

La precepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento

Moreno Andrade, María de Lourdes

2014

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1197>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por la
Secretaría de Educación Pública

RVOE SEP-2.2.1.1-DNEP/662/02 DE FECHA 17 DE JULIO DE 2002



LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU TERAPEUTA EN LA PRIMERA ENTREVISTA, EL NÚMERO DE SESIONES QUE ASISTEN LOS PACIENTES Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA

presenta

MARÍA DE LOURDES MORENO ANDRADE

Puebla, Pue.

2014

INDICE

RESUMEN

	Pág.
Definición de términos	2

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes	4
Justificación	6
Planteamiento del problema	7
Hipótesis	8
Objetivos	9
Importancia del estudio	9
Limitaciones del estudio	11

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. LA PSICOTERAPIA, LA TERAPIA BREVE Y LA CONSEJERÍA

¿Por qué es importante distinguir entre las tres?	13
¿Qué es la psicoterapia?	13
Definiciones de psicoterapia	14
Aspectos en común de las definiciones de psicoterapia	17
¿Qué es la terapia breve?	18
Definiciones de terapia breve	19
Aspectos en común de las definiciones de terapia breve	21

¿Qué es la consejería?	22
Definiciones de consejería	22
Aspectos en común de las definiciones de consejería	25
Semejanzas y diferencias entre psicoterapia, terapia breve y consejería	
Aspectos en común entre la psicoterapia, la terapia breve y la consejería	26
Diferencias entre la psicoterapia, la terapia breve y la consejería	26
Conclusión	31

CAPITULO III. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

¿Existe relación entre el número de sesiones y la mejoría de los pacientes?	32
¿A que se deben los resultados en psicoterapia?	33
Los factores comunes	35
Las variables del paciente y los factores extraterapéuticos	36
Los factores de la relación paciente terapeuta	37
Las expectativas y el efecto placebo	38
Las técnicas psicoterapéuticas	39
Conclusión	40

CAPITULO IV. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE – TERAPEUTA Y LA ASISTENCIA A LAS SESIONES

La percepción del paciente hacia su terapeuta y la asistencia a sesiones	42
Conclusión	47

CAPITULO V. DEPRESIÓN

Definiciones de depresión	48
Clasificación de la depresión	49
Prevalencia de depresión	53
Importancia del diagnóstico y tratamiento de la depresión	54
Conclusión	56

CAPITULO VI. ANSIEDAD

Definiciones de ansiedad	57
Clasificación de la ansiedad	58
Prevalencia de ansiedad	60
Importancia del diagnóstico y tratamiento de la ansiedad	61
Comorbilidad	62
Conclusión	64

CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA

Escenario de investigación	66
Diseño de investigación	66
Participantes	67
Instrumentos y materiales	68
Procedimiento con los participantes	73
Procedimiento de análisis de resultados	74

CAPITULO VIII. RESULTADOS	76
CAPITULO IX. DISCUSIÓN	82
Referencias	87
Anexos	92

Resumen

Este trabajo se realizó en un Centro de Orientación Psicológica y se enfocó en la asistencia de los pacientes a las sesiones y la relación que tiene dicha asistencia con otras variables. Concretamente, el objetivo fue conocer la relación entre la asistencia de los pacientes a las sesiones y: A) el grado en que los pacientes percibieron a su terapeuta como experto y confiable en la primera entrevista, B) el grado de mejoría en síntomas ansiosos y depresivos, y C) el aumento en bienestar general (relaciones de amistad, actividades de diversión y relación familiar). Participaron 39 pacientes con edades entre 16 y 61 años, que asistían a sesiones semanales. De los 39 pacientes, sólo 19 cumplieron el contrato de asistir al menos a 12 sesiones. Se usó un instrumento válido y confiable para medir si en la primera entrevista el paciente percibió como experto (7 items, Alfa de Cronbach= .81) y confiable (10 items, Alfa de Cronbach = .83) a su terapeuta. También se emplearon los inventarios de depresión y ansiedad de Beck que tienen datos de confiabilidad y validez en población mexicana. Además se construyeron reactivos para esta investigación con el fin de evaluar el bienestar global en distintas áreas de la vida. Por ejemplo: "A causa de mis problemas, mis relaciones familiares están siendo afectadas..." y el participante elegía alguna de las siguientes: nada, casi nada, poco, regular, mucho, muchísimo. Se evaluó a los participantes en la sesión 1, 4, 8, y 12. Como resultado, se encontraron correlaciones bajas y no significativas entre la asistencia de los pacientes a las sesiones y el grado en que se percibió al terapeuta como experto ($r = -.001$) y confiable ($r = -.215$). En los 19 pacientes que asistieron a 12 o más sesiones se observó mejora significativa en depresión y ansiedad. En la primera sesión la depresión y ansiedad fueron en promedio de 15.63 y 39.16, respectivamente; mientras que en la sesión 12 la depresión fue de 5.95 y la ansiedad de 26.79. En cuanto al bienestar general, se observó mejora significativa en la vida social (mejores relaciones de amistad), actividades de diversión en ratos libres y la relación familiar en general. En síntesis, aunque no se observó relación entre mayor asistencia a las sesiones y la percepción de que el terapeuta fue experto y confiable, los pacientes que asistieron al tratamiento completo mejoraron significativamente en distintas áreas.

Definición de términos

ANSIEDAD. Un sentimiento con aspectos tanto psicológicos como fisiológicos. Por lo general, un estado emocional desagradable que está acompañado por la excitación fisiológica y los elementos cognitivos de aprensión, culpabilidad y una sensación de desastre inminente. Se distingue del temor, que es una reacción emocional hacia un objeto específico o que se puede identificar (Sarason & Sarason 1996).

CONSEJERIA. Se entenderá como una relación de ayuda que no siempre es otorgada por un psicólogo pero si alguien entrenado que provoca resultados en tiempo relativamente breve. Se centra en tres dimensiones que son etapas, habilidades y asuntos para ayudar en el dominio afectivo, conductual y cognitivo y, también en el aprendizaje de tipo cognitivo emocional, mejorando la autoestima, el autoconocimiento y la comunicación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Requerimiento para los pacientes se les deben proporcionar la información adecuada acerca de los beneficios y riesgos de los tratamientos planeados antes de que accedan a los procedimientos (Sarason & Sarason 1996).

DEPRESIÓN. Resultado de la interacción entre características biológicas y vulnerabilidades fisiológicas de una persona y su frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida (Akiskal, 1985).

ENTREVISTA. Trata de determinar las razones por las que el cliente pide ayuda, la situación actual del estado de ánimo del paciente y su punto de vista sobre la vida, los antecedentes del problema y cómo funciona el cliente en ese momento (Sarason & Sarason 1996).

NÚMERO DE SESIONES. Se entenderá como las veces que asiste a terapia un paciente.

PLACEBO. Sustancia inactiva e inerte que se presenta como remedio efectivo para algún problema con el objeto de determinar qué papel juega la sugestión en el cambio de los

síntomas (Sarason & Sarason 1996).

PSICOTERAPIA. Término general que se refiere a las técnicas psicológicas, verbales y expresivas que se utilizan para el tratamiento de la conducta inadaptada. El paciente trata de resolver los conflictos internos y modificar su comportamiento por medio de intercambios verbales con el terapeuta. El “insight” sobre los sentimientos y las conductas es el objetivo de la mayor parte de las psicoterapias (Sarason & Sarason 1996).

TERAPIA BREVE. Se entenderá como un manejo terapéutico en un tiempo de duración de 1 a 6 sesiones con un periodo máximo de un año. Con los objetivos bien claros y bien definidos en la primera sesión para lograr la meta en el tiempo sugerido. Los pacientes se involucran activamente con la terapia. El terapeuta debe llevar al paciente a soluciones rápidamente para lograr el objetivo de la sesión y la meta de la terapia. El enfoque es directo, activo y está orientado al presente y futuro. Normalmente se emplea en crisis y va dirigido a pacientes que no tomarían otro tipo de terapia.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se exploran los estudios antecedentes a la investigación, se plantea el problema a resolver explicando los propósitos de la misma, sus limitantes y las razones por las cuales se eligió el tema de tesis, pretendiendo dejar claros los principales conceptos que se manejarán dentro de la investigación.

Este estudio aborda tres aspectos importantes como son: la percepción que el paciente tiene de su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones a las que asisten dichos pacientes y el resultado del tratamiento que se llevó a cabo con cada uno.

Antecedentes

Existen diversos estudios sobre los resultados del tratamiento psicoterapéutico realizados en otros países y al revisar la literatura uno de los trabajos más relevantes sobre este tema es el Dr. Michael J. Lambert quien en 1992 menciona que existen algunos factores comunes que intervienen en cualquier proceso terapéutico no importando el modelo de psicoterapia que se trate y que dichos factores influyen de manera directa en los resultados de la psicoterapia obteniendo la mejoría del paciente. En este estudio (Lambert, 1992) menciona cuatro factores principales: las variables del paciente y los elementos extraterapéuticos, los factores comunes de los distintos enfoques, el elemento placebo y las expectativas del paciente y finalmente las técnicas que caracterizan a cada enfoque.

Otros autores que se interesaron en el tema de los resultados en psicoterapia fueron Hubble y sus colaboradores (1999) quienes se dieron a la tarea de revisar investigaciones de otros autores, que se habían realizado a lo largo de varias décadas de investigación sobre este tema, lo más relevante que hallaron fue que el paciente

tiene una importante contribución en el resultado, al igual que la relación paciente – terapeuta, seguido por el efecto placebo y las técnicas utilizadas.

En el estudio realizado por Alcázar (2007), se investigó sobre la percepción del paciente en la primera entrevista. El estudio fue realizado en marzo y abril de 2004 en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. El doctor Alcázar (2007) menciona que:

De acuerdo con lo expuesto en la revisión de la literatura, la percepción que se forman mutuamente el paciente y el terapeuta puede relacionarse con la asistencia a sesiones subsecuentes. Por otra parte, en la investigación de resultados en psicoterapia, la relación paciente-terapeuta es un componente determinante en el proceso psicoterapéutico (p. 60).

Para este estudio se empleó un instrumento llamado Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta que se construyó para esta investigación y que mide la percepción del paciente hacia su terapeuta.

Los resultados obtenidos son que la percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta es más significativa que en los pacientes que asisten a la siguiente sesión con respecto a los que no asisten. Las medias de los puntajes de los pacientes que sí asistieron (Media = 61.68) son mayores en comparación con las de que no asistieron (Media = 57.75) lo cual indicó que se presentó mayor percepción de agrado cuando el paciente asistió a la siguiente sesión.

Otro estudio tomado en cuenta fue el realizado Howard y otros (1986) en donde se estudió el tiempo de tratamiento y el beneficio del paciente en un meta-análisis que abarcó 2400 pacientes durante 30 años de investigación. Estos autores concluyeron que del 10% al 18% de los pacientes habían mostrado algo de mejoría antes de la primera sesión de psicoterapia y que para la sesión 8 se esperaba que del

48% al 58% de los pacientes tuviera mejoría medible, se sabe que ningún tratamiento es 100% efectivo. Otro resultado fue que el 50% de los pacientes que mejoraron en aproximadamente 8 a 13 sesiones de tratamiento tenían un diagnóstico de ansiedad y depresión.

Otra investigación tomada en cuenta para este estudio es la realizada por Spielberger & Reheiser (2009) ellos mencionan que “las emociones motivan el comportamiento y que tiene un gran impacto sobre la salud y el bienestar psicológico” (p. 271). Prosiguen diciendo que la ansiedad y la depresión son los signos de bienestar psicológico en el ser humano, haciendo una analogía a cuando un médico mide el pulso y la temperatura. Si el médico encuentra que el pulso y la temperatura están fuera de rango normal esto le advierte que algo anda funcionando mal en el organismo. Las variaciones en la intensidad y la duración de estas emociones (ansiedad y depresión) proporcionan información valiosa sobre la salud mental de una persona y nos dan orientación para ayudarla. De esta manera, los autores mencionan que la ansiedad se encuentra en casi todos los trastornos emocionales. Y que la depresión es vista como “el resfriado común de los problemas de salud mental, que no distingue edad ni estrato socio económico” (Rosenfeld, 1999, p. 10).

Justificación

La presente investigación pretende contestar las interrogantes propuestas en el planteamiento del problema. El beneficio puede ser fincar un precedente para los investigadores interesados en este tema. No intenta ser una investigación exhaustiva, pero sí dar la pauta para futuras investigaciones en otros escenarios similares. Este trabajo pretende dar respuesta de forma medible a las preguntas de investigación. El beneficio práctico que se plantea puede ser la réplica del estudio en lugares que proporcionen el servicio de psicoterapia o en la misma práctica privada, de la mano

con otros profesionales interesados en evaluar los resultados del tratamiento y así como la percepción que tiene el paciente de su proceso.

