, separación de la familia, el deseo de disfrutar plenamente de la juventud con amigos y el uso de sustancias

como el alcohol. Sus relaciones interpersonales pueden resultar complicadas, ya que algunas veces tiene dificultades para relacionarse con sus pares. Además, la competencia entre los demás estudiantes por mantener buenos promedios y asegurar un futuro laboral estable es alta, especialmente en un contexto donde se está consciente de las pocas oportunidades laborales ya que son limitadas y los salarios bajos. Esto contrasta con la idea inculcada que la educación se basa en el éxito principalmente en la suma de la educación y el trabajo duro (Blanco, 2017).

Ahora bien, dentro de los casos estudiados en la UAEM, nos encontramos con un caso el cual cumple los criterios de TAG, avalados por el DSM 5, el estudiante llegó al consultorio con una crisis de ansiedad, en la que presentaba falta de aire, opresión en el pecho, llanto, preocupación, confusión, hormigueo en las manos y mejillas, sudoración, nerviosismo, tensión muscular, se le dio atención conteniendo la crisis y se le da seguimiento al usuario conforme al protocolo antes mencionado.

El TAG es considerado uno de los trastornos de ansiedad más significativos debido a su alta frecuencia y su tendencia a coexistir con otros trastornos del estado de ánimo y ansiedad, es una razón común para buscar ayuda médica en la atención primaria, además, el TAG tiene un impacto sustancial en la vida de las personas que lo padecen, afectando su bienestar personal, su rendimiento laboral, académico sus relaciones sociales como familiares, y su salud en general, según Rodríguez, et al, (2009) en Latinoamérica, los niveles de ansiedad han ido en aumento, en México, la ansiedad se ha relacionado con un aumento en el

consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes, lo que ha llevado a un mayor enfoque en programas de detección temprana de estos trastornos. Sin embargo, la ansiedad a menudo no se diagnostica ni se trata adecuadamente en la población en general.

En América Latina, más de la mitad de las personas con trastornos de ansiedad no reciben atención en el sistema de salud formal, en parte debido a la percepción de que los indicadores de salud mental son imprecisos.

Usando la Terapia Cognitivo Conductual, este estudio se enfoca en describir cómo se realizó la terapia y presenta los resultados de las evaluaciones antes y después del tratamiento para demostrar su efectividad (Rodríguez 2009)

c) MARCO TEÓRICO:

Descripción de Trastorno de Ansiedad Generalizada

El rasgo distintivo del trastorno de ansiedad generalizada es la presencia de una preocupación y ansiedad excesivas sobre una variedad de eventos o actividades. Esta ansiedad es desproporcionada en intensidad, duración o frecuencia en comparación con la situación real. La persona encuentra difícil controlar esta preocupación, y esta interferencia con su atención en las tareas cotidianas. Las preocupaciones en el trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser acerca de asuntos rutinarios, como trabajo, salud, finanzas, familia, entre otros. Los niños con esta condición suelen preocuparse por el exceso de su rendimiento. Además, estas preocupaciones pueden cambiar con el tiempo (Burgos 2019).

El trastorno de ansiedad generalizada se diferencia de la preocupación común en varios aspectos. Las preocupaciones en este trastorno son excesivas y afectan significativamente la vida de la persona, mientras que las preocupaciones cotidianas son manejables y pueden posponerse si surgen asuntos más urgentes. Las preocupaciones en el trastorno son más intensas, duraderas y ocurren con frecuencia sin un motivo claro, cuantas más áreas de la vida sean objeto de preocupación (como finanzas, seguridad de los niños, rendimiento laboral, rendimiento escolar), es más probable que cumplan con los criterios del trastorno. Además, las preocupaciones cotidianas rara vez están relacionadas con síntomas físicos, mientras que, en el trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas físicos, como inquietud o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse,

irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño, son comunes y contribuyen al malestar subjetivo. Para un diagnóstico, se requieren, al menos, tres de estos síntomas adicionales (o uno en el caso de los niños) (DSM 5)

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), los problemas de ansiedad son bastante comunes tanto en la población en general como en niños y adolescentes en particular. Aunque la ansiedad puede ser una respuesta normal y útil en ciertas situaciones, como el hecho de alertar sobre peligros o mejorar el rendimiento, cuando se vuelve excesiva, puede causar un gran malestar y dificultar la vida diaria de una persona (Basile, 2015).

Síntomas del trastorno de Ansiedad Generalizada

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (APA 2014) refiere que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva y constante, que se prolonga durante al menos seis meses, acerca de diversos asuntos o actividades cotidianas, como el trabajo o la escuela. La persona afectada encuentra difícil controlar esta preocupación y experimenta al menos tres de los siguientes síntomas en la mayoría de los días durante los últimos seis meses:

1. Sensación de inquietud o nerviosismo.
2. Fatiga frecuente.
3. Problemas para concentrarse o la mente en blanco.
4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.
6. Dificultades para dormir, como dificultad para conciliar el sueño, mantener o tener un sueño reparador. Estos síntomas causan malestar significativo o afectan negativamente el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de la vida de la persona. El trastorno no se debe a efectos de sustancias o a problemas médicos como el hipertiroidismo. Los síntomas no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de estrés postraumático, la anorexia nerviosa, el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de ansiedad por enfermedad, la esquizofrenia o el trastorno delirante (DSM 5)

Diagnóstico del Trastorno de la Ansiedad Generalizada

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5 2013) (APA) La persona experimenta síntomas de ansiedad y un alto nivel de preocupación que ocurren en más días de los que no los ha experimentado, durante un mínimo de seis meses, con diversos sucesos o actividades, como son las actividades laborales o escolar entre otros, al individuo le es difícil controlar la preocupación, de los seis síntomas manejados en el libro DSM 5., para poder considerarlo como un problema de TAG, debe presentarse tres o más de los síntomas mencionados.

En los pacientes con esta alteración, es muy notoria la preocupación o los síntomas físicos causando malestar o deterioro ya sea en lo social o laboral, teniendo bajo rendimiento.

En algunos casos las alteraciones que son similares al TAG, pero son de origen fisiológico o de una sustancia ajena como las drogas también se pueden presentar como es el caso de una afección médica como lo es el hipotiroidismo (DSM 5).

Consecuencias del TAG

Son diversas e incluyen síntomas depresivos, un mayor riesgo de pensamientos e intentos de suicidio, dificultades en las relaciones interpersonales y familiares, insatisfacción marital, mayor probabilidad de divorcio, escasez de amistades cercanas, un peor desempeño en el trabajo y una mayor probabilidad de problemas médicos, como trastornos cardíacos, migrañas y síndrome de intestino irritable. Así mismo, las personas con TAG tienden a utilizar más servicios médicos y medicamentos, como benzodiazepinas, antidepresivos y somníferos, para aliviar sus síntomas. Esto resulta en una alta demanda de recursos de atención médica y representa un costo significativo para la sociedad en general (Blados, 2015).

La terapia cognitivo conductual

Dentro de la psicología, el estudio de la modificación de la conducta ha atravesado diversos enfoques a lo largo del tiempo. Este campo ha evolucionado con el objetivo constante de comprender y cambiar las respuestas conductuales. En el siglo XIX, la base teórica de este estudio ya se estaba formando, influenciada por varios factores históricos y metodológicos. Por ejemplo, en la Roma antigua, existen relatos sobre técnicas que intentaban modificar comportamientos asociados con el consumo excesivo de alcohol, como colocar arañas en los vasos utilizados por personas con este hábito. Un caso conocido, en el siglo XVII, es el del "niño salvaje de Aveyron", donde se emplearon técnicas que hoy en día se vinculan con la terapia cognitivo-conductual para enseñar al niño a hablar (Díaz 2017)

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), cuyos orígenes se remontan a influencias diversas, se nutrió de corrientes como la reflexología rusa. Figuras como Sechenov, Pavlov y Bechterev investigaron el condicionamiento, centrando sus estudios en las respuestas fisiológicas. Experimentos notables, como el reflejo condicionado de Pavlov, demostraron cómo era posible modificar estas respuestas. Estudios posteriores enfatizaron la importancia del lenguaje en el aprendizaje. Mientras tanto, en otros lugares de Europa y América, figuras como John Watson, con su enfoque conductista, impactaron significativamente la psicología, enfocándose en la conducta observable y sus manifestaciones (Ardila, 2013).

Varios investigadores, como Thorndike, Skinner, Lazarus y Bandura, desarrollaron experimentos y teorías que abordaban cómo reforzar o cambiar conductas y respuestas a estímulos. Estos estudios, originalmente realizados en laboratorios, se aplicaron posteriormente en contextos clínicos. En los años 50, figuras como Wolpe, Rachman y Lazarus en Sudáfrica desarrollaron tratamientos para trastornos fóbicos y de ansiedad, como la desensibilización sistemática de Wolpe y la utilización de la relajación como respuesta contraria a la ansiedad (Díaz 2012)

Mientras tanto, Eysenck en Inglaterra y Skinner en Estados Unidos, con sus respectivos enfoques, contribuyeron significativamente al análisis funcional de la conducta, destacando la importancia de la evaluación conductual (Kazdin, 1983).

En la década de 1960, publicaciones clave como "Razón y emoción en psicoterapia" de Albert Ellis y el artículo de Aaron Beck "Thinking and depression" marcaron el desarrollo de la terapia cognitiva (Cabezas & Lega, 2006). Bandura, con su teoría del aprendizaje social, propuso que gran parte del comportamiento humano se aprende mediante la observación de modelos, lo que influyó en la comprensión del aprendizaje por observación (Sánchez, 2009). Además, obras como "Cognition and behavior modification" de Mahoney en 1974 y "Cognitive-behavior modification" de Meichenbaum en 1977 contribuyeron a la difusión de la terapia cognitiva (Díaz 2012).

La Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) sostiene que el malestar emocional surge de la forma inadecuada en que una persona interpreta el mundo y de las creencias irracionales que sostiene. Sugiere que el terapeuta debe

adoptar un rol activo y orientador. Según Ellis (1995), las personas son responsables de sus emociones perturbadoras, las cuales son generadas tanto de manera consciente como inconsciente, y tienen la capacidad de modificar sus propios pensamientos (Cabezas 2006)

Descripción de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Según Puerta y Padilla (2011) La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un modelo que aborda trastornos mentales al ayudar a los pacientes a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas. Surgió de la combinación de dos grandes teorías psicológicas y se implementó luego de una evaluación exhaustiva de las características del paciente, considerando su compromiso y colaboración.

Esta modalidad de psicoterapia es estructurada, activa y focalizada en el problema específico. Suele durar entre 10 y 20 sesiones, y con frecuencia los pacientes experimentan una notable reducción de síntomas tras 4 a 6 semanas de tratamiento.

En estudios de TCC para la depresión, se ha observado la aplicación del protocolo completo de la TC de Beck en ensayos de alto perfil. Otros estudios destacan componentes específicos de la Terapia Cognitiva de Beck, como técnicas de resolución de problemas y activación conductual, mientras que algunos incluyen nuevas prácticas como la meditación consciente.

Inicialmente, se guía a los pacientes para identificar y monitorear sus pensamientos automáticos negativos, comprendiendo cómo influyen en sus conductas y sensaciones físicas desfavorables. Luego, se les enseña a evaluar la validez de estos pensamientos, a someterlos a pruebas empíricas, a encontrar nuevas formas de apoyo y a generar pensamientos más equilibrados y adaptativos. Además de modificar estas cogniciones distorsionadas, se insta a los pacientes a identificar y cambiar creencias fundamentales e intermedias, las bases de dichos pensamientos automáticos. Los objetivos fundamentales de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el tratamiento de la depresión están centrados en reducir los patrones de pensamiento disfuncional caracterizados por el modelo cognitivo de Beck. Este modelo identifica tres elementos principales: la triada cognitiva (patrones de ideas y actitudes negativas hacia uno mismo, el mundo y el futuro), los esquemas negativos (pensamientos persistentes que generalizan experiencias pasadas para juzgar el presente y futuro) y las distorsiones cognitivas (errores de pensamiento como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva o minimización).

Mejorar el autocontrol

La idea de la depresión se basa en un modelo que destaca la habilidad del individuo para alcanzar metas mediante tres pasos: auto monitoreo, autoevaluación y auto-refuerzo. Por ejemplo, en comparaciones entre pacientes deprimidos y no deprimidos, se encontró que los primeros prefieren más la

retroalimentación negativa, mientras que los no deprimidos eligen positiva con mayor frecuencia.

Potenciar la resolución de problemas:

Se ha sugerido que las dificultades en resolver problemas pueden ser un factor de vulnerabilidad en pacientes que enfrentan eventos estresantes. Estos individuos suelen percibir los problemas como amenazas, esperando que sean irresolubles y dudando de su capacidad para enfrentarlos, lo que genera frustración.

Mejorar habilidades sociales y refuerzo positivo:

La falta de habilidades sociales adecuadas limita la capacidad de obtener refuerzos positivos del entorno social. Inicialmente, las quejas de estos pacientes atraen apoyo, pero con el tiempo pueden resultar molestas, llevando a una reducción del apoyo social y confirmación de su auto concepto negativo.

Otras metas importantes incluyen la reducción de ideación suicida, mejorar las relaciones maritales, disminuir recaídas y mejorar la salud física general. (Puerta 2011)

Terapia Breve y su eficacia.

En la terapia breve, se destaca la importancia de reducir la duración de las intervenciones psicoterapéuticas. Se plantea la pregunta de por qué deberíamos optar por una terapia más corta en lugar de una más larga. Desde la perspectiva del consultor y del gestor de recursos, la respuesta es evidente: resolver el

malestar lo más rápido posible y optimizar recursos. Sin embargo, algunos psicoterapeutas, influenciados por preconcepciones sobre la naturaleza humana y el cambio, pueden desconfiar de la terapia breve, considerándola superficial, la idea de que “brevedad” no debe ser sinónimo de “mala calidad” y busca explicar por qué es deseable, positivo e incluso necesario acortar las psicoterapias. La idea central es reducir el número de sesiones y/o el tiempo total de la terapia sin comprometer su eficacia. Se destaca que cada caso es único, y la duración de la terapia dependerá de diversos factores, como las preferencias teóricas de los terapeutas, la naturaleza de los problemas tratados y las preferencias de los consultores (Beyebach 2015)

La propuesta es hacer la terapia lo más corta posible sin perder eficacia. Se reconoce que algunas terapias pueden cerrarse con pocas sesiones, mientras que otras pueden requerir más. La eficacia se ve no solo en la reducción del tiempo sino en la prontitud de los efectos terapéuticos beneficiosos. La estrategia es que los consultores recuperen rápidamente su competencia, no solo para acortar la terapia, sino para hacerla más exitosa (Beyebach, 2015).

Según Arco et al. (2005), la población estudiantil ha experimentado ansiedad en algún momento. Es relevante clínicamente porque la ansiedad es un factor de riesgo para el inicio de trastornos depresivos mayores. La búsqueda de alternativas a los tratamientos con medicamentos se justifica por los efectos secundarios, la efectividad decreciente con el tiempo y las tasas más altas de recaída al interrumpir la medicación. Considerando esto y el impacto en lo social y

académico, a pesar de la falta de respaldo legal, hemos decidido explorar las estrategias utilizadas por otros profesionales en instituciones similares, eligiendo la terapia breve como modelo de intervención psicoterapéutica.

Técnicas de la intervención

Según Clark y Beck (2010), se ha demostrado eficiencia en con la TCC para el TGA ya que es una terapia basada en evidencias, respaldada por numerosos estudios científicos, en conjunto, estos aspectos al proporcionar un marco estructurado, con diversas estrategias prácticas y herramientas específicas que abordan tanto los aspectos cognitivos como conductuales de la ansiedad generalizada.

Situación provocada▼ Pensamientos/valoración ansiosa▼ Sentimientos de ansiedad

Conforme a este escrito se valida la eficacia de las TCC señalando las utilizadas en este documento:

1.-Técnica de respiración diafragmática:

La respiración diafragmática resulta útil para inducir relajación, disminuir la ansiedad y el estrés, y constituye una técnica eficaz para optimizar la capacidad pulmonar y la oxigenación corporal. Esta técnica puede demostrar ser particularmente beneficiosa en situaciones donde se percibe que la respiración se torna superficial debido a la tensión o nerviosismo. La práctica regular de esta

técnica puede contribuir a gestionar de manera más efectiva el estrés, fomentando así una sensación de calma y bienestar.

2.-Técnica de Identificación de pensamientos irracionales:

El terapeuta trabajará con el paciente para identificar pensamientos irracionales o distorsionados que contribuyen a la ansiedad. En este caso, se pueden abordar pensamientos como el miedo al fracaso, el temor a ser rechazado en una relación y la anticipación constante de situaciones de ansiedad.

3.-Reestructuración cognitiva:

El paciente aprenderá a desafiar y reemplazar pensamientos negativos y catastróficos por pensamientos más realistas y equilibrados. Esto ayudará a reducir la ansiedad y los ataques de pánico.

4.- Exposición gradual:

Para abordar la ansiedad relacionada con situaciones sociales y el temor a que ocurran episodios de TAG, se llevará a cabo una exposición gradual y controlada a las situaciones temidas. Esto ayudará al paciente a aprender que puede enfrentar estas situaciones de manera efectiva.

5.- Autoestima y habilidades de comunicación:

Dado el temor a ser rechazado en las relaciones, se abordarán cuestiones relacionadas con la autoestima y las habilidades de comunicación, ayudando al paciente a desarrollar relaciones saludables.

6.-Evaluación y seguimiento:

Al final de la terapia, se realizan las evaluaciones iniciales para medir el progreso y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario y evaluar junto al consultante los logros obtenidos, los cambios, mejoras y sus fortalezas y habilidades adquiridas durante el proceso.

7.- La Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC). Sostiene que el malestar emocional surge de la forma inadecuada en que una persona interpreta el mundo y de las creencias irracionales que sostiene. Sugiere que el terapeuta debe adoptar un rol activo y orientador. Según Ellis (1995), las personas son responsables de sus emociones perturbadoras, las cuales son generadas tanto de manera consciente como inconsciente, y tienen la capacidad de modificar sus propios pensamientos.

Técnicas de intervención con el enfoque Cognitivo-Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Según Moreno (2012) las técnicas para tratar la ansiedad en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Se emplean diversas técnicas para tratar el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) dentro de la TCC. Algunas técnicas notables son:

- a). Intención Paradójica: Una técnica propuesta por Viktor Frankl en 1925, enfocada en la ansiedad anticipatoria que puede generar y aumentar varios trastornos mentales.
- b). Desensibilización Sistemática: Esta técnica consiste en exponer gradualmente al individuo al estímulo que provoca ansiedad, manteniendo el nivel de ansiedad al mínimo.

Generaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual (Caballo 2007)

- a) Primera generación (década de los 50): Basada en el condicionamiento clásico y operante, introdujo técnicas como la desensibilización sistemática y la terapia implosiva para exponer gradualmente al individuo a sus miedos hasta reducir la ansiedad. b) Segunda generación (desde 1970): Centrada en las cogniciones como causa de los problemas emocionales y conductuales, incorporando estrategias como el entrenamiento de inoculación del estrés para afrontar diversas situaciones estresantes.
- c. Tercera generación (1990-2004): Enfocada en modificar la relación del individuo con sus experiencias subjetivas, no en tratar directamente los síntomas. Se introdujeron técnicas como la auto monitorización de situaciones y pensamientos, y el control gradual de estímulos (Moreno 2012)

Metas y Objetivos de la Terapia: a) Reducir la preocupación y controlar los síntomas des adaptativos: Se busca que el individuo adquiera habilidades de afrontamiento para manejar pensamientos negativos y disminuir la intolerancia a la incertidumbre. b) Técnicas de Intervención para alcanzar estos objetivos: Incluyen la reestructuración cognitiva, la terapia de resolución de problemas y la terapia de ampliación de conciencia. c) Reducir el comportamiento evitativo: Abordar este comportamiento que, aunque funcional a corto plazo, puede generar más ansiedad a largo plazo. d) Reducir los síntomas físicos de la ansiedad: Estrategias para aliviar síntomas como irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, fatiga y dificultad para concentrarse.

Según González (2020) la TCC utiliza una variedad de técnicas y enfoques para abordar la ansiedad, desde exponer gradualmente al individuo a sus miedos hasta cambiar la relación del individuo con sus experiencias subjetivas. Las metas incluyen disminuir la preocupación, mejorar el afrontamiento, reducir el comportamiento evitativo y los síntomas físicos. Las técnicas específicas varían según las generaciones de la TCC y los objetivos terapéuticos. Al igual que las siguientes que se incluyen en la terapia Técnica de Respiración Diafragmática: Esta técnica se enfoca en respirar profundamente, utilizando el diafragma en lugar del pecho, ayuda a dar calma al cuerpo y a la mente. Al inhalar y exhalar lentamente, se reduce la activación del sistema nervioso, disminuyendo así la respuesta de ansiedad. Técnica de Identificación de Pensamientos Irracionales: Se trata de identificar y desafiar pensamientos negativos o distorsionados. Al reconocer estos pensamientos, se trabaja para reemplazarlos con pensamientos más realistas y equilibrados. Reestructuración cognitiva: Esta técnica apunta a cambiar patrones de pensamiento negativos o distorsionados. Se desafían y reformulan creencias subyacentes para ajustarlas a una perspectiva más objetiva y positiva. Exposición Gradual: Consiste en enfrentar progresivamente situaciones o estímulos que generan ansiedad. Comenzando con situaciones menos estresantes y avanzando gradualmente hacia las más desafiantes, se permite que la persona se acostumbre y se adapte a la ansiedad asociada. Autoestima: Trabajar en la autoestima implica mejorar la confianza y el auto concepto. Se buscan reemplazar pensamientos autocríticos con afirmaciones más positivas y realistas sobre uno mismo. Habilidades de Comunicación: Mejorar estas

habilidades ayuda a manejar la ansiedad social. Se enseñan técnicas para expresar ideas, emociones y necesidades de manera clara, reduciendo el estrés en las interacciones sociales. Estas técnicas, utilizadas dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), ayudan a abordar y controlar la ansiedad, adaptándose a las necesidades individuales del paciente (González 2020)

Según Caballo V. (2007), el tratamiento de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) puede involucrar una variedad técnica de intervención como Técnica de respiración diafragmática, Técnica de identificación de pensamiento irracionales, reestructuración cognitiva, exposición gradual, autoestima, habilidades de comunicación. que se adaptan a las necesidades individuales del paciente una de ellas y la que se aplica en este estudio es la TCC es una forma de intervención en salud que se centra en mejorar la salud mental de las personas. A diferencia de otras psicoterapias de larga duración, la TCC es conocida por ser una terapia breve. A pesar de esto, se ha visto un creciente interés en enfoques diagnósticos en psicopatología y tratamiento, un rasgo característico de la TCC es su enfoque educativo. Incluye módulos educativos, y el terapeuta brinda una conceptualización inicial del problema y la lógica del tratamiento, la TCC se basa en la autoevaluación a lo largo de todo el proceso terapéutico, con un fuerte énfasis en la metodología experimental y la validación empírica de los tratamientos. Estas características tienen sus raíces en la adopción del conductismo metodológico y son una parte integral de la TCC en la actualidad.

La psicología, en sus inicios, se centra en ser una ciencia que investiga la estructura de la mente y la conciencia, los psicólogos de la corriente estructuralista, utilizaron la introspección como su principal técnica de investigación para comprender cómo funcionaba la mente. Sin embargo, esta aproximación resultó limitada y poco productiva y con el tiempo, los psicólogos comenzaron a interesarse en enfoques más objetivos y experimentales, tomando inspiración de las ciencias naturales como la física y la zoología. Esta evolución condujo a una revolución en la psicología estadounidense en los primeros años del siglo XX, alejándose de la introspección y buscando métodos más concretos y observables para comprender el comportamiento humano (Caballo, 2007).

d) PROPÓSITO DE LA INTERVENCIÓN:

OBJETIVO GENERAL

Realizar una intervención psicológica orientada a un caso de ansiedad, evaluando y aplicando estrategias desde un modelo cognitivo-conductual a un estudiante universitario con ansiedad generalizada con la intención de proporcionar herramientas que le permitan disminuir sus síntomas para que pueda desarrollarse en su vida cotidiana de una forma más eficiente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer una alianza terapéutica sólida en un entorno seguro y de confianza.
- Reducir los niveles de ansiedad y malestar emocional, centrándose en la rumiación cognitiva y el miedo a la evaluación social.
- Ampliar las estrategias de manejo emocional y regulación, incluyendo el conocimiento y expresión de emociones, control de pensamientos, eliminación de conductas de evitación y reevaluación positiva.
- Mejorar la autoestima, ajustar la auto exigencia y fortalecer la percepción de autoeficacia
- Reestructurar pensamientos negativos y corregir sesgos cognitivos.
- Mejorar la competencia social mediante el desarrollo de habilidades sociales,
- Aumentar la autonomía e independencia respecto a la figura paterna, buscando la aceptación personal.

METODOLOGÍA

Datos personales.

En el presente estudio, examinaremos el caso de un joven de 23 años, soltero y estudiante de derecho en el noveno semestre de la UAEM, Chimalhuacán. No tiene hijos y pertenece a un nivel sociocultural medio. Su familia nuclear está compuesta por sus padres y una hermana menor de 17 años. El paciente menciona mantener una relación positiva con sus padres y hermana, y no reporta antecedentes de enfermedades, ya sean previas o adquiridas.

Motivo de consulta

El consultante llega al consultorio por un ataque de ansiedad que no lograba controlar, sentía tensión muscular, sudoración, temblor en las manos y mejillas, llanto excesivo y dificultad para respirar.

Al mismo tiempo refiere que ha experimentado un estado constante de alerta durante un año y siente que ha perdido el control sobre sus preocupaciones, lo que le hace sentir nervioso, bloqueo y fatiga, tensión muscular, dolor de cabeza, tensión en el cuello, problemas de sueño, dificultad para respirar, problemas que han estado presentes desde su adolescencia, agravándose en momentos de estrés y pensamientos del futuro porque le preocupa no encontrar trabajo al salir de la escuela, siente temor a no tener éxito, a no relacionarse con los demás y absteniéndose a la posibilidad de mantener una relación sentimental con alguna

persona, a sentir que ha fracasado y que no pueda cumplir las expectativas de sus padres.

Descripción de la conducta problema

Las conductas problemáticas del consultante incluyen preocupaciones excesivas, dificultad para controlarlas, ansiedad anticipatoria, tensión muscular, insomnio, estado de ánimo depresivo, pérdida de actividades placenteras, dificultad en la solución de problemas, falta de concentración y baja autoestima. Estas preocupaciones están relacionadas con la graduación de su carrera, así como recuerdos de eventos pasados, que pueden haber desencadenado los problemas de TAG.

Sus preocupaciones son desencadenadas por diversas situaciones, una de ellas ocurrida en la adolescencia a la edad de 15 años y la otra a los 17 años.

Sus rasgos personales, como el perfeccionismo y la necesidad de control, contribuyen a este problema, así como las creencias limitantes que posee sobre el futuro, que, aunque creen que la ayudan a enfrentar situaciones difíciles, también le causan malestar.

El consultante utiliza estrategias de evitación y búsqueda de seguridad, como no hablar de ciertos temas o huir cuando se presenta un ataque de ansiedad.

Historia del problema

El consultante proviene de un entorno familiar muy tradicional y unido. La relación con sus padres es muy buena, pero busca la aprobación constante y tiene necesidad de ser validado por sus logros, a pesar de que cuenta que su padre está orgulloso de él, pero él siente que en cualquier momento las cosas se pueden salir de control y él puede defraudarlo y no podría con eso, la relación que presenta con su hermana es buena.

El consultante siente que sus padres tienen expectativas muy altas sobre él y comenta que desde la adolescencia ha sentido ansiedad y estos ataques de pánico empezaron cuando tenía 15 años y sufrió acoso por uno de sus compañeros que amenazó con golpearlo, él llamó a sus padres por protección, pero mientras su papá no llegaba él experimentó mucha ansiedad, nerviosismo incontrolable, y pensamientos catastróficos.

Otro episodio significativo de ansiedad tuvo lugar cuando contaba con 17 años y asistió a un estadio de fútbol soccer. En esta ocasión, experimentó abuso de poder al ser confundido con unos agresores que arrojaron hielo al personal del estadio. Como resultado, fue retenido y golpeado injustamente por el personal de seguridad, generando emociones negativas como tristeza, ira e indignación. La situación se tornó aún más angustiante al ser aislado durante 24 horas sin la posibilidad de comunicarse con su familia. El individuo reconoce haber sentido frustración al no encontrar una solución a su problema en ese momento.