Utilizar factores cuantificables que corroboren la disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva y los problemas en general y, que sirva como apoyo a la literatura encontrada y para dar pauta a nuevas investigaciones en otras áreas no examinadas. El beneficio teórico que puede ofrecer la investigación es agrandar la literatura en idioma español, pero principalmente fomentar la investigación en México sobre este valioso tema. En cuestión a la utilidad metodológica, se recurrieron a dos instrumentos hechos para esta investigación que en futuras investigaciones puede utilizarse, buscando la validez y confiabilidad de los mismos.

Planteamiento del Problema

Como se ha visto anteriormente es importante llevar a cabo este estudio, ya que existen pocas investigaciones en México acerca de la percepción del paciente hacia su terapeuta y la literatura revisada indica que hay relación entre la importancia de la percepción de paciente hacia su terapeuta en el resultado del tratamiento. Otro tema con pocos estudios locales es el estudio del resultado del tratamiento. En esta investigación en particular se pretende observar el resultado obtenido para la disminución en ansiedad, depresión y problemas en general. Otra cuestión que pretende responder la presente tesis es, sí los pacientes que perciben a su terapeuta como más experto y confiable en la primera sesión van a asistir a más sesiones. Específicamente, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿La percepción del paciente acerca de su terapeuta se asocia con asistir a un mayor número de sesiones?

¿La asistencia del paciente a un mayor número de sesiones hace que el resultado del tratamiento sea la disminución de ansiedad?

¿Los pacientes que acuden a más sesiones de terapia disminuyen en mayor medida su sintomatología depresiva?

¿La disminución de los problemas en general de los pacientes se debe a una mayor asistencia a sus sesiones de terapia?

Por lo tanto la investigación se centró en dos cuestiones: 1) la percepción del paciente y su asistencia a más sesiones y 2) el número de sesiones y los resultados del tratamiento.

Hipótesis

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

H₁. Los pacientes que perciben al terapeuta como más experto y confiable en la primera sesión, asistirán a más sesiones.

Los pacientes que asisten a un mayor número de sesiones:

H₂. Logran reducir en mayor medida su sintomatología ansiosa

H₃. Logran reducir en mayor medida su sintomatología depresiva

H₄. Mejoran en mayor medida en distintas áreas de su vida (laboral/escolar, relaciones de amistad, actividades en ratos libres [diversión, dispersión], relación de pareja, relaciones familiares, salud física en general y vida sexual).

Objetivos

Para esta investigación se manejó un objetivo general que se plantea de la siguiente manera: Conocer la relación entre la asistencia a las sesiones y: (a) grado en que percibieron los pacientes a su terapeuta como experto y confiable en la primera entrevista, y (b) el grado de mejoría en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva, así como el aumento del bienestar general (relaciones con familiares, relación de pareja, salud física y vida sexual).

Los objetivos específicos se describen a continuación:

- ❖ Determinar si existe relación entre la percepción del paciente hacia su terapeuta y la perseverancia a las sesiones.
- ❖ Evaluar si el paciente que asiste a más sesiones disminuye en mayor medida su sintomatología ansiosa.
- ❖ Evaluar la disminución de la sintomatología depresiva en pacientes que asisten a más sesiones.
- ❖ Identificar si los pacientes que asisten a más sesiones mejoran de manera significativa en distintas áreas de su vida. Como son: laboral/escolar, relaciones de amistad, actividades en ratos libres (diversión, dispersión), relación de pareja, relaciones familiares, salud física en general y vida sexual.

Importancia del Estudio

Como se mencionó anteriormente, es una realidad que en México la población no asiste o concurre poco a psicoterapia con un profesional, ya que es sustituido muchas veces por un sacerdote, un amigo, la familia, etc. Por otro lado existen pocos servicios o centros de psicoterapia dedicados a sistematizar sus

resultados en psicoterapia, además en los consultorios particulares son muy pocos o casi nulos los profesionales que llevan a cabo una medición del avance de sus pacientes, como fue el caso del Servicio de Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Es importante recalcar que el aumento en los trastornos mentales es evidente en nuestra población según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina Mora et al, 2003) informa que el 28.6% de la población adulta ha presentado alguna vez en su vida alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en donde se destacan los trastornos de ansiedad (14.3%) en primer lugar y en tercer lugar los trastornos afectivos (9.1%). Solo el 4.5 % de la población con depresión es diagnosticada y tiene tratamiento de algún tipo y del 10 a 20 % está diagnosticada con ansiedad.

Diversos factores están orillando a las personas a solicitar terapia ya sea por factores externos e internos, como puede ser el estrés de la vida cotidiana, los problemas económicos, la falta de un plan o sentido de vida, la soledad, la depresión, la ansiedad, etc.

El presente estudio busca colaborar con los resultados que se han encontrado en cuanto al beneficio que se puede obtener mediante la sistematización de una evaluación utilizando instrumentos estandarizados, en beneficio de los pacientes y de los investigadores que se interesen en futuros estudios del mismo tema. Esta evaluación mide los resultados de manera cuantitativa y no solo empíricamente como se hace hasta ahora por el terapeuta tanto en los servicios de psicología como en el mismo consultorio.

Por otra parte, se pretende dar a los interesados en el estudio de la medición de los resultados del tratamiento una idea de qué tan importante puede ser

la percepción que tiene el paciente de su terapeuta para el éxito de la terapia, así como para la asistencia a más sesiones y también la disminución de la ansiedad, la depresión y los problemas en general.

No se intenta encontrar el hilo negro, ya que hay literatura sobre estos temas, pero lo innovador que aporta la tesis es el escenario y la población, así como la utilización de la metodología cuantitativa.

Limitaciones del Estudio

Este apartado se hace mención de las limitaciones del estudio. La investigación se llevó a cabo en un área geográfica determinada lo cual puede establecer que los resultados son válidos solo en esta región y no para otra diferente, como puede ser una comunidad rural. El criterio de inclusión no permite homogeneizar la muestra. Por lo tanto la muestra no es representativa de la población, ya que se redujo a $n=19$, así también la forma no aleatoria de elección de la muestra no permite generalizar los resultados.

Otro aspecto que puede limitar el estudio es el nivel socioeconómico que no se determinó adecuadamente, ya que aunque el costo de sesión es muy económico, no determina que va dirigido a población media y baja, debido a que también asisten alumnos de la misma universidad, y la gran mayoría tiene posibilidades de pagar la universidad.

Debido a la repetición de la aplicación de los cuestionarios, el paciente pudo no responder honestamente por diversos factores como lo puede ser el tiempo, el aburrimiento, la vergüenza, la empatía con el terapeuta, etc.

Al vaciar los datos de los cuestionarios al SPSS (Paquete estadístico para las ciencias sociales) 10 se constató que hubo omisión al proporcionar algunos datos por los pacientes. Esto se pudo haber resuelto mediante la revisión del llenado completo por parte de los terapeutas al terminar de contestarlo el paciente.

Algunos de los pacientes no cumplieron con el número mínimo de asistencia a sesiones (12) y por lo tanto no se pudo concluir con la aplicación de los cuestionarios.

Se recomienda para investigaciones futuras la posibilidad de aplicar el cuestionario también como seguimiento a los 6, 12 y 18 meses de tratamiento para observar los datos que pueda aportar como es la permanencia de los resultados a corto, mediano y largo plazo.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. LA PSICOTERAPIA, LA TERAPIA BREVE Y LA CONSEJERÍA

¿Por qué es Importante Distinguir entre las Tres?

Para cualquier tema de investigación una parte fundamental es la claridad, y no podemos hablar de ella si no se tienen bien definidos los conceptos con los cuales se van a trabajar, así mismo es importante puntualizar en sus aspectos comunes y sus diferencias entre estos tres maneras de intervención terapéutica. Por lo tanto es importante hacer una distinción minuciosa entre la psicoterapia, la terapia breve y la consejería.

¿Qué es la psicoterapia?

La psicoterapia es tan antigua como el mismo hombre, aunque no era propiamente llamada así. Pero desde la antigüedad siempre había alguien en busca de ayuda a sus problemas y un otro que se la brindaba. A estas interacciones personales se les podría denominar el origen de la psicoterapia. Aunque en aquellos entonces no podríamos hablar de personas preparadas para ser psicoterapeutas, lo más cercano eran los curanderos y chamanes que realizaban ritos de curación para las diversas aflicciones de las personas que se acercaban a ellos.

Hasta finales del siglo XIX la psicoterapia se fue sistematizando un poco más, por lo que podemos decir que es algo relativamente nuevo. Existen diversas corrientes o escuelas de psicoterapia que tienen varios componentes en común, como por ejemplo la interacción interpersonal de dos o más individuos en un proceso de ayuda por medio de la comunicación verbal y no verbal. El poder definir la psicoterapia no ha sido un camino fácil para los grandes maestros y existen algunas divergencias entre ellos mismos como veremos más adelante al tratar de definirla.

Definiciones de psicoterapia

De acuerdo con las raíces etimológicas, psicoterapia quiere decir *psykhe* (psique) que para los romanos significaba alma y para los griegos mente; y *therapeia* del griego cuidado, tratamiento.

En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la psicoterapia se refiere al “tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos”.

No obstante, el poder llegar a una definición universal del término psicoterapia ha llevado a muchos investigadores reconocidos en el tema a una labor titánica, tratando de llegar a conclusiones uniformes sobre la definición de la misma.

Existen muchas definiciones sobre psicoterapia pero solo se hará mención de las escritas por los autores más reconocidos, como es el caso de Rotter (1971b) quien dice que la psicoterapia “es la actividad planificada del psicólogo, cuyo propósito es lograr cambios en el individuo que contribuyan a que su adaptación a la vida sea potencialmente más feliz, más constructiva o ambas (p.294).

En cambio para Condrau (1981) el significado de psicoterapia es “comprender el sentido del sufrimiento neurótico, reconocer, igualmente aquellas inhibiciones que se atraviesan en el camino del libre desarrollo del hombre, superándolas para facilitar al enfermo la ayuda que lo capacite para encontrar nuevamente la ruta. (p. 19)”.

Wolberg (1967) en su definición agrega que la psicoterapia es “una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional en la que una persona entrenada establece de manera deliberada una relación profesional con un paciente con la finalidad de eliminar, modificar o retrasar los síntomas existentes, de medir patrones trastornados

de conducta y de promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad” (p. 294).

Jerome Frank (1982) parte de una definición más completa y menciona que la psicoterapia:

Es la interacción planificada, con carga emocional y de confianza de una persona entrenada y aprobada por la sociedad para curar a un paciente. Durante esta interacción, quien cura busca aliviar la angustia y discapacidad del paciente mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también en ocasiones de actividades corporales. Aquel que cura puede o no incluir a los familiares del paciente y a otras personas en los rituales de curación. También, la psicoterapia incluye en ocasiones la ayuda al paciente para que acepte y tolere el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida, que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal (p. 294).

Otra definición de la psicoterapia es la que aportan Bernstein y Nietzel (1982) quienes con una visión más amplia dicen que:

Consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos. El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha ingresado a la relación con el fin de resolver su problema. Es una alianza de apoyo pero con propósitos bien definidos en el cual se utilizan varios métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.

Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del cliente en particular.

Independiente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención: fomentar el “Insight”, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, designar tareas fuera de la terapia, y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios (p. 320).

Pero quizás uno de los exponentes más reconocidos sobre el tema, a quien se le reconoce una de las definiciones más completas y claras es Garfield (1979) y menciona que la psicoterapia es:

La interacción interpersonal sistemática, a través de la cual un individuo, el terapeuta, procura ayudar, modificar o mejorar el comportamiento de otra persona. Supone una entrevista en la que la comunicación verbal juega un papel muy importante. Sin embargo, se debe aclarar que la mera conversación no es sinónimo de psicoterapia, ni tampoco lo es el sólo dar algún consejo o recomendar a alguien que “no se preocupe”, o que “se anime”. Supone esencialmente una relación muy especial entre el terapeuta y el cliente, una relación que se distingue en ciertos aspectos de todas la demás relaciones que el cliente haya tenido con otras personas. Aunque el cliente necesariamente tiene que relacionarse con el terapeuta en forma muy parecida al modo como se relaciona con los demás, el objeto de la relación, las oportunidades que se le conceden para que hable de sí mismo, el sincero interés del terapeuta por el cliente y el conocimiento especial que aporta el terapeuta con respecto al comportamiento humano, todo esto hace que esta relación sea muy especial y distintiva. Aunque el cliente puede reaccionar ante el terapeuta como ha reaccionado ante otras personas importantes en su vida, las respuestas del terapeuta son muy diferentes de las que provienen de otras personas y de las que se pueden suponer en otras circunstancias interpersonales. El terapeuta no está ahí para juzgar al paciente como lo harían otros, sino para procurar comprenderlo y proporcionarle un ambiente en el que pueda explorar y analizar sus dificultades y resolver así sus problemas conductuales. Los conocimientos que tiene el terapeuta de la conducta humana no son lo único que lo distingue de las demás personas, sino también el modo como se relaciona con el paciente, su deseo simpatizante de ayudar y la creación que hace de una atmósfera propicia para autoanálisis y el cambio (p. 214-215).