El Consultante compartió que los incidentes en el estadio y en la secundaria lo volvieron más cauteloso, llevándolo a evitar situaciones que podrían generar problemas en su vida. Por esta razón, mencionó que ha experimentado un año de recurrencia en este problema de ansiedad y nerviosismo. Nunca buscó la ayuda de un psicólogo o psiquiatra, ya que sus padres creían que se trataba de una situación pasajera.

Hipótesis explicativa

Las experiencias de violencia que vivió durante la adolescencia le dejaron secuelas de miedo e inseguridad. Además, se evidencia un temor latente al fracaso y a decepcionar a sus padres. Este temor abarca tanto su vida personal como profesional, y se intensifica al considerar la posibilidad de no alcanzar el éxito laboral una vez que se encuentra en el último semestre. Estas preocupaciones han desencadenado episodios de ansiedad en el consultante.

Si se implementan estrategias de acuerdo a los síntomas físicos y emocionales que presenta el consultante tales como algunas técnicas de relajación y entrenamiento de habilidades sociales, así como exposición global, y modificar los patrones de pensamientos y comportamientos disfuncionales, entonces el paciente podría disminuir los síntomas que le afectan y así poder alcanzar una mejora en la calidad de vida.

Instrumentos de Evaluación

Conforme al Programa Interdisciplinario de atención psicológica, se realizaron los siguientes pasos:

Consentimiento informado, firmado por el consultante.

Entrevista semiestructurada tipo screening, que se encuentra como anexo de este documento, realizada al consultante con una duración de 60 min el día 14 de agosto de 2023.

Se incluye el Análisis Funcional de E-O-R-C, que es un procedimiento que busca comprender el funcionamiento de un comportamiento o problema específico examinando los elementos clave: Eventos (E), respuestas o comportamientos (R), y las consecuencias (C). Esta metodología se centra en identificar qué eventos desencadenan un comportamiento, cómo se manifiesta ese comportamiento y qué consecuencias resultan de esa conducta. El análisis detalla el contexto que precede y sigue al comportamiento en cuestión, permitiendo así comprender sus causas y cómo se mantiene en el tiempo (González, 2018).

Se realizó la evaluación inicial utilizando los siguientes inventarios:

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al. 1988), versión estandarizada por Robles et al. (2001), para población mexicana ($\alpha = .83$), es un autoinforme que consta de 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad en la semana previa a la aplicación. Ofrece cuatro opciones de respuesta, y los puntajes de severidad de síntomas varían de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (Beltrán,

2012). De 00 a 21, ansiedad muy baja; de 22 a 35, ansiedad moderada y; más de 36, ansiedad severa.

Y el Inventario de depresión de Beck (BDI-IA), ha sido evaluado en términos de su calidad y precisión durante las últimas cuatro décadas. El objetivo de este estudio fue examinar cómo se organiza y qué tan confiable es el BDI-IA cuando se utiliza con adolescentes mexicanos, es una herramienta válida y confiable para evaluar los síntomas de depresión en adolescentes mexicanos dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México (Beltrán, 2012). Donde de 0 a 13 es mínima depresión; de 14 a 19, depresión leve; de 20 a 28, depresión moderada y; de 29 a 63, depresión grave.

Una herramienta reconocida para evaluar el riesgo de suicidio es la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, desarrollada por Plutchik, Van Praga, Conte y Picard en 1989. Este instrumento permite distinguir entre personas sin riesgo suicida y aquellas que podrían estar en riesgo. Consiste en un cuestionario compuesto por 15 preguntas cerradas, donde las respuestas son sí o no. Esta escala ha sido validada en la población española según el estudio de Rubio en 1998, mostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,89. Además, tiene una sensibilidad y especificidad del 88 %, lo que la hace efectiva para discernir entre individuos que han tenido intentos de suicidio y aquellos que no han tenido antecedentes de este tipo.

Este proyecto de NeuroCorp busca comprender los factores protectores y predictores del riesgo suicida, aunque la evaluación no predice el suicidio inmediato, sino la predisposición al riesgo. Se realizó un estudio psicométrico en población

ecuatoriana, confirmando una estructura de 8 ítems divididos en dos dimensiones: "Síntomas de Riesgo" y "Conducta Suicida", reflejando parcialmente hallazgos previos y mostrando buena consistencia interna ($\alpha=.70$ a $\alpha=.80$) (Bahamon 2018)

Estrategia de evaluación

1.- Entrevista clínica en la que se obtienen sus datos demográficos, sociales, conductuales, recopilando información detallada sobre la historia personal del paciente, sus síntomas, antecedentes familiares, y la relación entre los eventos traumáticos y los síntomas emocionales.

2.- Se evaluó la ansiedad y depresión del consultante con los Inventarios de Beck, para cuantificar la gravedad de los síntomas y realizar un seguimiento a lo largo del tratamiento.

3.- escala plutick

4.- Se realizó un Análisis funcional: en el que se identificaron las situaciones que desencadenan los síntomas y las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales asociadas.

Principales Hallazgos

Inventario de Ansiedad de Beck: De acuerdo con el inventario que mide los niveles de ansiedad el consultante obtuvo en la primera sesión 48 puntos de los 21 ítems refiriendo que tiene Ansiedad grave.

Inventario de Depresión de Beck: De acuerdo con el inventario que mide los niveles de depresión en el consultante obtuvo en la primera sesión 40 puntos de los 21 ítems catalogados como graves.

Dentro del DSM 5, de los 6 síntomas que revelan TAG, el consultante manifiesta tener los 6 puntos. Por lo tanto, se le diagnostica TAG.

Dentro de la consulta se observó que el consultante presenta un cuadro clínico que incluye ansiedad y depresión, influenciados por preocupaciones persistentes asociadas a experiencias previas de acoso y abuso. Se manifiestan síntomas físicos y emocionales, como trastornos del sueño, disminución de la autoestima, tendencia a evitar ciertos temas y recurrir a estrategias de búsqueda de seguridad. Su búsqueda constante de perfección y control agrava la situación, generando un impacto negativo en su calidad de vida. Este malestar se relaciona con la presión por cumplir con las expectativas de su padre, temiendo ser juzgado si no alcanza ciertos estándares. Además, experimenta miedo al fracaso y al futuro, especialmente en el ámbito laboral, y dificultades para relacionarse socialmente. El consumo de alcohol parece ser un mecanismo para mitigar los síntomas de ansiedad.

Análisis Funcional

El Análisis Funcional utilizado fue el E-O-R-C (Estímulo-Organismo-Respuesta-Consecuencia) se destaca como una herramienta efectiva en la terapia cognitivo-conductual, basado en los principios del conductismo radical de B.F. Skinner, ya

que reconoce la importancia de las consecuencias en la formación y mantenimiento de la conducta, permitiendo una evaluación más precisa de los procesos de aprendizaje subyacentes. (González, 2018, p.25)

Tabla 1
Análisis Funcional

ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<p><i>Externos</i> Fue amenazado por el ex de su novia a los 15 años y su papá evitó que lo golpearan A los 17 años fue golpeado en el estadio por policías.</p> <p><i>Internos:</i> Miedo, a que pase algo que no controle</p>	<p>Historias de aprendizaje</p> <p>Desde que le pasó el incidente en el estadio él tiene los ataques de ansiedad</p> <p>Variables biológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le falta el aire, - tiene hormigueos en las manos y cachete, - se le acelera el corazón, - mucho llanto <p>Culturales</p> <p>Católico, familia unida sin problemas presentes, con una hermana y sus padres</p>	<p>Conducta problema</p> <p>Conductual: Corre, se esconde en el baño o en un área sola.</p> <p>Cognitiva: Tiene mucho miedo, “no sé qué va a pasar” piensa que no podrá con esto y si esto aumenta, tiene miedo.</p> <p>Fisiológico: falta el aire, le hormiguean las manos y el cachete, se le acelera el corazón, llora mucho</p>	<p>Inmediatas</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se concentra en sus estudios, - empieza a tomar 2 veces por semana, y - sale con sus amigos para distraerse. <p>A corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo a graduarse, - miedo a tener novia y que la relación no funcione. <p>A mediano plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo a no ser capaz de valerse por sí mismo.

Diseño de intervención

Una vez analizada toda la información recogida a lo largo del proceso de evaluación y delimitados los problemas específicos del consultante, se estableció la forma de intervención con los objetivos señalados:

- 1) Establecer una alianza terapéutica sólida en un entorno seguro y de confianza.
- 2) Reducir los niveles de ansiedad y malestar emocional, centrándose en la rumiación cognitiva y el miedo a la interacción social.
- 3) Ampliar las estrategias de manejo emocional y regulación, incluyendo el conocimiento y expresión de emociones, control de pensamientos, eliminación de conductas de evitación y reevaluación positiva.
- 4) Mejorar la autoestima, ajustar la auto exigencia y fortalecer la percepción de autoeficacia
- 5) Reestructurar pensamientos negativos y corregir sesgos cognitivos.
- 6) Mejorar la competencia social mediante el desarrollo de habilidades sociales.
- 7) Aumentar la autonomía e independencia respecto a la figura paterna, buscando la aceptación personal.