Pero finalmente un autor que puede resumir de manera muy puntual las anteriores definiciones es Pérez Gómez (1982) quien dice que:

Toda psicoterapia, independientemente de su enfoque particular, implica una relación interpersonal. Para merecer el nombre de psicoterapia, la relación de la cual acabamos de hablar exige que la persona que tiene el rol de terapeuta (T), sea un profesional con una formación y un entrenamiento especiales. La persona que busca la ayuda se encuentra insatisfecha, o siente que las personas que la rodean están insatisfechas con su comportamiento o con su manejo de las experiencias emocionales o interpersonales. Los comportamientos adoptados por el terapeuta, así como las técnicas, principios y mecanismos operativos a los que recurre para ayudar al sujeto, se desprenden, en principio, de una teoría más o menos formal de los desórdenes psicológicos, en general, y del problema del sujeto, en particular. Toda psicoterapia busca provocar un cambio en el comportamiento del sujeto (p. 139).

Y Pérez Gómez agrega dos puntos fundamentales de la psicoterapia su control social y el fenómeno de aprendizaje como lo demuestra a continuación:

Todas las formas de psicoterapia, sin excepción, utilizan los principios que aseguran el control social. La psicoterapia puede ser vista como un proceso de influencia y de adoctrinamiento semejante. Algunos de los mecanismos principales que se encuentran operando en cualquier psicoterapia pueden ser propuestos en términos de fenómenos de aprendizaje (p.139).

Aspectos en común de las definiciones de psicoterapia

Como ya hemos visto dar una definición única de psicoterapia, resulta muy difícil por no pensar en imposible, pero podemos hablar de similitudes que se presentan en la mayoría de ellas, por lo tanto la psicoterapia:

- Es una relación interpersonal entre dos personas (terapeuta y paciente)
- El terapeuta es una persona profesional, que brinda herramientas necesarias para el cambio, entrenada en el campo de la salud mental y la psicología.

- Tiene que cumplir objetivos claros y bien definidos
- Busca lograr el cambio en el paciente
- Trabaja en ayudar a solucionar los problemas emocionales, conductuales o interpersonales.
- Su herramienta principal es la comunicación verbal
- Se puede otorgar de manera individual, familiar o grupal
- Va dirigida a cualquier persona que la solicite

¿Qué es la terapia breve?

La terapia breve surge a partir de la Segunda Guerra Mundial con uno de los autores más reconocidos que es Leopold Bellak, que en 1965 trabaja con la atención en crisis de los veteranos de la Guerra, para brindar ayuda inmediata, con una duración de 1 a 3 sesiones y con un bajo costo.

Esta terapia va orientada a soluciones precisas para los pacientes sin profundas charlas de temas muy complejos de personalidad y psicopatología, sino más bien busca regresar al paciente al momento en que mejor funcionaba.

También es importante recordar que no es un tratamiento definitivo para cualquier tipo de pacientes; más bien va enfocado para pacientes que tienen prisa en resolver su problema o que sus problemas necesitan solución de manera rápida. También que por su estado de crisis les urge regresar a la tranquilidad.

Por lo tanto el poder llegar a una definición única es un trabajo muy complicado por los diferentes enfoques que han surgido desde que se creó la psicoterapia breve.

Definiciones de terapia breve

La terapia breve anteriormente se proporcionaba como un “servicio de emergencia o breve que se ofrecía las 24 horas para individuos en crisis, que quizás no asistirían a otro tipo de terapia si no estuvieran en crisis. Va desde unas cuantas entrevistas hasta 1 año, pero Bellak se centró en 1 a 6 sesiones.

Por ser tan breve está terapia, varios autores basan su definición en el tiempo como lo dice Bellak y Small (1965):

En terapia breve el terapeuta no tiene tiempo para que se desarrolle una autocrítica; tiene que estimular dicha autocrítica. No tiene tiempo para dejar que las cosas se desarrollen a su paso, tiene que acelerar este desarrollo. Y cuando se ve que no se da ninguno de estos aspectos en el proceso terapéutico, entonces tiene que buscar alternativas (p. 283).

El objetivo de la terapia breve es muy claro, ya que pretende regresar a la normalidad al paciente lo más rápido posible como lo menciona Garfield (1979) a continuación:

Tiene por objeto aliviar la situación individual hasta un grado en que el individuo pueda continuar actuando bien y en el que la naturaleza pueda continuar el proceso curativo”. Y continúa diciendo “suele ser usada con individuos que no requieren de una psicoterapia a largo plazo, que no son aptos para una terapia como esa, o que no disponen de recursos suficientes para costearla (p. 283).

Algo nuevo e importante que menciona Okun (2001) en su definición de terapia breve es que “se centra en las soluciones y no en los problemas; en lo que les funciona a los clientes en lugar de en lo que no les ha funcionado. Se trata de un enfoque directo,

activo y orientado hacia el presente y el futuro. En la primera sesión es necesario establecer una relación de ayuda y definir los problemas”.

Pero Linn y Garske (1988) no se quedan solo en esta afirmación de brevedad y resolución de problemas mediante soluciones, sino que plantean la importancia de algunas características como el de tener objetivos bien definidos y limitados en donde el cliente debe ser un participante muy activo al igual que el terapeuta debe ser muy habilidoso como lo mencionan los autores en su definición:

Además de ser cortas, están planeadas para transcurrir en el tiempo limitado desde el comienzo del tratamiento. Esta brevedad, producto de un planeamiento, impone algunas características: la terapia se centra en problemas específicos y bien delimitados; el terapeuta es activo, flexible y mantiene una conciencia clara del tiempo; el cliente se involucra activamente en el tratamiento y realiza una gran cantidad de trabajo entre una sesión y otra y fuera de la terapia con el fin debido a que las demandas impuestas por el límite de tiempo recaen en ambas partes, los clientes deben tener mucha fuerza y cualidades de adaptación, tales como una alta motivación al cambio y buenas relaciones sociales y los terapeutas deben ser excepcionalmente habilidosos. Por lo tanto, el perfil general de la terapia breve es aquel en el que los clientes y los terapeutas están activamente envueltos en la solución rápida de un problema psicológico que se limita a un ámbito. De manera que los objetivos son restringidos y modestos; la terapia breve no pretende “reconstruir la personalidad” o “curar la enfermedad mental” (p. 156).

Pero la definición de uno de los autores más reconocidos sobre este tema es De Shazer (1981) que menciona la importancia de “utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo”. En esta premisa están basadas la mayoría de las técnicas que utiliza la terapia breve y el mismo autor termina diciendo que “para el especialista en terapia breve, el paciente es el problema: ésta es la diferencia esencial entre la terapia breve y otras terapias para las cuales el paciente es una persona o un grupo de personas”.

Aspectos en común de las definiciones de terapia breve

A lo largo de la indagación sobre la definición de terapia breve se han visto varias similitudes en la literatura de las mismas. A continuación se mencionan las más relevantes:

- El tiempo de duración de la terapia se limita de 1 a 6 sesiones con un periodo máximo de un año.
- Los objetivos deben ser claros y bien definidos para lograr la meta en el tiempo sugerido
- Se necesita definir el problema en la primera sesión.
- Los pacientes necesitan involucrarse activamente con la terapia
- El terapeuta debe llevar al paciente a soluciones para lograr el objetivo de la sesión y la meta de la terapia.
- Este enfoque es directo, activo y está orientado al presente y futuro.
- Se emplea en crisis
- Va dirigido a pacientes que no tomarían otro tipo de terapia

¿Qué es la consejería?

Para hablar de la consejería como antiguamente se pensaba, dar un consejo, entonces nos remontaríamos al tiempo de la antigua Grecia o del “antiguo testamento”, en donde tanto los filósofos como los escogidos de Dios, daban consejo a la gente de cómo vivir mejor su vida, pero no será este concepto lo que nos ocupe.

La consejería como tal se le atribuye a los Estados Unidos en la década de los sesentas. Estaba principalmente enfocada a la orientación vocacional y a la educación de los niños norteamericanos.

Para poder hablar más sobre la consejería necesitamos definirla primero. Muchos autores han tratado de hacerlo, algunos la han degradado a un simple proceso de ayuda que puede dar cualquier persona y otros la manejan de manera más profunda y profesional.

Definiciones de consejería

El proceso de la consejería se puede entender literalmente como dar un consejo a alguien y cualquiera lo puede hacer, pero no es así como lo manejan varios autores que han definido a la consejería como algo más que brindar ayuda sin ninguna preparación previa, tal es el caso de Hahn y Mac Lean (1955) que definen a la consejería como que “es un proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona, entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales” (p. 18).

Tal aseveración es secundada por Pepinsky (1954) en la que su definición subraya que la consejería “habla de la interacción que se produce entre dos individuos llamados asesor y cliente y que tiene lugar en un contexto profesional, y se inicia y se mantiene como medio para facilitar que se produzcan ciertos cambios en la conducta del cliente” (p.18).

Por su parte Patterson (1959) va un poco más allá de los cambios de conducta y alcanzar soluciones, ya que él define la consejería como “el proceso que implica relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más clientes: el primero emplea métodos psicológicos basados en el conocimiento sistemático de la personalidad humana para tratar de mejorar la salud mental de los segundos” (p. 18).

La definición de Blocher (1966) da más énfasis al individuo y a su ambiente para el cambio en la conducta del asesorado, ya que puntualiza la consejería como:

Ayudar a un individuo a tomar conciencia de sí mismo y de los modos en que reacciona a las influencias que sobre su conducta ejerce su ambiente. Le ayuda también a establecer algún significado personal de esta conducta y a desarrollar y clarificar un conjunto de metas y valores que orienten la conducta futura (p. 19).

Poco a poco las definiciones se han hecho más complejas y se han ido enfocando en otros aspectos como la comunicación y el aprendizaje, como lo expresa Dietrich (1986) quien piensa que la consejería es:

Una forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva en la que un “consejero”, sirviéndose de la comunicación lingüística y sobre la base de métodos estimulantes, intenta en un periodo de tiempo relativamente corto provocar en un sujeto desorientado, sobrecargado o descargado inadecuadamente un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo-emocional, en el curso del cual se puedan mejorar su disposición a la autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia operativa (p. 134).

Torres (1995) en su definición afirma que la consejería:

Consiste en aportar nuestros conocimientos con el fin de conseguir que la persona llegue a estar en condiciones de poder decidir qué va hacer, poniéndole en situación de que pueda ejercer su derecho a la salud. No se trata de ponernos en su lugar o incluso llegar a decidir por él; se trata de que sea el cliente/paciente quien consiga ocupar su propio lugar en su situación y que pueda decidir por él mismo” (p. 197).

Arranz (1995) menciona en su definición que este proceso de ayuda no es directivo sino interactivo y dice que es el:

Proceso que puede ayudar a las personas a entender y afrontar mejor sus problemas, a comunicarse y relacionarse mejor con los que le rodean. Puede reforzar y mejorar la actitud, la motivación y el cambio de comportamiento. Funciona a través de la comunicación, la solución de problemas y la toma de decisiones. Es interactiva, no directiva, una interacción entre el profesional y el paciente/cliente, basado en la empatía, la sinceridad y la aceptación.

Costa y López (2003) expresan que la consejería:

Es una alianza estratégica entre consejeros o consultores y consultantes que está comprometida con las experiencias difíciles de la vida y que se acerca a ellas con la responsabilidad compartida de ofrecer apoyo, potenciación y orientación para el aprendizaje y el cambio cuando los consultores están haciendo frente a la adversidad, a decisiones difíciles o problemas personales, interpersonales y grupales que les ocasionan sufrimiento y daño emocional a ellos y a otras personas o grupos de su entorno habitual”; vemos como estos autores mencionan el aspecto social que puede causar un individuo a los demás. (p. 87)

Una definición que hace un resumen las anteriores y puede ser muy completa es de Okun (2001) que manifiesta que la consejería se define como:

La atención a las personas para mejorar su autoestima y aceptación de sí mismas y para que se hagan con el control de sus conductas y decisiones. Este tipo de relaciones están basadas en la comunicación empática y en la aplicación de estrategias apropiadas. El modelo de terapia de las relaciones personales consta de tres dimensiones interdependientes que tienen la misma importancia: etapas (relación y estrategias), habilidades y asuntos. El proceso de ayuda depende por completo del desarrollo de una relación de confianza entre la persona que ayuda y la que recibe la ayuda. Las habilidades eficaces de comunicación mejoran esta relación y facilitan una vía para afrontar aspectos conflictivos, mientras que las estrategias son los diferentes enfoques que utilizan las personas que ayudan para fomentar la exploración, la comprensión de sí mismas y el cambio conductual en las personas que ayudan, generando a su vez en ellas una mayor aceptación de sí mismas y una mayor responsabilidad. Las estrategias tienen el objetivo de mejorar la autoconciencia y el buen funcionamiento de la persona que recibe la ayuda en los dominios afectivo (sentimientos), conductual (acciones) y cognitivo (pensamientos). Lo ideal es que el cierre de la relación tenga lugar cuando tanto la persona que ayuda como la que recibe la ayuda creen que se han resuelto y trabajado las preocupaciones de la persona que había acudido en busca de ayuda y que ésta puede aplicar lo que ha aprendido en la relación de ayuda a situaciones y relaciones futuras (p.43).