Con esto cabe señalar que se aplica el modelo ABC de Albert Ellis que se emplea en la terapia racional emotiva, se puede considerar dentro del TREC, donde (A) es interpretado por él individuo (B) sobre el mismo, (C) las consecuencias. Se centra en comprender por qué alguien reacciona de manera disfuncional ante ciertos eventos. A través del debate terapéutico, se busca superar problemas derivados de creencias irracionales al interpretar eventos

desencadenantes. El terapeuta ayuda al paciente a identificar estas creencias y cuestionar su validez mediante preguntas que desafían su lógica. Este enfoque busca cambiar el pensamiento disfuncional hacia uno más ajustado, promoviendo un mejor manejo emocional y conductual. La TCC buscan modificar el comportamiento a través de enseñanzas focalizadas en estrategias para corregir distorsiones en el pensamiento, empleando la lógica y la búsqueda de evidencia. Estos programas tienen objetivos específicos claramente definidos y se toman decisiones sobre cómo alcanzarlos y medir el progreso para brindar retroalimentación. Están diseñados para resolver problemas y se centran en tareas específicas. Examina la eficacia y aplicación práctica de estas intervenciones en entornos escolares y propone un marco de colaboración interdisciplinaria para mejorar la implementación de programas de salud mental en las universidades, la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Albert Ellis busca ayudar a las personas a manejar mejor sus emociones y comportamientos, fomentando una vida más plena. Su filosofía, originalmente llamada terapia racional y evolucionada a lo largo del tiempo, ahora se conoce como TREC. Se centra en la idea de que las emociones y comportamientos surgen de las creencias del individuo y su interpretación de la realidad. Este enfoque, respaldado por estudios y correlaciones empíricas, busca reemplazar pensamientos "irracionales" por otros más "racionales" para mejorar la calidad de vida. La TREC se basa en la premisa estoica de que las emociones no son causadas por situaciones, sino por las interpretaciones de esas situaciones. Mediante el modelo ABC, identifica cómo las percepciones erróneas conducen a patrones

disfuncionales y cómo las creencias irracionales generan consecuencias
emocionales y conductuales (Cabezas 2006)

RESULTADOS

Desarrollo de intervención

Durante el proceso terapéutico, la intervención constó de 6 sesiones enfocadas en la terapia breve dentro del protocolo del “programa Interdisciplinario de atención” psicológica cada sesión se realizó los lunes a las 9:00 am, con una duración de 60 minutos, dentro del consultorio 1 del edificio “D” del área de medicina en la UAEMex, de Chimalhuacán, en la primera sesión se realizó una contención debido al estado de crisis en el que llegó a consulta, utilizando la respiración diafragmática, y recabando información demográfica, así como la aplicación de los inventarios de Beck. Posteriormente se utilizaron estrategias en cuanto a la TCC, estos incluyen enfoques de comunicación terapéutica como la escucha activa, empatía, establecimiento de límites, exploración, señalización, confrontación, instrucciones, provisión de información, refuerzo positivo y validando las técnicas de identificación de pensamientos irracionales.

En las sesiones se utilizó la técnica de respiración diafragmática guiada al principio, en control a la asistencia psicológica por ataque de pánico, misma que siguió manejando en todo el tiempo que duró la intervención.

La reestructuración cognitiva se centra en creencias y sesgos cognitivos, abordando cuestiones como la maximización y la anticipación catastrófica en cuanto a su miedo de graduarse y poder encontrar un trabajo en el futuro, y ser independiente perdiendo el miedo. Se incorporaron otras técnicas conductuales como la exposición gradual a preocupaciones sobre el futuro, junto con el refuerzo

positivo de conductas apropiadas. El entrenamiento en autoestima y habilidades de comunicación incluyó participar en las clases con la técnica de respiración con el fin de vencer el miedo al hablar en público y recuperar autoestima y control.

En la última sesión se hizo una retrospectiva de los cambios obtenidos en las sesiones, donde menciona que su nivel de ansiedad al momento de la consulta siendo de 0 a 10 donde 0 es menor y 10 máximo el puntaje fue 10 al inicio de la terapia puntuando actualmente el puntaje equivale a 3, bajando 7 puntos a la escala de ansiedad, viéndose una mejoría, comenta que los ataques de ansiedad han disminuido y con la técnica de respiración diafragmática ha logrado contener su síntoma, en la observación se ha detectado gradualmente en el paciente el cambio positivo, ya no tiene sudoración excesiva, temblor de manos, llanto e inquietud, se le percibe más seguro de sí mismo.

Tabla 2.
Programa de intervención

Objetivo Específico: Contener ansiedad y registrar datos					
Sesión	Actividad en la terapia	Respuesta del usuario	Forma de evaluación	Actitud del paciente	Tareas
1	Consentimiento informado. Entrevista inicial screening. Explicar la forma de trabajo. Hacer respiración diafragmática y	El usuario se muestra ansioso, temblores en las manos con sudoración, dificultad para mantener el contacto visual, y llanto excesivo	Entrevista semiestructurada Resultado de inventario de Beck ansiedad, 48 interpretación grave. Resultado de	Se hace la escucha del usuario. Responde bien a la técnica respiración diafragmática. Al terminar el usuario se muestra tranquilo.	Se le pide elaborar un diario con el objetivo de conocerse a sí mismo y ser consciente de sus pensamientos y vivencias.

	explicar en qué consiste. Inventario de ansiedad de Beck, inventario de depresión de Beck		inventario de Beck Depresión, 40 interpretación grave.		
--	---	--	---	--	--

Tabla 3
Programa de intervención

Objetivo Específico. Emplear la técnica de respiración diafragmática para contener la ansiedad					
Sesión	Actividad en la terapia	Revisión de tarea	Forma de evaluación	Actitud del paciente	Tareas
2	Revisión de tarea Técnica de identificación de pensamientos irracionales. Respiración diafragmática	Conforme a la tarea el paciente tiene una buena respuesta, menciona que logró desahogar un poco lo escrito en el diario. En cuanto a la respiración diafragmática el paciente menciona que ha sido positivo cuando el ataque de	Se identifican pensamientos irracionales que contribuyen a la ansiedad como pensamientos de miedo y fracaso, el temor a ser rechazado en una relación y la anticipación constante de su situación de ansiedad.	El paciente aún se muestra, con mucha ansiedad movimiento de piernas y manos sudoración, Tic en el ojo y llanto. El cual le pasa en cualquier momento	Hacer actividades que le causen diversión.

		ansiedad ocurre			
--	--	--------------------	--	--	--

Tabla 4
Programa de intervención

Objetivo Específico. Determinar el nivel de ansiedad presentada por el paciente en la primera consulta, revisar los resultados para el diagnóstico					
Sesión	Actividad en la terapia	Revisión de tarea	Forma de evaluación	Actitud del paciente	Tareas
3	Revisión de tarea. Reestructuración cognitiva. Respiración diafragmática	Comenta que fue grato jugar con sus amigos fútbol, salió a una fiesta con ellos y comentó que descubrió que al tomar alcohol él se sentía sin ansiedad.	Se le pide pueda contar con detalle la actividad que más le gusta, comenta que su pasión es el fútbol, y cuando está en actividades de diversión disminuye su ansiedad.	Se muestra con ansiedad y hormigueo en las manos sudoración, palpitaciones debido a una exposición que tendría que hacer en clase. Menciona que se siente con mucha presión y miedo.	Hacer un auto registro de las emociones y pensamientos, refiriendo la conducta y la intensidad en que lo siente.

Tabla 5.
Programa de intervención

Objetivo: Reducir la ansiedad en situaciones específicas mediante exposición gradual y la respiración diafragmática, promoviendo el control emocional y la participación activa en ambientes estresantes.					
Sesión	Actividad en la terapia	Revisión de tarea	Forma de evaluación	Actitud del paciente	Tareas
4	Revisión de tarea. Exposición Gradual.	Lunes: Ansiedad intensa (10) debido al nuevo tema en clase, con miedo a no	En cuanto a la reestructuración cognitiva	Se le ve tranquilo, dice sentirse satisfecho	Se le pide participar en las clases, manteniendo la técnica de

	<p>Respiración diafragmática</p>	<p>aprender y crisis de angustia. El nivel de ansiedad disminuye a 8 después de salir al baño y llorar.</p> <p>Martes: Ansiedad alta (10) al salir con amigos, temor a sentir lo mismo que el día anterior, decide quedarse en casa con ansiedad en 5.</p> <p>Miércoles: Ansiedad moderada (8) al ser invitado al cine, enfrenta el miedo y disfruta, nivel de ansiedad baja a 0.</p> <p>Jueves: Ansiedad moderada (6) al jugar fútbol, experimenta felicidad y orgullo, nivel de ansiedad 3.</p> <p>Viernes: Alta ansiedad (10) durante la exposición en la escuela, con menos angustia. Utiliza la respiración y termina con un nivel de ansiedad de 7.</p>	<p>objeto de la tarea anterior el paciente logra, identificar los episodios que le causan estrés, y darse cuenta de que él puede cambiar la conducta con la técnica de respiración diafragmática y con las actividades que ejerce tomando más control de sus emociones.</p>	<p>de poder vencer y dividir los factores ansiosos, aún siente ansiedad, la intensidad de esta ha variado sintiendo en ese momento un 6</p>	<p>respiración, con el fin de vencer el miedo a participar y vencer su miedo.</p>
--	----------------------------------	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--

Tabla 6
Programa de intervención

Objetivo: Fortalecer el control emocional, autoestima y habilidades de comunicación para manejar la ansiedad en situaciones desafiantes, facilitando una participación más activa y relajada en entornos estresantes.					
Sesión	Actividad en la terapia	Revisión de tarea	Forma de evaluación	Actitud del paciente	Tareas
5	Revisión de tarea Autoestima y habilidades de comunicación. Respiración diafragmática	El paciente participó en clases con mucha ansiedad nivel 10 al levantar la mano, al empezar a hablar bajo a nivel 8 y cuando se dio cuenta que se le ponía atención su nivel de ansiedad se mantuvo en 6	Al exponer gradualmente al usuario a una actividad que le produce ansiedad se le enseña a poder controlarla.	Se muestra tranquilo, contento y orgulloso comenta que le daba mucha importancia de que todos lo vean pero esa perspectiva cambió, por lo que se siente muy relajado nivel de ansiedad 2	En consultorio se le pide al paciente se describa, como se ve hoy, manifestando que siente mejoría, que siente que puede controlar las emociones y puede comunicarse más con los demás y expresar lo que quiere decir.

Tabla 7
Programa de intervención

Objetivo: Reafirmar los logros, fortalezas y cambios positivos del paciente, motivándolo a mantener las técnicas aprendidas en terapia para seguir avanzando y mantenerse.					
Sesión	Actividad en la terapia	Revisión de tarea	Forma de evaluación	Actitud del paciente	Tareas
6	Retrospección de las sesiones.	El paciente cuenta que, debido al proceso	Se le reconoce al consultante sus logros,	Se le vio con una actitud positiva,	La tarea se realiza en sesión, donde el

Cambios logrados.	terapéutico, ha sentido más seguridad en él mismo, destacando que ha logrado tener más amigos y jugar futbol con ellos deporte que le fascina.	se le motiva a continuar con la respiración diafragmática y las herramientas utilizadas en las sesiones para reafirmar su progreso.	motivado y no presenta los síntomas iniciales por los que inicio consulta.	consultante logra ver que una de sus fortalezas es la habilidad de investigación, su nivel de comunicación ha ido en aumento, a logrado gestionar más su tiempo, y siente orgullo por su desarrollo profesional, aunado a que menciona que sus calificaciones han mejorado.
-------------------	--	---	--	---

RESULTADO Y SEGUIMIENTO

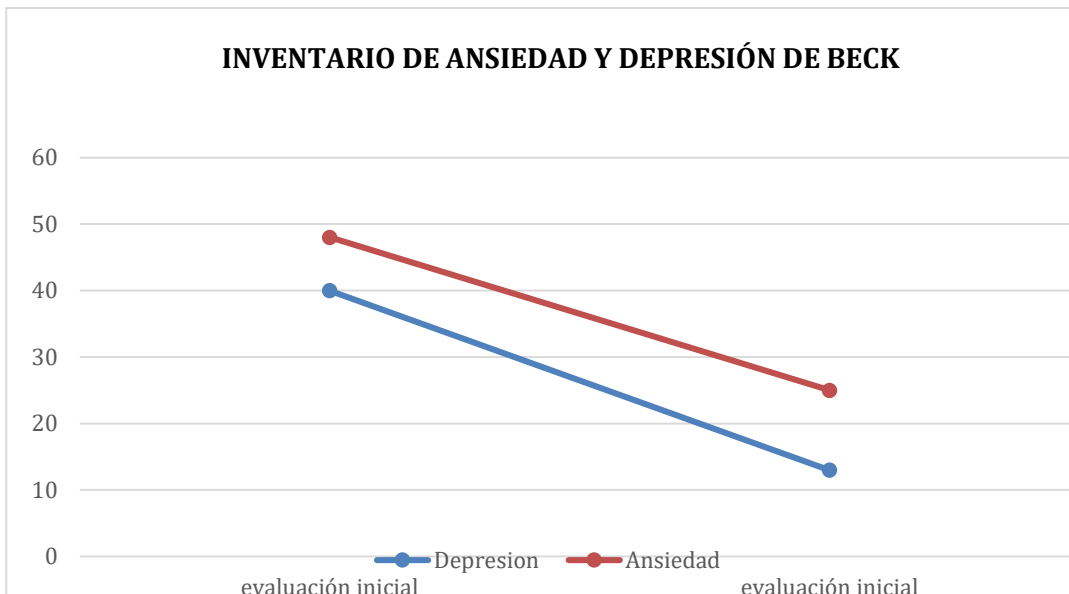
En el marco de la terapia breve, tras la evaluación inicial y la definición de objetivos a corto plazo, la intervención con él consultante se centró en reducir sus niveles de ansiedad. Se implementó un "diario personal" para registrar pensamientos y emociones, junto con entrenamiento en auto instrucciones, relajación y respiración diafragmática. El consultante recibió entrenamiento para controlar pensamientos dominantes, se trabajó en estrategias de estudio para abordar sus dificultades de concentración y rendimiento académico.

Se aplicaron técnicas de entrenamiento de autoestima y habilidades de comunicación, incluyendo ensayos de roles en situaciones sociales. Se hizo hincapié en la evaluación negativa anticipada y en las emociones de vergüenza y miedo al ridículo. La comunicación terapéutica fue esencial, utilizando estrategias como la escucha, empatía, confrontación de sesgos cognitivos, validación y reforzamiento de pensamientos alternativos. Se promovió una percepción más positiva de sí mismo y de sus problemas, fomentando un afrontamiento alternativo y la responsabilidad del consultante en sus acciones y decisiones.

La alianza terapéutica y la disposición al cambio del consultante, fueron elementos clave, cuidadosamente revisados y consensuados. Se realizaron intervenciones focalizadas en eventos específicos, como una crisis de pánico en el instituto, abordándolos con explicaciones y técnicas previamente entrenadas. Además, se exploraron temas no planificados, como el consumo de alcohol, utilizando psi coeducación para abordarlos.

La terapia buscó normalizar y validar las dificultades del consultante dentro del proceso de construcción de su identidad. Destacando la importancia de la alianza terapéutica y la disposición al cambio, se lograron buenos resultados en cada sesión, incluso cuando se exploran aspectos no anticipados, como la solicitud de para formalizar su relación amorosa con su compañera sexual.

Grafica1
 Resultados de Pre-Post test



Los datos del inventario de Beck indican una mejoría significativa en el estado del consultante antes y después del tratamiento. Antes de la intervención, presentaba un puntaje de 40 en el Inventario de Depresión de Beck, clasificado como nivel grave de depresión, y 48 en el Inventario de Ansiedad de Beck, indicando un nivel grave de ansiedad. Después del tratamiento, se observa una notable mejoría, con una reducción de 27 puntos en la depresión y 23 puntos en la ansiedad. Grafica 1

En el post-tratamiento, el puntaje en el Inventario de Depresión de Beck es de 13, lo que refleja un nivel mínimo de depresión, en el Inventario de Ansiedad de Beck, donde obtuvo un puntaje de 25, indicando un nivel de ansiedad moderado. Estos resultados sugieren una disminución significativa en los niveles de depresión y ansiedad después de la intervención, lo que sugiere una respuesta positiva al tratamiento.

Los hallazgos y beneficios obtenidos con el consultante son:

- Reducción significativa de la ansiedad, especialmente durante las actividades recreativas y de participación en clases.
- Mejora en el control de emociones y ansiedad a lo largo de las sesiones.
- Uso efectivo de la técnica de respiración diafragmática para reducir la ansiedad en momentos críticos.
- Aumento en la autoestima y habilidades de comunicación.
- Identificación de pensamientos irracionales y desencadenantes de la ansiedad.
- Reconocimiento y aprovechamiento de fortalezas personales, lo que ha generado un aumento en su seguridad.
- Mayor integración social, evidenciada por un aumento en amistades y mejora en el rendimiento deportivo.
- Abstención total del consumo de alcohol

DISCUSIÓN

La evaluación global de la intervención refleja resultados positivos, tal como lo indican los resultados que han evidenciado una disminución significativa del malestar del consultante y la consecución efectiva de los objetivos planteados. Se logró mitigar la interferencia del malestar en diversos aspectos de su vida, incluyendo el funcionamiento psicológico, escolar y social. En el análisis de la intervención, se destaca su enfoque comprensivo e integrador, caracterizado por la combinación e integración de estrategias y técnicas del TCC, adaptadas a las necesidades específicas del consultante.

A lo largo del tratamiento, se implementó el abordaje cognitivo para tratar el miedo al fracaso, técnicas emocionales para gestionar la preocupación y la ansiedad, estrategias conductuales para el afrontamiento directo e interpersonal, así como mejoras en las habilidades interpersonales. Todo este proceso se enmarca en la comprensión y promoción positiva de los procesos propios de un joven adulto, centrándose en el desarrollo de la identidad basado en la autovaloración y la delimitación del auto concepto.

La efectividad de la intervención se ve respaldada por la sólida alianza terapéutica y la alta disposición del consultante hacia el cambio. Es crucial destacar el papel fundamental desempeñado por el control de la preocupación y su manejo en la mejora del malestar, especialmente en un caso de ansiedad generalizada. Autores como Barlow (2002) y Borkovec (1994) han conceptualizado la preocupación como un mecanismo de alivio a corto plazo que contribuye al mantenimiento futuro de la ansiedad. Considerando este mecanismo, la promoción

de estrategias de regulación alternativas y el abordaje directo de la preocupación y sus mecanismos mantenedores se revelan como componentes esenciales en el diseño de cualquier intervención destinada a este tipo de casos (Carro, 2015).

Es imperativo ejercer cautela en la valoración de los resultados y planificar un seguimiento adecuado, donde las recaídas sean consideradas como elementos esenciales para la comprensión continua del problema y su abordaje futuro. Cabe señalar que el usuario ha logrado abstenerse del consumo de alcohol y ha experimentado beneficios al retomar su pasión por el fútbol, la cual le ha brindado una vía positiva de expresión y distracción.

Competencias Adquiridas

Las competencias adquiridas en esta intervención:

Evaluación Inicial y Objetivos a Corto Plazo: se desarrollaron habilidades para realizar una evaluación inicial, identificando las áreas problemáticas y establecer objetivos a corto plazo.

Intervención Centrada en la Ansiedad: Se implementaron estrategias específicas para abordar la ansiedad de E, incluyendo el uso de un diario personal, técnicas de respiración diafragmática y entrenamiento en auto instrucciones.