Aspectos en común de las definiciones de consejería

En las definiciones de consejería que se han revisado anteriormente hay aspectos comunes que mencionan los autores como:

- Relación de ayuda
- No siempre es un psicólogo pero si alguien entrenado
- Resultados en tiempo relativamente corto
- Se centra en tres dimensiones que son etapas, habilidades y asuntos
- Ayuda en el dominio afectivo, conductual y cognitivo

- Aprendizaje de tipo cognitivo emocional
- Mejoramiento de la autoestima, el autoconocimiento y la comunicación

Semejanzas y Diferencias entre Psicoterapia, Terapia Breve y Consejería

Aspectos en común entre la psicoterapia, la terapia breve y la consejería

Para estos tres conceptos que son la psicoterapia, la terapia breve y la consejería el punto común más importante es la relación de interacción interpersonal entre un profesional entrenado (psicólogo, consejero, terapeuta, etc.) y alguien que necesita la ayuda profesional en este caso el paciente. También existen otros aspectos en común entre estas tres formas de intervención terapéutica.

La psicoterapia, la terapia breve y la consejería se realizan a través de la comunicación verbal y no verbal ayudando al paciente que tiene problemas en su ajuste emocional, conductual o interpersonal, se enfocan en aliviar la angustia del paciente que no está a gusto con su situación actual, los terapeutas buscan el cambio utilizando métodos y técnicas variables. Esto se logra en un ambiente de empatía, sinceridad y aceptación, como se aprecia en la tabla 1.

Diferencias entre la psicoterapia, la terapia breve y la consejería

Existen algunas diferencias entre la psicoterapia, la terapia breve y la consejería como podemos observarlo en la tabla 1.

Tabla 1. CUADRO COMPARATIVO ENTRE PSICOTERAPIA, TERAPIA BREVE Y CONSEJERIA

PSICOTERAPIA		TERAPIA BREVE		CONSEJERIA (COUNSELING)	
Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas
Es una relación interpersonal entre un terapeuta y un cliente		Se enfoca en los problemas del cliente principalmente		Toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada.	
	Se da por una persona entrenada psicólogo, psiquiatra o terapeuta		Se da por una persona entrenada psicólogo, psiquiatra o terapeuta		Se da por una persona entrenada psicólogo, psiquiatra o terapeuta
Hay un cliente o persona que tiene un problema o dificultad.		El terapeuta parte del supuesto de que el paciente tiene una historia personal de funcionamiento adecuado y efectivo.		La atención a las personas es para mejorar su autoestima y aceptación de sí mismas y para que se hagan con el control de sus conductas y decisiones.	
Uno de sus objetivos es promover el cambio en el comportamiento del cliente o paciente		Para la terapia breve el paciente es el problema		El modelo de terapia de las relaciones personales consta de tres dimensiones interdependientes que tienen la misma importancia: etapas (relación y estrategias), habilidades y asuntos.	
Se utilizan independientemente del enfoque teórico diversas técnicas		Se focaliza en la interacción presente de conductas observables y en la intervención deliberada para alterar el sistema vigente			

PSICOTERAPIA		TERAPIA BREVE		CONSEJERIA (COUNSELING)	
Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas
	Se lleva a cabo mediante una entrevista basada en la comunicación verbal y no verbal		Se lleva a cabo mediante una entrevista basada en la comunicación verbal y no verbal		Se lleva a cabo mediante una entrevista basada en la comunicación verbal y no verbal
El proceso psicoterapéutico se da de manera especial refiriéndonos al objeto de la relación, las oportunidades que se le conceden para que hable de sí mismo, el sincero interés del terapeuta por el cliente y el conocimiento especial que aporta el terapeuta con respecto al comportamiento humano.		Se centra en las soluciones, y no en los problemas; en lo que les funciona a los clientes en lugar de en lo que no les ha funcionado. Se trata de un enfoque directo, activo y orientado hacia el presente y el futuro. En la primera sesión es necesario establecer una relación de ayuda y definir los problemas.		El proceso de ayuda depende por completo del desarrollo de una relación de confianza entre la persona que ayuda y la que recibe la ayuda.	
	Las respuestas del terapeuta son muy diferentes de las que provienen de otras personas y de las que se pueden suponer en otras circunstancias interpersonales.		Las respuestas del terapeuta son muy diferentes de las que provienen de otras personas y de las que se pueden suponer en otras circunstancias interpersonales.		Las respuestas del terapeuta son muy diferentes de las que provienen de otras personas y de las que se pueden suponer en otras circunstancias interpersonales
El tiempo de tratamiento no está definido previamente		El tiempo de tratamiento está definido previamente de 1 a 6			
Intervenciones planificadas y estructuradas					

PSICOTERAPIA		TERAPIA BREVE		CONSEJERIA (COUNSELING)	
Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas
La psicoterapia se puede otorgar de manera individual, familiar y grupal		Tiene por objeto aliviar la situación psicodinámica individual hasta un grado en que el individuo pueda continuar actuando bien y en el que la naturaleza pueda continuar el proceso curativo.		Las habilidades eficaces de comunicación mejoran esta relación y facilitan una vía para afrontar aspectos conflictivos, mientras que las estrategias son los diferentes enfoques que utilizan las personas que ayudan para fomentar la exploración, la comprensión de sí mismas y el cambio conductual en las personas que ayudan, generando a su vez en ellas una mayor aceptación de sí mismas y una mayor responsabilidad.	
Modifica características personales como sentimientos, valores, actitudes, y comportamientos juzgados por el terapeuta como mal adaptativos		Está orientada a la extinción de los síntomas y a la solución del problema, o de los problemas, que presenta el paciente		Ayudar a un individuo a tomar conciencia de sí mismo y de los modos en que reacciona a las influencias que sobre su conducta ejerce su ambiente. Le ayuda también a establecer algún significado personal de esta conducta y a desarrollar y clarificar un conjunto de metas y valores que orienten la conducta futura.	
		Centra su atención en: a) qué sucede en interior de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo, b) cómo funciona el problema que se presenta en el seno de este sistema relacional, c) cómo ha intentado el sujeto, hasta este momento, combatir o solucionar el problema (soluciones intentadas) y d) cómo es posible cambiar esa situación problemática de la manera más rápida y eficaz.		Las estrategias tienen el objetivo de mejorar la autoconciencia y el buen funcionamiento de la persona que recibe la ayuda en los dominios afectivos (sentimientos), conductual (acciones) y cognitivo (pensamientos).	

PSICOTERAPIA		TERAPIA BREVE		CONSEJERIA (COUNSELING)	
Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas	Diferencias	Semejanzas
Va dirigida a cualquier tipo de paciente que decide iniciar un proceso psicoterapéutico		Suele ser usada con individuos que no requieren de una psicoterapia a largo plazo, que no son aptos para una terapia como esa, o que no disponen de recursos suficientes para costearla.		Se dirige a personas que solicitan ayuda.	
				Lo ideal es que el cierre de la relación tenga lugar cuando tanto la persona que ayuda como la que recibe la ayuda creen que se han resuelto y trabajado las preocupaciones de la persona que había acudido en busca de ayuda y que ésta puede aplicar lo que ha aprendido en la relación de ayuda a situaciones y relaciones futuras.	

El factor tiempo es una diferencia significativa entre la psicoterapia (tiempo de duración no determinado) la terapia breve (una a seis sesiones con un máximo un año) y la consejería (un periodo corto).

Otra diferencia es el tipo de pacientes al que va dirigida, la psicoterapia no pone ningún obstáculo para que cualquier persona pueda acceder a ella, mientras que en la terapia breve y la consejería los pacientes normalmente necesitan estar en crisis para llegar a ella.

La psicoterapia pretende “reconstruir la personalidad” o “curar la enfermedad mental” en cambio la terapia breve y la consejería se enfocan en la solución del problema específico sin profundizar en la patología.

Como tanto para la terapia breve como para la consejería el tiempo es muy importante, esta misma brevedad de sesiones no da tiempo a la reflexión, al *Insight*, a la

autocrítica ya que tiene que ser provocada por el terapeuta; en cambio en la psicoterapia, el tiempo no es un factor relevante y se promueve el trabajo profundo del paciente.

En la terapia breve el terapeuta lleva un papel muy activo, directivo y orientado al presente y al futuro, en cambio en la consejería y la psicoterapia el enfoque es interactivo entre paciente y terapeuta, también se trabaja con el pasado para provocar el cambio.

Conclusión

Como se observó en la revisión de los conceptos de psicoterapia, terapia breve y consejería cada una de ellas tiene semejanzas y diferencias que ya se han mencionado anteriormente. Lo relevante de cualquier intervención terapéutica no es el enfoque con el que se trabaja, lo importante en la intervención terapéutica es el resultado del tratamiento. Lo más importante es que el éxito del tratamiento no está en base a las diferencias de la terapia en sus diversas modalidades, sino precisamente en las similitudes que son las que enriquecen el proceso de curación del paciente.

CAPITULO III. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Existen más de 250 terapias psicológicas diferentes como lo dice Herink (1980). Para cada uno de los defensores de sus teorías, técnicas y modelos su terapia es única y es la mejor. La realidad es que aunque hay muchos factores diferentes en cada una de las terapias, lo más significativo para el cambio en el paciente son precisamente los factores comunes a estas terapias. Varios autores como Goldfried y Newman (1986), Arkowitz (1992) y Norcross (1986 a) han publicado sobre el tema de factores comunes para explicar qué elementos son parecidos entre las psicoterapias y a qué se debe que éstas funcionen. A esta línea de investigación se le ha llamado investigación de resultados en psicoterapia (Lambert, 1992).

¿Existe relación entre el número de sesiones y la mejoría de los pacientes?

Anteriormente se menciona que la percepción que tiene el paciente hacia a su terapeuta es de gran relevancia para el resultado del proceso psicoterapéutico, de tal manera el paciente al percibir a su terapeuta como agradable y experto, regresa a su siguiente sesión.

Pero una vez que el paciente ha decidido llegar a terapia y ha asistido a su siguiente sesión, lo importante es que concluya el tratamiento. En México los pacientes que acuden a terapia solo asisten en promedio a 3 sesiones (Fleiz, 2003).

Existen pocas investigaciones arbitradas acerca de los resultados y la duración de la terapia, estos estudios están más bien basados en el metanálisis de los resultados. Se puede mencionar el estudio realizado por Talley en 1992 que informó sobre un grupo de 95 pacientes visto por 12 terapeutas, que asistieron a siete sesiones o menos en una

clínica universitaria, el resultado fue que no se encontró diferencia significativa entre el resultado y la duración del tratamiento.

Otro estudio fue el realizado por Gelso y Johnson (1983) en el que se comparó a los pacientes que asistieron a 8 y 16 sesiones, mostrando que los que asistieron a 16 sesiones tuvieron resultados más duraderos en comparación con los que asistieron a 8 sesiones.

Shapiro y Shapiro (1982) en su revisión de resultados de 143 sujetos no encontró relación significativa entre el efecto y la duración del tratamiento.

El estudio realizado por Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) que encontraron que entre la sesión uno a la ocho los pacientes tienen una mejoría de 15% a 50%, aumentando a 75% en la sesión 26 y un 85% al final del primer año. Estos autores concluyeron que el mayor porcentaje de ganancia se obtiene al inicio del tratamiento y va decreciendo con el paso del tiempo.

Finalmente Steenbarger (1994) demuestra que el mayor beneficio se obtiene cuando los pacientes asisten en promedio de 8 a 12 sesiones.

Se concluye que no existe una relación altamente significativa entre el número de sesiones a las que asiste el paciente y el resultado del tratamiento, ya que como hemos visto el logro más significativo se alcanza en las primeras 12 sesiones.

¿A qué se deben los resultados en psicoterapia?

En cada enfoque psicoterapéutico existen aspectos diferentes que la hacen única y que se llaman factores específicos porque son característicos (específicos) de cada enfoque. Y los componentes que existen invariablemente en cualquier enfoque de psicoterapia, como la empatía, alianza, colaboración, dado que son comunes a todas las psicoterapias, se les llama factores comunes. En los últimos años se ha discutido mucho

sobre cuál enfoque psicoterapéutico es más efectivo que otro, cuál da mejores resultados en los pacientes y se ha llegado a la conclusión de que independientemente del enfoque terapéutico, lo más importante son los factores comunes entre las psicoterapias, los cuales son los responsables de los resultados. El primer artículo publicado que hizo referencia a los factores comunes es el de Saul Rosenzweig (1936) en “Journal of Orthopsychiatry”, el cual por su relevancia se publicó nuevamente en otra revista (Rosenzweig, 2002). En su artículo comenta que existen inevitablemente ciertos factores no reconocidos en cualquier situación terapéutica, factores que podrían ser más importantes que aquellos que se supone son empleados a partir del enfoque terapéutico.

Si se observa de esta manera se diría que una terapia no es mejor que otra y que el resultado exitoso de un tratamiento no puede tomarse como indicador de la razón (certeza) que tiene el enfoque empleado. La interrogante es cómo se explican los resultados positivos en los enfoques similares de terapia. O en el caso de enfoques distintos, cuáles son los factores comunes entre ellas y qué hacen que la terapia sea exitosa de igual manera.

Michael Lambert (1992) propuso cuatro factores terapéuticos que explican el éxito de cualquier psicoterapia: 1) las variables del paciente y los elementos extraterapéuticos, 2) los factores comunes de los distintos enfoques, 3) el placebo y las expectativas del paciente y 4) las técnicas que caracterizan a cada enfoque, como los elementos principales que explican la mejoría de los pacientes. Aunque su artículo no se derivó de un análisis estadístico, propuso que éstos son los factores que engloban a los estudios empíricos en los resultados de la psicoterapia. También mencionó que los fundamentos para esta interpretación eran amplios, con base en décadas, considerando distintos trastornos en adultos, a través de distintos diseños de investigación, incluyendo estudios epidemiológicos, ensayos clínicos comparativos y estudios experimentales. A partir de este mapa conceptual, Hubble, et al (1999) reunió a varios investigadores de resultados en psicoterapia para revisar décadas de investigación y revelar sus implicaciones para la

práctica. Sus hallazgos mostraron una importante contribución del paciente para el resultado del tratamiento, seguido por factores de la relación paciente-terapeuta y finalmente el factor placebo y el efecto de las técnicas empleadas.

Actualmente existen datos empíricos que confirman, con más de 100 estudios que incluyen análisis estadísticos (Lambert y Barley, 2002), la presencia de los cuatro factores comunes entre psicoterapias (Asay y Lambert, 2001). Además, estos resultados son congruentes con meta-análisis publicados que reportan que los distintos enfoques de psicoterapia son equivalentes en términos de los resultados que producen (Duncan, 2002; Wampold, et al, 1997).

Los factores comunes

Hay una infinidad de enfoques y técnicas de psicoterapia: conductual, humanistas, cognitivas conductuales, racional emotiva, etc. Cada una de ellas está marcada por diferencias significativas que le otorgan factores únicos para cada una de ellas.

Desde hace varios años muchos investigadores se han dado a la tarea de hacer estudios no de sus diferencias, sino de sus similitudes. Con estos estudios no se ha comprobado que ninguna teoría en relación a los resultados en psicoterapia sea mejor que otra Bergin y Lambert (1978). Se ha llegado a la conclusión de que precisamente esas semejanzas son las responsables del cambio en los pacientes. Dichas semejanzas entre enfoques se plantearon como “factores terapéuticos comunes” porque están presentes de forma general (común) independientemente de la orientación teórica.

Los factores terapéuticos comunes pueden dividirse en cuatro áreas:

- 1) factores del paciente y extraterapéuticos
- 2) factores de la relación paciente terapeuta

- 3) expectativas y efecto placebo
- 4) factores del modelo terapéutico y sus técnicas.

La Figura 1 muestra el grado en que cada factor contribuye al resultado de la psicoterapia (Asay y Lambert, 2001; Duncan, 2002; Lambert, 1992; Lambert y Barley, 2002).

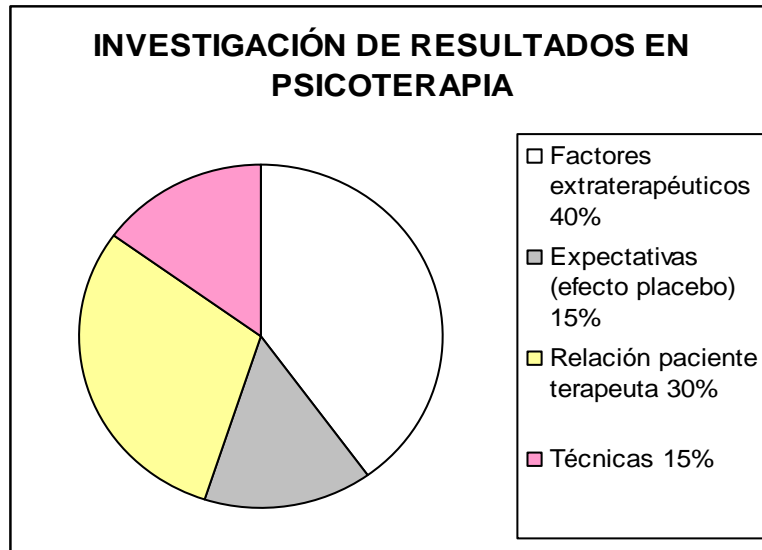


Figura 1. Factores que contribuyen en el resultado de la psicoterapia

Las variables del paciente y los factores extraterapéuticos

Lambert (1992) concluyó que el 40% de la mejoría en psicoterapia puede atribuirse a las variables del paciente e influencias extraterapéuticas. Estas variables se refieren a las fortalezas que tiene el paciente para lograr con psicoterapia o sin ella salir adelante. Algunas de las fortalezas con las que cuenta el paciente son el apoyo social de sus familiares y amigos, las charlas o consejos de personas cercanas al paciente (papás, sacerdotes, amigos, etc.), las características propias del paciente por nombrar solo algunas, los aspectos ambientales, la remisión espontánea. Todas estas características influyen de manera significativa en el resultado de la psicoterapia.

Garfield, (1994) apoya la postura de que los pacientes mejoran en gran parte por su propio esfuerzo. En muchas ocasiones se ha visto como un paciente sin terapia ha mejorado significativamente gracias a la ayuda de sus seres cercanos, libros de autoayuda o grupos de apoyo como mencionan Lambert y Barley (2002).

El hecho de que el 40% de la mejoría en psicoterapia se deba a factores del paciente es contrario a la creencia de que el éxito del tratamiento se debe al terapeuta, su enfoque, o las técnicas que utiliza.

Bohart (2000) menciona que las distintas terapias funcionan de manera similar porque comparten un ingrediente importante que regularmente queda ignorado, es decir, el paciente y sus propios recursos.

Los factores de la relación paciente terapeuta

Los factores de la relación paciente terapeuta explican aproximadamente el 30% de la mejoría de los pacientes (Lambert, 1992). Para la mayoría de los enfoques psicoterapéuticos los componentes como son la empatía, la consideración positiva, la calidez, la congruencia y la genuinidad son factores que influyen de manera decisiva en la relación paciente terapeuta para obtener un buen resultado en el tratamiento (Howard y Orlinsky, 1986; Lambert, DeJulio y Stein, 1978; Norcross, 2002; Patterson, 1984).

Dentro de los factores de la relación se encuentra la percepción que el paciente se forma de su terapeuta. Es posible estudiar a la relación a partir de una tercera persona (observadores entrenados) para evaluar la interacción paciente terapeuta (Duehn y Proctor, 1977; Tracey, 1986).

Esta percepción que el paciente tiene de la relación con su terapeuta ayuda a encontrar resultados más consistentes como se puede observar en correlaciones altas

entre el progreso de los pacientes y sus autoinformes como mencionan algunos autores (Asay y Lambert, 1999; Bachelor, 1995; Bachelor y Horvath, 2001). La percepción que el paciente se forma de la relación es un predictor consistente de la mejoría (Gurman, 1977) como puede observarse en el estudio de Blatt, et al (1996) en el cual se analizó la percepción del paciente. También como se ha hecho en otras investigaciones, esta mejoría no guardó relación significativa entre el tratamiento utilizado, incluyendo el farmacológico y la percepción del paciente, aunque el paciente le asignó una calificación mayor a la relación con su terapeuta.

Otro componente importante es el de alianza terapéutica. Este aspecto se refiere al consenso, calidad y fuerza de la relación colaborativa entre paciente y terapeuta. Existen más de 24 distintas escalas de alianza (Horvath y Bedi, 2002). Los elementos que comparten las escalas son: vínculo personal, involucración activa con el tratamiento, acuerdos en colaboración, metas y tareas. La relación entre la alianza y el resultado del tratamiento es moderada con un tamaño del efecto de .26 (Horvath y Symonds, 1991). Para formar la alianza terapéutica son necesarias más de una sesión para que esta se establezca y se consolide; después permanece relativamente estable a lo largo del tratamiento como lo dicen Horvath y Bedi (2002)

Las expectativas y el efecto placebo

La investigación de resultados de la psicoterapia en las últimas décadas ha incluido el rol de las expectativas y del efecto placebo en el cambio del paciente (Weinberger y Eig, 1999).

Esto sería como un acto de fe del paciente hacia el tratamiento y su terapeuta. Si el paciente realmente cree que puede ser sanado por medio de las técnicas utilizadas por su terapeuta ocurrirá el milagro de la sanación. Pero para que la terapia tenga éxito se necesita que tanto terapeuta como paciente crean en el poder curativo de la terapia.

Jerome Frank (1973) habló de la importancia de las expectativas del paciente: sentir que es ayudado. Tanto en la psicoterapia como en otras formas de curación, como pueden ser los tratamientos placebo en medicina o los servicios religiosos, se destaca la importancia de que la persona tenga la idea de que está siendo ayudado o que tenga la esperanza de ser ayudado.

Desde la antigüedad se han usado muchos rituales de curación que son un elemento que comparten los distintos enfoques de psicoterapia. El simple uso de estos rituales le genera a la persona una esperanza o una expectativa positiva de cambio por parte de quien lo está aplicando, llámese brujos, curanderos, chamanes, sacerdotes o psicoterapeutas; lo fundamental es que tenga una estructura y un procedimiento para generar el cambio y para crear un efecto placebo en el paciente. Desde esta perspectiva, cualquier técnica de cualquier enfoque puede ser vista como un ritual curativo que inspira esperanza y expectativas de mejoría (Duncan, 2002).

Se estima que las expectativas, la esperanza y el efecto placebo contribuyen en un 15% en el resultado de cualquier tratamiento (Assay y Lambert, 1999; Lambert, 1992). Por ejemplo, en el estudio de Elkin et al. (1989) se comparó a la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y un tratamiento placebo para el tratamiento de la depresión. Además de que no se encontraron diferencias en los efectos del tratamiento, hubo poca evidencia para apoyar la superioridad de las dos psicoterapias en comparación con el tratamiento placebo más manejo clínico. Esto es, ambas terapias fueron efectivas pero los pacientes del tratamiento placebo más manejo clínico también mejoraron.

Las técnicas psicoterapéuticas

Los modelos y las técnicas explican el 15% de la mejoría en la terapia (Asay y Lambert, 1999; Lambert, 1992). De forma simplificada, puede considerarse al enfoque y las técnicas como creencias y procedimientos que caracterizan a cada tratamiento

específico. Ejemplos de algunas técnicas son la pregunta del milagro en la terapia enfocada en soluciones, la reestructuración cognitiva, la hipnosis, la desensibilización sistemática, biorretroalimentación, etc. De acuerdo con Jerome Frank (1973), los enfoques y las técnicas pueden ser vistos como rituales terapéuticos o de curación. Si se lo ve de esta manera ni la terapia más innovadora ofrece algo nuevo. Desde varios enfoques de terapia se han fomentado rituales o técnicas tales como la silla vacía, hablarle a cojines o apretar y soltar el cuerpo. Estos rituales pueden ser vistos como lo dicen Shapiro y Shapiro, (1982) como “métodos organizados para aumentar el efecto placebo”.

Cada uno de los terapeutas defiende sus técnicas y su enfoque; trata de darle una nueva explicación de éxito a su modelo. Rosenzweig (2002) propone que no importa si el terapeuta habla en términos psicoanalíticos o cristianos. Más bien, lo que cuenta es la consistencia formal con la que se usa la teoría, lo cual establece una base sistemática para el cambio y una formulación alternativa al paciente.

Existe tendencia a investigar los efectos de intervenciones o enfoques específicos. Quizá esto se deba a la llamada “práctica basada en la evidencia” que proviene de la tradición médica. Sin embargo, el éxito del tratamiento psicoterapéutico depende más de las fuerzas y recursos del paciente así como de la calidad de la relación paciente-terapeuta, que del tipo de tratamiento (Ogles, Anderson y Lunnen, 1999).

Tanto el enfoque como las técnicas ayudan al terapeuta a estructurar y hacer replicable su trabajo. Sin embargo, la aportación principal del enfoque y las técnicas es contribuir a la promoción de otros factores: los recursos del paciente, la relación terapéutica y el placebo.

Conclusión

Hay suficiente evidencia para decir que los distintos tratamientos pueden producir los mismos resultados como lo menciona en su estudio Elkin et al., 1989; Wampold et al.,

1997. Así también, la investigación de Seligman (1995) encontró que no existe una efectividad diferente (debida al enfoque de terapia) ante los distintos trastornos. Lo más importante es que esos factores comunes a todas las terapias son realmente el motor de cambio para el paciente, sin olvidar que lo primordial es pensar que delante del terapeuta está un ser humano que requiere ayuda y que la teoría aprendida se tiene que adaptar a la individualidad de cada paciente y no de manera contraria, la adaptación del paciente a la teoría.