Manejo de Pensamientos Irracionales: Se trabajó en la identificación y manejo de pensamientos irracionales contribuyentes a la ansiedad, promoviendo una reestructuración cognitiva.

Desarrollo de Autoestima y Habilidades de Comunicación: Se utilizó ensayos de roles y otras técnicas para mejorar la autoestima y las habilidades de comunicación del consultante donde se abordaron temas como la evaluación negativa anticipada y las emociones de vergüenza.

Alianza Terapéutica: Se enfocó en construir y mantener una sólida alianza terapéutica con E, evaluando constantemente su disposición al cambio y adaptando la intervención en consecuencia.

Focalización en Eventos Específicos: Se llevaron a cabo intervenciones focalizadas en eventos específicos, como una crisis de pánico en el instituto, utilizando explicaciones y técnicas previamente entrenadas.

Normalización y Validación de Dificultades: La terapia buscó normalizar y validar las dificultades de “E” dentro del proceso de construcción de su identidad, destacando la importancia de la percepción positiva de sí mismo.

Programa de Intervención Estructurado: Se diseñó un programa de intervención con objetivos específicos, actividades en la terapia, evaluación de resultados y tareas para el paciente.

Comparativa de Resultados: Se realizaron evaluaciones comparativas de los resultados, utilizando instrumentos como el Inventario de Beck para la depresión y la ansiedad, demostrando una mejora significativa en los niveles de malestar de E.

Habilidades y Recursos de” E”: Se identificaron las habilidades y recursos personales de E, como su interés en aprender piano, capacidad para tomar

decisiones y su actitud positiva. Se tuvo en cuenta su red de apoyo y el ambiente familiar saludable.

En resumen, el programa de intervención resultó efectivo debido a los objetivos propuestos, y competencias que se adquirieron con la experiencia del caso en la evaluación e intervención específica para la ansiedad, manejo de pensamientos irracionales, desarrollo de la alianza terapéutica, focalización en eventos específicos y diseño de un programa de intervención estructurado, contribuyendo significativamente a la mejora del bienestar de "E".

Propuesta de Intervención para Estudiantes Universitarios con Trastorno de Ansiedad Generalizada

La intervención enfocada en reducir la ansiedad en estudiantes universitarios puede ser vital para su bienestar emocional y académico. Un abordaje efectivo podría incorporar elementos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y el modelo ABC de Albert Ellis. Estas metodologías permiten identificar y desafiar pensamientos irracionales y sesgos cognitivos asociados con la ansiedad, con el objetivo de promover un manejo emocional más saludable.

Importancia de Atender Casos de Ansiedad en Estudiantes Universitarios

Los trastornos de ansiedad, como la ansiedad generalizada, pueden afectar significativamente el rendimiento académico y la calidad de vida de los estudiantes universitarios. Abordar estos problemas no solo mejora el bienestar mental, sino que también fortalece la capacidad de los estudiantes para afrontar los desafíos

académicos y sociales, fomentando un entorno universitario más saludable y productivo.

Reflexión para Futuros Psicólogos

Es esencial reconocer la importancia de implementar estrategias efectivas de intervención para trastornos de ansiedad en estudiantes universitarios. La combinación de métodos como la TCC y el modelo ABC de Albert Ellis ofrece herramientas valiosas para comprender y abordar los desencadenantes emocionales y cognitivos. Además, la flexibilidad en la intervención es clave, ya que a menudo se presentan desafíos no anticipados que requieren adaptaciones en el enfoque terapéutico.

La atención temprana a la ansiedad en estudiantes universitarios puede no solo mejorar su bienestar actual, sino también equiparlos con habilidades emocionales y cognitivas cruciales para enfrentar desafíos futuros. Los futuros psicólogos deben estar preparados para integrar enfoques innovadores y adaptables, ajustándose a las necesidades individuales y promoviendo una salud mental positiva en entornos académicos.

REFERENCIAS

- Alomoto, L. y G., (2018). Asociación entre el apoyo social y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de primer nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sedes Quito Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16911/TESIS%20FINAL.%20ORG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychological Association [APA] (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- Arco, J., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad eficacia del modelo “la Cartuja”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), pp. 589-608. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705310.pdf>
- Ardila, R. (2013) *Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913*, Revista Latinoamericana de psicología vol 45, num 2, pp 315-319, Fundación Universitaria Konrad Lorenz. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80528401013.pdf>
- Bados A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Editorial Síntesis, S.A.
- Bahamon, M., y Alarcon, y., (2018) *Diseño y validación de una escala para evaluar el riesgo suicida (ERSP) en adolescentes colombianos*.
- Basile, S., Carrasco M. y Martorell, J. (2015). *Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <https://eds-s->

ebscohost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b4e77758-b7c5-486b-8749-660724b519ea%40redis

Beltran M, Freyre M., y Hernández L. (2012). El inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001

Beyebach, M., (2015). La Terapia Sistémica Breve como terapia de tercera generación. Prólogo a (García, F.E. y Schaefer, H) *Manual de técnicas de psicoterapia breve*.

Blanco J., Ornelas M., Barrón J., y Rodríguez J., (2017). *Estructura factorial del Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizada en Universitarios Mexicanos*.

Universidad Autónoma de Chihuahua.

<https://www.scielo.cl/pdf/formuniv/v10n5/art08.pdf>

Burgos, M., y Graña J.,(2019) *Trastorno de Ansiedad Generalizada Según el Modelo Intolerancia a la Incertidumbre de Duglas*; Caso clínico, Facultad de psicología Universidad Complutense de Madrid.

Cabezas H., y Lega, L., (2006) *Relación empírica entre la terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense*, Universidad de Costa Rica.

<https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>

Carro de Francisco, C & Sanz, R (2015) *Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico*.

<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n3/original5.pdf>

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los Trastornos psicológico*. Impresión EFCA, S.A.

Clark, D., & Beck (2010) *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, Ciencia y práctica*, Cognitive Terapy of Anxiety Disorders, The guilford Press.

https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

Díaz, C. & Santos L. (2018). *La Ansiedad en la Adolescencia*. RQR Enfermería Comunitaria (revista SEAPA). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de la Rioja.

<https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/9488?mode=full>

Diaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2017) *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo conductuales*, biblioteca psicología Desclée de Brouwer

Ellis, A. (1991). The ABC's of RET. *The Humanist*, 51, 19-49.

[https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453ed%20snp55rrgict55\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1211009](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453ed%20snp55rrgict55))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1211009)

González, A.G., Negrin F.C y Suárez S.D. (2020) *Eficacia de la terapia de Activación Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión sistemática*

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20518/Eficacia%20de%20la%20Terapia%20de%20Activacion%20Conductual%20en%20el%20Trastorno%20de%20Ansiedad%20Generalizada%20Una%20revisi%20n%20sistem%20tica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González, K. (2018). Diseño de Análisis Funcional. *Unidades de Apoyo para el*

Aprendizaje. CUAED/FES Iztacala-UNAM. https://repositorio-uapa.cuaieed.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/1739/mod_resource/content/12/Contenido/index.html

Moreno, A. (2012) *Terapia Cognitivo-conductuales de tercera generación (TIG) la atención plena/mindfulness*, *Revista internacional de psicología*

<https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2014/08/Mindfulness.pdf>

Nezu, Nezu y Lombardo (2004) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos-conductuales, un enfoque basado en problemas*.

Puerta, J., y Padilla D. (2011) *Terapia Cognitivo - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte* pp.254-257

Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S., (2009) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, Organización Panamericana de la salud.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>

Rodríguez, R. & Vetere, G, (2011). *Manual de los Trastornos de ansiedad*. Plemos.

Valles, M. (2023). *Estudio de Caso sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Máster en Psicología General Sanitaria, Universidad Europea Madrid.

https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4957/tfm_MariaVallesCarrillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vinaccia, S. & Ortega, A. (2020). *Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios*. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

ANEXOS Y/O APÉNDICES



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL CHIMALHUACÁN**

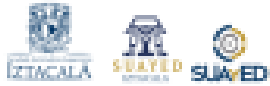
Formato de Consentimiento Informado para dar Asistencia Psicológica Presencial

Yo _____, doy consentimiento para participar en asistencia psicológica clínica presencial y estrictamente confidencial, de forma gratuita, los días _____ en el horario _____, siendo semanal, y con duración de una hora, en el centro de simulación de la carrera de medicina ubicado en el segundo nivel del edificio D de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la UAEMex.

Una copia de este Consentimiento Informado me será entregado. Asimismo, debo entregar una copia de mi credencial de elector por ambos lados, ya sea como paciente, o tutor de un menor o persona vulnerable (Art. 450 del Código Civil Federal), con el fin de corroborar que la firma que aparece en ésta, coincida con la que se plasme en este consentimiento.

Asimismo, **ENTIENDO** lo siguiente por asistencia psicológica en modalidad presencial:

- 1) Que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios de los programas futuros a los que tendría derecho.
- 2) Que recibiré orientación de manera presencial mediante la aproximación conductual, o cognitivo conductual.
- 3) Que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos pertenecientes a esas sesiones serán confidenciales y no podrán ser divulgadas a nadie, sin la autorización por escrito del paciente, o bien, por su representante o familiar más cercano, en caso de que se trate de un menor de edad o de una persona que pertenezca a un grupo vulnerable (**Artículo 450 del Código Civil Federal**), excepto cuando la divulgación esté permitida y/o requerida por la ley.
- 4) Que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información psicológica protegida, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, notificación obligatoria de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo o para otros; planteamiento de la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal).
- 5) Por otra parte, aunque en un inicio se haya considerado que mi caso se pudiera atender de manera presencial, podría suceder que a lo largo del tiempo esta condición se modifique, y si el psicólogo/a o los psicólogos/as encargados/as determinan en algún momento, que la atención psicológica en esta modalidad es



inadecuada para mi bienestar y los beneficios obtenidos, entonces podrán interrumpirla y plantear otras opciones, como terapia a distancia con las debidas precauciones de canalización a otro tipo de servicios profesionales

8) Mi asesor psicológico puede necesitar comunicarse con mi contacto de emergencia proporcionado, y/o a las autoridades apropiadas en caso de una emergencia. Asimismo, trabajaré con mi terapeuta para identificar un medio de comunicación alternativo, como el teléfono o correo electrónico

9) Yo, como paciente, me haré responsable de asistir a mis sesiones en los horarios señalados o avisar por lo menos con 24 horas de antelación si no me es posible acceder a la asistencia, con la finalidad de re-agendar el servicio.