CAPITULO IV. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE – TERAPEUTA Y LA ASISTENCIA A LAS SESIONES

La percepción del paciente hacia su terapeuta y la asistencia a sesiones

Desde tiempos remotos una de las principales preocupaciones del hombre ha sido resolver sus problemas personales de cualquier forma, ya sea por él mismo o con ayuda de alguien más. El ser humano se ha dado a la tarea de recurrir a múltiples personas para que lo puedan ayudar: sacerdotes, amigos, doctores, psicólogos, psicoterapeutas, adivinos y hasta brujos.

Actualmente el auge por la ayuda profesional se ha elevado y se ha recurrido más a la intervención de profesionales en la salud, en este caso psicólogos y psicoterapeutas. Y no importando la corriente (Gestalt, cognitivo – conductual, interpersonal, psicodinámica, sistémica, etc.) que los profesionales manejen, tienen resultados favorables en sus intervenciones.

Hay diversos factores por los que una persona puede asistir a psicoterapia, pero se puede resumir, en que la persona tiene un problema que ya trató de resolver sólo o con ayuda de alguien más, pero que no fue resuelto y por lo tanto lo único que le queda es recurrir a un experto en solución de problemas.

Una vez tomada la decisión de asistir a psicoterapia, y principalmente al llegar a la primera cita, el paciente tiene una serie de fantasías y preguntas dentro de sus pensamientos acerca de su terapeuta y de cómo será la sesión. Recordemos que la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta es muy importante, ya que si ésta no se da favorablemente, el proceso psicoterapéutico y los resultados no serán los esperados.

Una vez que se da la primera cita, el paciente y el terapeuta se conocen e interactúan, de esta manera cada cual se ha formado una percepción el uno del otro. El profesional ha intervenido y explicado su forma de trabajo y el paciente ha expuesto su problema, se pacta la siguiente sesión y resulta que el paciente no llega a su siguiente cita. En este momento al profesional de la salud le surgen varias preguntas; como por ejemplo, ¿qué habré hecho para que el paciente ya no volviera?, ¿por qué el paciente no asistió a su segunda cita?, ¿algo de lo que hice lo habrá molestado?, etc.

Por tanto para poder resolver estas cuestiones muchos investigadores se han dado a la tarea de hacer estudios sobre el por qué los pacientes dejan de asistir a sus sesiones de psicoterapia de manera repentina o simplemente no vuelven más, ya que del 30 al 60 % de los pacientes dejan de asistir a las sesiones (Wierzbicki y Pekarik, 1993).

Como se mencionó anteriormente la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente es vital para el buen funcionamiento del proceso terapéutico, Heppner y Heesacker, (1982 en Cormier p. 77), mencionan que los intercambios de influencia interpersonal y recíproca son muy importantes. De esta manera los pacientes muy motivados perciben a sus terapeutas como atractivos y admirables. Por lo tanto Dorn (1984b, p.344) dice que “la naturaleza interpersonal y recíproca de este proceso de influencia genera una dinámica muy especial durante la terapia”.

Pero la autoridad sobre este tema es Strong, quien en 1968 publicó su modelo de terapia de influencia interpersonal que hasta la fecha tiene mucha vigencia y credibilidad. Strong (1968) mantenía:

“La hipótesis de que los intentos de los terapeutas de cambiar a sus pacientes provocaban una disonancia en éstos debido a la inconsistencia o discrepancia entre las actitudes del terapeuta y las del paciente. Esta disonancia es incómoda para los pacientes y estos intentan reducirla de formas diferentes como desacreditando al terapeuta, racionalizando la importancia de su problema, buscando información y

opiniones que contradigan al terapeuta, intentando cambiar la opinión del terapeuta o aceptando la misma” (p. 88).

El autor comprobó que los pacientes tendían a aceptar más que a rechazar o refutar las opiniones de su terapeuta cuando los mismos percibían a su terapeuta como hábil, atractivo y confiable. Estas características del terapeuta también se le pueden denominar “favorecedores de la relación” (Goldstein, 1986), ya que se han identificado como factores positivos de influencia en la relación terapéutica.

Strong (1968) sugiere un modelo terapéutico de dos estadios:

- 1) El terapeuta establece una base de poder o influencia sobre el paciente mediante tres características favorecedoras de la relación, la cual favorece la calidad de la relación y aumenta el trabajo del paciente en la terapia. Este poder que el terapeuta asume puede provocar cambios de actitud en su paciente, por tanto los factores de poder que normalmente utiliza son:
 - Poder legítimo: que se atribuye al rol del terapeuta que se considera aceptable y útil
 - Poder percibido: proviene de los signos descriptivos y conductuales de habilidad y competencia
 - Poder referente: se deriva de los signos descriptivos de atractivo, amistad y similitud interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

- 2) El terapeuta utiliza los factores de influencia para provocar cambios actitudinales en el paciente, aquí es importante que los pacientes perciban a su terapeuta como experto, atractivo y confiable.

En otro estudio realizado por McNeill et al. (1987) comparan la percepción de los pacientes que abandonan de forma prematura (definiendo esto como dejar la terapia sin el consentimiento del terapeuta) a los que abandonan de forma exitosa (terminación del tratamiento con resultados positivos o de mutuo acuerdo con su terapeuta). Participaron

20 terapeutas de los cuales nueve pertenecían al último año de licenciatura, tres candidatos al doctorado en psicología y ocho estudiantes que se inscribieron al doctorado. Los datos fueron de 56 participantes que abandonaron de forma prematura y 148 que dejaron el tratamiento de forma exitosa, a partir de las siguientes definiciones: los que abandonaron de forma prematura asistieron en promedio 3.04 sesiones y los que abandonaron de forma exitosa fueron aquellos que asistieron a tres sesiones o más y abandonaron por acuerdo mutuo con su terapeuta; estos pacientes asistieron en promedio 7.38 sesiones. Los pacientes que abandonaron de forma prematura estuvieron significativamente menos satisfechos y percibieron a su terapeuta como menos experto, digno de confianza y atractivo en comparación con los que abandonaron de forma exitosa.

Otro estudio encontrado fue el de Mohl et al. (1991) en donde se encuentran diferencias significativas en la forma en que percibieron los pacientes que abandonaron a sus terapeutas en comparación con los que no lo hicieron. Se estudiaron a 65 pacientes de los cuales 17 abandonaron en las primeras 5 sesiones. Se aplicó una escala a los pacientes en la que se incluían afirmaciones como: la entrevista fue útil, me agradó el doctor, le agradé al doctor, el doctor no me respetó, estuve insatisfecho con la entrevista. Los pacientes que se quedaron en terapia por más de cinco sesiones percibieron que habían obtenido una mayor comprensión, les agradó más el terapeuta, sintieron que agradaron al terapeuta, fueron tratados con mayor respeto, estaban más satisfechos y vieron a sus terapeutas como más activos en comparación con los pacientes que abandonaron antes de cinco sesiones.

Otro estudio realizado por Fiester (1977) comparó las percepciones de los pacientes en dos grupos; los pacientes cuyos terapeutas tenían un mayor índice de abandono versus terapeutas que tenían menor número de abandono de sus pacientes. El autor aplicó el *Therapy Session Report* después de la primera sesión. Los resultados encontrados fueron que no se encontraron diferencias significativas entre las percepciones de los pacientes con respecto a edad, sexo, profesión, experiencia, terapia

personal y clase social de los terapeutas. Pero, se encontraron varias diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a cómo se percibió al terapeuta. El análisis de la investigación derivó en los siguientes componentes principales e identificó cinco factores que caracterizaron la percepción de los pacientes, cuyos terapeutas tuvieron mayor índice de abandono:

- Factor 1, inhibición/involucramiento
- Factor 2, terapeuta con actividad ansiosa
- Factor 3, terapeuta ineficaz para confrontar al paciente
- Factor 4, entrevista terapeuta-dirigida
- Factor 5, liberación catártica con terapeuta ansioso.

La conclusión de esta investigación es que la inhibición, ansiedad y la ineficacia pueden ser componentes que perciben los pacientes en los terapeutas cuando asisten a una sola sesión.

Finalmente, la investigación realizada por Alcázar (2007) sobre la percepción de agrado del paciente hacia su terapeuta realizado en la Facultad de Psicología en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la UNAM, en el cual participaron 41 sujetos asistentes a este centro en el que se les aplicó la Escala de Percepción e Agrado del Paciente hacia su Terapeuta que se hizo para esta investigación y que está compuesta por 11 reactivos, que mide la percepción de agrado al final de la primera entrevista. De los resultados de esta escala se formaron dos grupos; los que asistieron a la siguiente sesión y los que no asistieron sin cancelar la sesión. Los resultados que arrojó la investigación fueron que de los 41 pacientes, 25 (61%) asistieron a la siguiente sesión y 8 (19.5 %) no regresaron, 3 (7.3 %) cancelaron su cita y 5 (12.2 %) fueron canalizados a otras instituciones de salud.

Las medias indicaron que se presentó mayor percepción de agrado en los pacientes que regresaron a la siguiente sesión (61.68%) que de los que no regresaron (57.75%). Se encontró que los pacientes que perciben más agradable a su terapeuta asisten a la siguiente sesión.

Conclusión

Por lo tanto en base a los estudios anteriormente descritos se llega a la conclusión de que para los pacientes, el cómo perciben a su terapeuta es muy importante, así también gran parte de la asistencia a las siguientes sesiones dependen de buena manera de esta percepción. Por lo tanto, si el paciente percibe a su terapeuta como más experto y confiable es más probable que el usuario regrese a su siguiente sesión psicoterapéutica.

CAPITULO V. DEPRESIÓN

El hombre se ha enfrentado en diversos momentos a muchas luchas, pero las más relevantes batallas han sido sus luchas internas, por ejemplo, contra sus emociones y sentimientos, que en muchas ocasiones se tornan contradictorios. El amor o el odio, la tristeza o la alegría, la euforia o la melancolía. También las enfermedades han mermado la existencia del hombre, es así como estos padecimientos tales como la diabetes, el cáncer, el parkinson, etc., ya se han convertido en un problema de salud mundial. Otra lucha que ya está librando el hombre es contra los trastornos del estado de ánimo como es el caso de la depresión ya que para el año 2020 se convertirá en la principal causa de discapacidad laboral.

Definiciones de depresión

Uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos es la depresión, anteriormente denominada por Hipócrates melancolía; hasta el año 1725 en el que el británico Sir Richard Blackmore la nombra con el término actual de depresión.

La palabra depresión proviene de la palabra latina *depressus* que significa “derribado”, “abatimiento”. La palabra latina *depressus* está compuesta del prefijo *de*, que indica “decaimiento o privación de arriba abajo”, y el verbo *premere* (presionar). Así que significa algo como “presión de arriba abajo que nos hace decaer”. La palabra *premere* viene de una raíz indoeuropea *per*, con el sentido de “golpe”. De ahí las palabras comprimir, exprimir, presión, presionar, preso, impronta, reprimir, suprimir, etc.

El diccionario de la Real Academia Española define a la depresión como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Otros autores como es el caso de Sarason y Sarason (1996) en sus estudios sobre psicopatología, definen el concepto de depresión como un “sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o un suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamiento inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad” (p. 606).

En cambio para Sadock y Sadock (2009) la depresión es un “estado mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, baja autoestima y autorreproche; los signos acompañantes incluyen retraso psicomotor o en más vegetativos, como insomnio y anorexia. El término hace referencia a un estado de ánimo con estas características o a un trastorno del estado de ánimo” (p. 277).

Clasificación de la depresión

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado (DSM-IV-TR) la depresión se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo que están divididos en “trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias” (p. 323).

La depresión se clasifica según la especificación de la gravedad en leve, moderada y grave como se ve en el DSM-IV-TR. Como existe información disponible de estos trastornos del estado de ánimo en diversos textos (por ej. DSM-IV-TR, en sinopsis de psiquiatría de Sadock), aquí sólo se les mencionará brevemente.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor o, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado, por ejemplo, una agitación aguda).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. Los cuales son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros
- Disminución de la energía la mayor parte del día, casi cada día
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso
- Pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día
- Pérdida de la autoestima

- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

En el DSM IV para poder diagnosticar un episodio depresivo mayor se necesita la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas y, que represente un cambio en su actividad diaria que lo incapacite de manera parcial o que lo inmovilice al punto de no salir de casa. Estos síntomas son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Pérdida de interés
- Pérdida de la capacidad para el placer en gran parte de las actividades cotidianas esto puede ser referido por el mismo o por alguien más.
- Pérdida o aumento significativo de peso sin estar sujeto a régimen alimenticio especial
- Insomnio o la hipersomnia
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad
- Culpa excesiva o inapropiada
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- Indecisión hasta en situaciones muy simples como que se va a desayunar hoy

- Pensamientos recurrentes de muerte
- Ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Una de las cuestiones más importante a tomar en cuenta, como lo menciona el DSM-IV-TR, es que al paciente le provoca un malestar general en su vida social, laboral y personal en su interacción con los demás y con él mismo. No está provocado por la presencia de un duelo o por efectos fisiológicos por sustancias ingeridas, como por ejemplo drogas o por alguna enfermedad presentada como puede ser el hipotiroidismo. Además los síntomas duran más de 2 meses en la mayoría de los casos.

Prevalencia de depresión

La Organización Mundial de la Salud estima que 340 millones de personas sufren de depresión clínica en el mundo, y que la depresión se convertirá en la principal causa de discapacidad y el segundo principal responsable a la carga mundial de morbilidad para el año 2020 (Spielberger, 2009).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Belló, M. et al, 2003), los trastornos del estado de ánimo tienen una incidencia del 9.1 % en la población mexicana adulta entre 18 y 65 años y el 7.8 % de esta han tenido episodios de depresión mayor. En el estado de Puebla la misma encuesta menciona que la depresión en hombres es del 1.8 % y en mujeres de 3.9 %. Para las mujeres en relación a los hombres la prevalencia es mayor en 2.5 %. En esta misma encuesta, se reporta que la depresión se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, al igual que en las áreas rurales la prevalencia es mayor en el hombre que en las zonas urbanas, y la mayoría no ha recibido atención médica (Belló, M. et al. 2004).

En México solo el 4.5 % de la población con depresión es diagnosticada y tiene tratamiento. Como lo menciona los resultado de la encuesta aplicada la cifra de mujeres mayores de 18 años en el año 2005 fue de 2 500 000 con depresión, de estas mujeres solo el 27.2 % ha sido diagnosticada por un médico y solo el 7.9 % ha tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. De esta manera el número de caso en los hombres es una cifra de 800 000 mayores de 18 años que han padecido depresión en 2005, el porcentaje de diagnosticados es de 19 % y con tratamiento 6.1 %.

Importancia del diagnóstico y tratamiento de la depresión

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México menciona que solo el 7.9 % de las mujeres y el 6.1 % de los hombres han recibido tratamiento de algún tipo. Es importante para poder dar un buen tratamiento hacer un diagnóstico adecuado y detectar la enfermedad en su fase más temprana.

Existen diversas maneras de tratar a los pacientes con depresión haciendo solo mención de las más utilizadas. Como es el caso del uso de medicamentos como los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO), los inhibidores de la recaptura de la serotonina o inhibidores de la 5HTA y el litio.

También se ha tratado la depresión con terapia electro convulsiva (TEC) principalmente cuando el paciente no responde al tratamiento farmacológico, este tratamiento se ha utilizado desde principios del siglo XX. Barlow y Durand (2001) dicen que la terapia electroconvulsiva consiste:

“En anestesiar al paciente para reducir la incomodidad y se les aplican medicamentos de relajación muscular para evitar la fractura ósea por las convulsiones que suceden durante los ataques. Se administra una descarga eléctrica directamente al cerebro por menos de un segundo, lo que genera un ataque y una serie de breves convulsiones que por lo común

duran algunos minutos. En la práctica actual, se administra un tratamiento diario por un total de 6 y 10 tratamientos (menos si el estado de ánimo del paciente vuelve a la normalidad)” (p. 246).

Otra manera de tratar la depresión ha sido con los tratamientos psicosociales como es el caso de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck que se basa en la observación de los pensamientos negativos profundamente arraigados. Para Beck la depresión es básicamente un trastorno en el pensamiento más que en el estado de ánimo.

Según Beck la depresión se puede describir mejor como una tríada cognitiva de pensamientos negativos sobre sí mismo, la situación y el futuro.

Como lo menciona Sarason y Sarason (1996) “una persona deprimida malinterpreta los hechos en forma negativa, se concentra en los aspectos negativos e cualquier situación y además tiene expectativas pesimistas y desesperanzadas sobre el futuro” (p. 305).

La terapia cognitiva para la depresión emplea técnicas cognitivas y conductuales dependiendo del paciente y de la gravedad de la depresión. Se basa en objetivos bien definidos como hacer que el paciente desempeñe tareas de autoayuda. Posteriormente, el terapeuta trabajará con los pensamientos disfuncionales del paciente para poder modificar sus creencias. Se trabaja con técnicas conductuales como la programación de actividades en el que el paciente lleva un registro de ellas, esto les sirve a los pacientes que se sienten agobiados por las actividades de su vida diaria. El terapeuta también deja tareas que se enfocan a problemas particulares, de acuerdo a la funcionalidad del paciente, que van de mínima a máxima.

Otra forma de tratamiento psicosocial para la depresión es la psicoterapia interpersonal, que se concentra en que el individuo resuelva sus problemas de las relaciones existentes y aprenda nuevas formas de relaciones interpersonales importantes.

Es una terapia muy estructurada que no lleva más de 15 a 20 sesiones de tratamiento, ya que luego de identificar los estresantes que precipitan la depresión, el terapeuta y el paciente trabajan en conjunto en los problemas interpersonales. Por lo general se trabaja con las disputas de roles interpersonales como las matrimoniales, el ajuste de la pérdida de una relación como el proceso de duelo, se adquieren nuevas relaciones, se identifica y corrige las deficiencias en las destrezas sociales que evitan que la persona inicie o conserve relaciones interpersonales.

No son las dos únicas terapias que se utilizan pero si son las que han dado un mejor y más rápido resultado.

Conclusión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que puede incapacitar al paciente por los síntomas que presenta, que altera su calidad de vida de manera significativa dependiendo del nivel de depresión que presente (leve, moderada o grave) y existen diferentes formas de clasificar a los trastornos del estado de ánimo donde se ubica la depresión. Sin embargo, algunos elementos comunes a cualquier trastorno depresivo son principalmente la presencia del estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, la pérdida de interés y pérdida de la capacidad para el placer en gran parte de las actividades cotidianas al igual que la pérdida o aumento significativo de peso sin estar sujeto a régimen alimenticio especial. Se puede presentar insomnio o la hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor así como fatiga o pérdida de energía. Existen sentimientos de inutilidad, de culpa excesiva o inapropiada. Disminuye la capacidad para pensar o concentrarse, sujeto deprimido tiene dificultades con la indecisión hasta en situaciones muy simples como es que se va a desayunar hoy. Aumentan los pensamientos recurrentes de muerte y la ideación suicida recurrente sin un plan específico, aunque puede haber una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

CAPITULO VI. ANSIEDAD

El ritmo de vida actual lleno de estrés, mala alimentación, exceso de trabajo, problemas económicos y un sin número más de agitaciones cotidianas han desarrollado múltiples trastornos en el ser humano. Es muy común ver como cada vez más personas buscan ayuda para contrarrestar todas estas contrariedades que se presentan y obstruyen la buena calidad de vida. A menudo escuchamos a más personas solicitando de remedios caseros para diversos problemas que se les presentan, tales como no poder dormir, o estar constantemente agitadas, tensas, cansadas, exhibir cambios en su alimentación (comen mucho o no comen casi nada), o simplemente irritarse por cualquier nimiedad. Expresiones como “mi vida es caótica”, “necesito vacaciones o me dará un infarto”, “no encuentro la salida”, etc., se han vuelto más abundantes. Todas estas inquietudes diarias pueden causar un trastorno que ya se ha convertido en un problema de salud pública, este trastorno es: la ansiedad.

Definiciones de ansiedad

Todo el mundo experimenta ansiedad, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga. La persona que ha sufrido un ataque de ansiedad manifiesta que siente que está en peligro su vida pero que no sabe cuál es la causa, simplemente sabe que algo malo va a suceder o siente que se va a volver loca.

Si vemos la etimología del término ansiedad ésta se refiere a *anxietas* (latín), que significa angustia o aflicción. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo; angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos”.

El glosario del DSM-IV-TR menciona que la ansiedad es una “anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo” (p. 780).

Para la American Psychiatric Association (1994) está define a la ansiedad como “un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro” (p. 128).

Existen muchas definiciones sobre este trastorno y Sarason y Sarason (1996) la definen de la siguiente forma:

“Como un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, el individuo ansioso muestra combinaciones de los síntomas siguientes: ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos” (p. 156).

Hay algo que no está totalmente definido para la persona que sufre de ansiedad, la causa, no sabe qué le pasa o porque se siente de esa manera por lo tanto Sadock y Sadock (2009) definen a la ansiedad como un “sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, que puede ser interno o externo” (p. 275).

Clasificación de la ansiedad

En el DSM-IV-TR se menciona que los criterios para el diagnóstico de la ansiedad deben presentarse un tiempo de por lo menos 6 meses la mayor parte de los días. Los tiempos de preocupación deben ser constantes y difíciles de cortar.

Va acompañado de los siguientes síntomas: nerviosismo, agitación, tensión, sensación de cansancio, vértigo, frecuencia de micción, palpitations cardiacas, sensación de desmayo, dificultad para respirar, sudoración, temblor, preocupación y aprensión, insomnio, dificultad para concentrarse, vigilancia.

En algunas ocasiones en el trastorno de ansiedad como se menciona en el DSM-IV-TR se pueden presentar crisis de angustia que “se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitations, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control” (p. 401).

El Trastorno de ansiedad está dividido de la siguiente manera como lo maneja el DSM IV:

“El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria)”. (p. 402)

Los criterios para el diagnóstico trastorno de ansiedad son los siguientes que se enlistan a continuación:

- Ansiedad y preocupación excesivas sobre acontecimientos o actividades
- Se presenta por más de 6 meses.
- Dificultad para controlar el estado de constante preocupación.
- Inquietud o impaciencia
- Fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño
- Sueño no reparador
- Malestar clínicamente significativo
- Deterioro social, laboral
- Dificultades en las relaciones sociales.
- Las alteraciones no se relacionan a cuestiones fisiológicas por uso de drogas o por una enfermedad médica
- No aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Prevalencia de ansiedad

En la revista mexicana de psicología se menciona que “la sintomatología ansiosa ocurre con tal frecuencia en la población general que puede considerarse un problema de salud pública, así la prevalencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida es de 10 a 20 % y junto con los trastornos del estado de ánimo y uso de sustancia forman parte de los tres grupos de diagnósticos de mayor ocurrencia en la población en general” (Winokur & Clayton, 1994, p. 211-212)

La ansiedad forma parte de los 23 trastornos mentales de la CIE-10, 28.9 % de la población ha padecido alguno de estos trastornos y la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Uno de los trastornos más frecuentes en esta encuesta es el de ansiedad con 14.3 % alguna vez en la vida, seguido por el trastorno por uso de sustancias con el 9.2 % y los trastornos afectivos 9.1% (Medina-Mora et al. 2003).

Las siguientes estadísticas se retomaron de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) y en ellas se menciona que la ansiedad es un problema de salud pública que afecta al 40.5 % de la población en edades muy tempranas entre 18 y 29 años. Se presenta más frecuentemente en mujeres con una prevalencia del 53.7 %. También afecta en un 67.9 % a la población que no tiene escolaridad o solo nivel primaria. La ansiedad afecta más a individuos casados o en unión libre con un 67.1 % que a diferencia de otras enfermedades como la depresión que afecta más a pacientes solteros.

El estrés es un desencadenante importante de la ansiedad para las personas que están sujetas a un trabajo con un alto nivel de exigencia, el 57.9 % de estas personas han manifestado ansiedad por lo menos una vez en su vida.

Importancia del diagnóstico y tratamiento de la ansiedad

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y las más crónicas, solo una persona de cada diez ha asistido a alguna institución de servicio para ser atendida, ya que se deja la ayuda primero a las redes sociales, a los familiares o amigos, a sacerdotes y ministros y otros simplemente se automedican.

El diagnóstico temprano y oportuno le da al paciente un mejor pronóstico, ya que con el tratamiento adecuado como es la psicoterapia, la farmacología y los grupos de apoyo, la calidad de vida de los pacientes mejora de manera significativa.

Uno de los principales enfoques psicoterapéuticos que se utilizan para manejar la ansiedad es la terapia cognitivo conductual que ha tenido los resultados más eficaces a corto y largo plazo. Las estrategias cognitivas abordan directamente los pensamientos distorsionados mientras que las estrategias conductuales atacan los síntomas somáticos, utilizando la relajación y la biorretroalimentación, esta combinación es más efectiva que las técnicas por separado.

Otra opción que se está utilizando es el tratamiento farmacológico con la prescripción de ansiolíticos principalmente las benzodiazepinas, los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), la buspirona y la venlafaxina. También se utilizan los tricíclicos como la imipramina. Estos tratamientos farmacológicos tienen resultados efectivos tomándolos como lo indica el psiquiatra, por lo regular en periodos de 6 a 12 meses sin interrupción. Se ha visto que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico ha funcionado mejor de manera combinada.

Comorbilidad

La comorbilidad es la presencia coexistente de ambos cuadros clínicos en muchos de los casos clínicos, como es la depresión y la ansiedad. En el DSM-IV-TR habla del trastorno mixto ansioso – depresivo.

Para Mezzich et al. (1990) ellos mencionan que para el diagnóstico simple de ansiedad el número de pacientes es del 70.2 %, y con diagnóstico múltiple el 29.8 %. En los trastornos del estado de ánimo (depresión) el diagnóstico simple es del 57.4 % y el diagnóstico múltiple varía a 42.6 %. El riesgo de sufrir depresión en los pacientes con trastornos de ansiedad crónicos es mayor que el riesgo de ansiedad en los pacientes con trastornos depresivos (Maser y Cloninger, 1990).