Protocolo de emergencia

El terapeuta necesita saber su ubicación en caso de emergencia. Usted, como paciente, se compromete a informarle de la dirección donde se encuentra al inicio de cada sesión. También se requiere saber quién será su persona de contacto a quien pueda llamarse en su nombre; esto solo en una emergencia que ponga en riesgo su vida o su seguridad. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de una emergencia, declaro como paciente, que mi ubicación es: _____ y el nombre, dirección y teléfono de la persona de contacto de emergencias es:

Nombre _____

parentesco: _____ teléfono: _____

He leído la información proporcionada anteriormente y la hablé con mi terapeuta. Entiendo y estoy de acuerdo con la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del cliente / padre / tutor legal _____ Fecha _____

Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Firma Testigo 1 _____

Esta información se proporciona como un servicio a los miembros y la comunidad de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la UAEMex, con fines educativos, de atención a la salud e informativos únicamente y no constituye asesoramiento legal. La transmisión de la información no tiene la intención de crear casos, ya que estos, sus expedientes y archivos son propiedad de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la UAEMex, y su recepción no constituye una relación terapeuta-particular-cliente, o entre esta institución y usted.



SCREENING

No. de Expediente: _____

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Carrera: _____

Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Zona donde vive: _____

Religión: _____

Además de estudiar ¿Trabaja? _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

Quiénes conforman tu familia de origen (explorar datos sobre padres, hermanos y si tiene hijos, sobrinos etc.):

Relaciones familiares (cercanas, lejanas, distantes, nulas, afectivas, o deterioradas):

Actualmente con quién vives (bajo el mismo techo):

MOTIVO DE CONSULTA

¿Cuál es la problemática que te llevó a solicitar el servicio?

¿En qué momentos se presenta o presentó la problemática?

En una escala del 0 al 10, ¿qué tan grave es el problema? (donde 0 es nada grave y 10 muy grave).

En una escala del 0 al 10, ¿En qué grado el problema afecta sus relaciones familiares? (donde 0 es poco y 10 muy grave).

En una escala del 0 al 10, ¿En qué grado el problema afecta su relación de pareja? (donde 0 es poco y 10 muy grave).

En una escala del 0 al 10, ¿En qué grado el problema afecta sus relaciones de amistad? (donde 0 es poco y 10 muy grave).

En una escala del 0 al 10, ¿En qué grado el problema afecta sus actividades escolares? (donde 0 es poco y 10 muy grave).

En una escala del 0 al 10, ¿En qué grado el problema afecta sus actividades laborales? (donde 0 es poco y 10 muy grave).

¿En qué momento identifica el inicio del problema?

¿Qué situaciones o condiciones estaba experimentando?

¿Cuál es tu reacción cuando surge el problema? (antes durante y después)

¿Qué pensamientos presentas? (antes durante y después)

¿Qué sientes en tu cuerpo cuando atraviesas por el problema? (antes durante y después)

¿Qué emociones identificas al momento del problema? (antes durante y después)

¿Qué conductas identificas al momento del problema? (antes durante y después)

Con el paso del tiempo, ¿la situación problemática se ha modificado?

¿Qué ha intentado para resolver el problema (qué ha funcionado y qué no ha funcionado)?

Anteriormente a este problema, ¿ha llegado a presentar otra dificultad igual de intensa (cuál, describirla)?

Por estos problemas ¿Ha recibido tratamiento anteriormente (médico, psiquiátrico, naturista, psicológico o alternativo)?

HISTORIA CLÍNICA

¿Presenta alguna enfermedad crónica o discapacidad? _____

¿Ha tenido accidentes, cirugías o traumatismos físicos? _____

¿Presenta o ha presentado alguna enfermedad que considere significativa? _____

Consumo tabaco (explorar cantidad y frecuencia semanal) _____

Consumo bebidas alcohólicas (explorar cantidad y frecuencia semanal) _____

Consumo algún tipo de medicamento para dormir (identificar qué medicamento, dosis y la forma de consumo) _____

Consumo algún tipo de droga (tipo, cantidad y frecuencia) _____

SINTOMATOLOGÍA

En caso de las mujeres, explorar alteraciones hormonales, regularidad en su regla, frecuencia y abundancia de sus periodos, o que hayan tenido hijos, como fue su embarazo, aborto y/o parto

¿Presenta más de una vez por semana dolores en alguna parte de su cuerpo? (estómago, espalda, cabeza, articulaciones, pecho, cuello, etc.)

En el último mes, ¿ha experimentado molestias digestivas constantes? (vómito, reflujo, inflamación, acidez, náuseas, diarrea, estreñimiento, etc.)

En el último mes, ¿ha experimentado de manera recurrente (dos o más veces por semana) alguno de los siguientes síntomas...?

Taquicardia	
Sudoración	
Temblores	
Falta de aire	
Boca seca	
Ahogo	
Mareos	
Desmayos	
Sofocación	
Escalofríos	
Opresión del pecho	
Hormigueo	
Adormecimiento	
Parálisis	

En los últimos tres meses, ¿ha experimentado de manera recurrente (dos o más veces por semana) alguno de los siguientes síntomas...?

Tensión muscular	
Jaqueca	
Fatiga General	
Problemas en la piel	
Llanto	
Ataques de ira	
Irritabilidad	
Agobio	
Procrastinación	
Ansiedad	
Dificultad para relajarse	
Sobre exigencias	
Tristeza	
Confusión	
Sentimientos de inferioridad	

En los últimos tres meses, ¿ha experimentado de manera recurrente (dos o más veces por semana) alguno de los siguientes síntomas...?

Muy cansado	
Menos o más apetito	
Alteraciones en su peso	
Insomnio	
Hipersomnía	
Lentitud motriz	
Poca concentración	
Poca energía	
Anhedonia	
Desinterés por sexo	
Periodos de depresión	
Desinterés por tu aseo	

En los últimos seis meses, ¿Has tenido pensamientos sobre la muerte (describir la situación)?

En algún momento de tu vida, ¿Has tenido pensamientos recurrentes sobre la muerte (describir la situación)?

En algún momento de tu vida, ¿Te has autolesionado? (describir la situación, frecuencia, intensidad, gravedad, etc.)?

En los últimos seis meses, ¿Has tenido ideas de quitarte la vida (describir cómo, ¿dónde, por qué, etc.)?

En algún otro momento de tu vida, ¿Has tenido ideas de quitarte la vida (describir cómo, ¿dónde, por qué, etc.)?

En algún otro momento de tu vida, ¿Has tenido intención de quitarte la vida (describir cómo, ¿dónde, por qué, etc.)?

En algún otro momento de tu vida, ¿Has intentado quitarte la vida?

¿Amigos o familiares han atentado contra su vida?

En algún otro momento de tu vida, ¿has recibido violencia, abuso o acoso? (Sí, no, de qué tipo)

OBJETIVOS DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Las hipótesis nos indican lo que estamos buscando o tratando de probar y pueden definirse como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a manera de proposiciones* (Hernández, 2010). Hipótesis del caso

Expectativas del servicio por parte del usuario

Objetivo de la asistencia psicológica (objetivo terapéutico):

Determinar si es un caso para canalización (en caso afirmativo fundamentar los motivos)

OBSERVACIONES

Actitud de usuario

Cuidado personal del usuario

Otras observaciones importantes

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Puntaje Total: _____

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Fecha de Elaboración:

Nombre (s):

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre las cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor conteste simplemente con un sí o no.

1	¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9	¿Está deprimido ahora?	SI	NO
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

Puntaje total:

FIRMA DEL(A) PPL

Observaciones u otros datos significativos:

APLICADOR:

NOMBRE Y APELLIDO

INSTRUCTIVO DE LA ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

1. Indicaciones:

Evaluación del riesgo suicida. En salud mental se utiliza por parte del clínico para un diagnóstico inicial o bien para evaluar la mejoría obtenida en relación al riesgo detectado durante el ingreso de la persona a la institución.

2. Administración:

Instrumento autoadministrado, consta de 15 ítems, con respuestas Sí, NO.
Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos.
La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 15.

3. Interpretación:

A mayor puntuación, mayor riesgo.
Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

4. Codificación:

- CIE11**
 - MB23.R Intento de suicidio
 - MB26.A Ideación suicida
 - QC4B Antecedentes personales de lesión auto infligida intencionalmente
- DSMV** Trastorno de comportamiento suicida.

5. Propiedades psicométricas:

Consistencia interna: Alfa .90
Fiabilidad test -retest: 0.89;
Sensibilidad y especificidad del 88% para un punto de corte en 6.

* **Observaciones u otros datos significativos:** Registrar información complementaria respecto a las respuestas significativas. { **Vgr:** 13.- *¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? Profundizar en relación a cuando, porque, para que, etc. o* 15.- *¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? Verificar antigüedad del intento, modalidad del mismo, motivación del acto, situación por la cual el resultado no fue el que la persona entrevistada esperaba* }.