En un estudio hecho por Alansari (2005) menciona que la comorbilidad se detecta más en adolescentes, de esta manera entre el 25 % y 50 % de los individuos con depresión muestra comorbilidad con ansiedad y solo el 10 % al 15 % de los adolescentes con ansiedad tiene comorbilidad con depresión.

El hecho de que se presenten síntomas compartidos entre ansiedad y depresión se plantea por la existencia de un factor de afectividad negativa, que interviene en ambos trastornos y agrupa síntomas comunes. Un componente específico para la ansiedad se refiere a la activación fisiológica y para la depresión está en la relación a la baja afectividad positiva. Agudelo (2007) dice que “la ansiedad se definiría en función de una alta afectividad negativa y una alta activación fisiológica (*activación*), mientras que la depresión se caracterizaría por una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva” (p.33).

Zinbarg et al. (1994) mencionan que los síntomas mixtos de afectividad negativa que comparten la ansiedad y la depresión son los siguientes:

Anticipación de lo peor, preocupación, mala concentración, irritabilidad, hipervigilancia, sueño insatisfactorio, llanto, culpa, cansancio, mala memoria, insomnio medio o tardío, sensación de desamparo, desesperanza e insomnio temprano.

En la población clínica y la población general algunos datos registrados señalan que la mitad de las personas con depresión mayor cumple los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Frances et al. 1990). Padecer trastorno de ansiedad constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor como lo indica Bittner (2004).

Las investigaciones (Beuke et al. 2003, Jiménez et al. 2005, Katon et al. 1991, 2001, McWilliams et al. 2001) demuestran que el presentar más de un diagnóstico (comorbilidad) es más frecuente en los trastorno depresivo mayor, el de pánico y de ansiedad generalizada que con otros trastornos de ansiedad, lo que es afirmado también por (Gorwood, 2004) el cual menciona que hasta el “80 % de los pacientes que presenta ansiedad generalizada, desarrolla por lo menos un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida” (p.35).

Por otro lado Sandoval y Villamil (1999) hablan de la presencia de comorbilidad compartida con el Eje II (trastornos de personalidad) y dicen que el 23 % de los pacientes con depresión pueden presentar más frecuentemente un trastorno de personalidad. Los trastornos en los que se presenta con más frecuencia la comorbilidad son: el límite, el de evitación y el de dependencia.

Sadock y Sadock (2009) hablan de la comorbilidad con ansiedad que se presenta con otros trastornos como angustia en un 25%, en el trastorno obsesivo compulsivo de Eje I (TOC) el 30%, con depresión del 8 al 39% y con consumo de otras sustancias y alcohol 25%. Y la comorbilidad con depresión se muestra con trastornos de personalidad (Eje II) en un 23 %, con angustia del 10 al 15%, con fobia social 25%, en el trastorno obsesivo compulsivo de Eje I (TOC) el 12% y con consumo de otras sustancias y alcohol 27%

La ansiedad también puede ser un detonador de enfermedades médicas como colon irritable, colitis ulcerosas, diabetes mellitas, síndrome fatiga crónica, etc. También la ansiedad facilita el abuso del alcohol como paliativo contra la misma.

Conclusión

La ansiedad es un trastorno que puede inmovilizar al paciente por los síntomas que presenta, altera su calidad de vida de manera significativa y existen diferentes formas de

clasificar a los trastornos de ansiedad. Sin embargo, algunos elementos comunes a cualquier trastorno de ansiedad son principalmente las preocupaciones excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de seis meses, en el cual al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación, manifestando inquietud. También se presentan impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco y gran irritabilidad. Otros síntomas que pueden presentarse son tensión muscular, alteración del sueño como dificultad para conciliar o mantener el sueño, dormir y despertar con una sensación de no haber descansado. Otros factores que pueden ser afectados durante la ansiedad son el deterioro social, laboral y en otras áreas importantes de la actividad del individuo como sus relaciones sociales. Estas alteraciones no se presentan por efectos fisiológicos directos de una sustancia como el uso de drogas o por una enfermedad médica.

CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA

Escenario de Investigación

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Puebla en las instalaciones del Servicio de Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana Puebla. Como se menciona en el marco operativo del SOS el objetivo es “desempeñar actividades de docencia e investigación en apoyo al Área de Psicología y establecer una relación recíproca, de apoyo, entre universidad y sociedad para promover servicios de salud mental de alta calidad y bajo costo así como la formación óptima de psicoterapeutas”. Este servicio brinda psicoterapia en modalidad individual y de pareja a cualquier persona que lo solicite con la situación de ser mayor de 16 años, el costo de sesión es de \$50.00 en la terapia individual y \$80.00 en terapia de pareja, aunque para las personas que no tienen los suficientes recursos económicos también se puede solicitar beca y pagar la cantidad que se pueda.

La aplicación de los cuestionarios estuvo abrigada en la materia de Práctica clínica Supervisada I y II de la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, con la intervención de cinco terapeutas que fueron los que aplicaron los cuestionarios a los pacientes que asistieron a terapia en ese momento.

Diseño de Investigación

La investigación siguió una línea cuantitativa, con un diseño pre-experimental de medidas repetidas. Es decir, sólo se consideró a un grupo de pacientes que recibió tratamiento en el SOS. En otras palabras, no hubo un grupo control con el cual comparar los resultados. Se utilizaron medidas repetidas en las siguientes sesiones o momentos: primera, cuarta, octava y doceava sesión. Esto implica que en las sesiones mencionadas se

midió nuevamente la ansiedad y la depresión. Únicamente en la primera sesión se evaluó la percepción del paciente hacia su terapeuta.

Participantes

Se contó con la participación de 5 terapeutas y 39 pacientes. Los cinco terapeutas eran alumnos de la maestría en psicología clínica y psicoterapia, que cursaban el 4º y 5º semestre de la misma maestría. 3 terapeutas eran mujeres y 2 hombres. Los terapeutas informaron identificarse con el enfoque cognitivo – conductual y dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Los pacientes que participaron eran 33 pacientes mujeres y 6 hombres, su edad fluctuaba entre los 16 a 61 años con un promedio de edad de 31 años. El estado civil se dividió en 27 solteros, 9 casados y 3 divorciados. La escolaridad máxima de estudios fue posgrado y la mínima de nivel medio (secundaria, preparatoria, capacitación) distribuidos de la siguiente manera: 3 con posgrado, 30 pacientes con carrera universitaria, uno con carrera técnica, y 5 con estudios de nivel medio. En lo relacionado a sus ocupaciones laborales se encontró que 34 pacientes estaban actualmente laborando, 4 pacientes eran amas de casa y 1 no especificó su ocupación.

De los pacientes en terapia 13 de ellos dijeron que era la primera vez que asistían a terapia, mientras que 26 de los pacientes habían asistido antes a terapia y habían tenido de 2 a 4 terapeutas.

El único criterio de inclusión fue que estuvieran tomando terapia en el Servicio de Orientación Psicológica y que aceptaran participar en la investigación.

Instrumentos y materiales

Formato de consentimiento informado

Para este estudio se pidió a los pacientes que firmaran un consentimiento informado para cuidar la confidencialidad del paciente y los aspectos éticos. Esta carta de consentimiento le pedía claramente su autorización al paciente para participar en la investigación, explicándole en qué consistía el estudio, el tiempo de duración y los alcances de la misma. Así también dando los datos del responsable de la investigación.

Inventario de Depresión de Beck para México

Para hacer uso del Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI) se investigó sobre el proceso psicométrico de estandarización para México. Se encontró un estudio que fue realizado en la ciudad de México y que está publicado en la revista Salud Mental del 3 de junio de 1998. A continuación se detalla brevemente el proceso y las conclusiones a las que se llegaron:

Jurado y otros autores en 1998 hicieron una investigación que se conformó por la realización de tres estudios:

Lo primero fue hacer una traducción y adaptación de acuerdo a los lineamientos internacionales establecidos para los instrumentos de evaluación psicológica. La muestra normativa fue de 1508 personas adultas en edades entre 15 y 65 años. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. El análisis factorial reveló que la versión mexicana del inventario, al igual que la original, se compone

por tres factores. Al final se obtuvieron las tablas normativas tanto para estudiantes como para la población en general.

El segundo estudio evalúa la validez concurrente entre Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung tomando una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión en edades que fluctuaban entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70$, $p < .000$.

El último estudio evalúa nuevamente la validez concurrente entre Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung, pero esta ocasión en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65$, $p < .000$.

En base a estos tres estudios los autores llegaron a las siguientes conclusiones:

- Cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez para evaluar los niveles de depresión en México.
- Da cumplimiento cabal al proceso psicométrico
- Es aceptada la traducción y adaptación para los lineamientos internacionales de los instrumentos de medición psicológica.

Por lo anterior se procedió a la decisión de utilizar el Inventario de Depresión de Beck, que es un cuestionario formado por 21 preguntas para medir sintomatología depresiva durante los últimos 15 días, en muestras clínicas y no clínicas. La forma de calificar este inventario es en una escala de 0 a 3 (0=ausencia del síntoma y 3=severidad máxima) donde los valores más altos representan sintomatología más severa.

Como ya se había descrito anteriormente este inventario fue adaptado para la población mexicana en el año de 1998 (Jurado, S. et al.), se estandarizó en la ciudad de

México, y tiene índices adecuados de confiabilidad (alfa =.78) y validez factorial y es concurrente para población mexicana.

Los aspectos cualitativos (Ítems) son los siguientes:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Fracaso
4. Insatisfacción
5. Culpabilidad
6. Castigo
7. Autodescontento
8. Autoacusación
9. Ideas suicidas
10. Llanto
11. Irritabilidad
12. Aislamiento social
13. Indecisión
14. Alteración de la imagen corporal
15. Dificultades e inhibiciones laborales
16. Insomnio
17. Fatigabilidad
18. Pérdida de apetito
19. Pérdida de peso
20. Preocupaciones somáticas
21. Pérdida de interés sexual

Inventario de Ansiedad de Beck versión mexicana

De la misma manera se investigó sobre la adaptación del inventario de ansiedad de Beck para México y se encontró un estudio en la Revista Mexicana de Psicología del año 2001.

El objetivo de este estudio fue traducir el inventario y determinar las propiedades psicométricas en la población mexicana. La investigación se llevó a cabo con cuatro estudios:

1. Se tradujo y se aplicó a una muestra de estudiantes universitarios
2. Se replicó el análisis de consistencia interna y validez factorial del instrumento en muestra abierta (1000 sujetos)
3. Se determinó la confiabilidad Test retest y la validez convergente del inventario en correlación de este inventario contra el Inventario de Ansiedad de Rasgo Estado (IDARE)
4. Se compararon las puntuaciones medias del inventario entre pacientes con trastornos de ansiedad y sujetos voluntarios sanos.

Se llegó a las siguientes conclusiones: 1. El inventario en su versión mexicana demostró una alta consistencia interna (alphas de .84 y .83, en estudiantes y adultos, respectivamente), 2. Alta confiabilidad Test retest ($r = .75$), 3. Validez convergente adecuada entre BAI e IDARE (Moderados, positivos y con una $p < .05$), 4. Estructura factorial de cuatro factores principales congruente con otros autores para la versión original y 5. Diferencia notable entre las puntuaciones promedio del Inventario de pacientes con trastornos de ansiedad versus sujetos normales ($t = -19.11$, $p < .05$)

Por todo lo anteriormente descrito el Inventario de Ansiedad de Beck en su versión mexicana es válido para medir síntomas de ansiedad y se toma la decisión de hacer uso en esta investigación del mismo. El Inventario de Ansiedad de Beck, es una escala autoaplicable, que está conformado por 21 preguntas que miden la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos (0=ausencia del síntoma y 3=severidad máxima).

El inventario tiene en población Mexicana con una consistencia interna aceptable en estudiantes y adultos (alfas de .84 y .83, respectivamente), alta confiabilidad test-retest ($r = .75$), validez convergente adecuada (correlaciones positivas y significativas con el

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) y estructura factorial congruente con la versión original (Robles et al. 2001).

Los síntomas físicos de ansiedad se miden en los ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 13, 17, 19, 20, 21 y en las preguntas 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 se mide la ansiedad subjetiva y el pánico.

Las Normas de calificación del Inventario de Ansiedad de Beck para México son las siguientes:

NIVEL DE ANSIEDAD	PUNTAJE CRUDO	RANGO PERCENTILAR
Mínima	0 – 5	1 – 10
Leve	6 – 15	25 – 50
Moderada	16 – 30	75 – 90
Severa	31 – 63	95 – 99

N=1000

Escala Global

Otro cuestionario es la “Escala Global” que es un instrumento que fue creado para esta investigación, no cuenta con validez y confiabilidad. Contiene 8 ítems que mide el funcionamiento de varias área de la vida a causa de problemas como son (laboral/escolar, relaciones de amistad, actividades en ratos libres [diversión, dispersión], relación de pareja, relaciones familiares, salud física en general y vida sexual).

El paciente indica cómo se siente en una escala de 1 a 6, donde los valores son: 1=Nada, 2=Casi nada, 3=Poco, 4=Regular, 5=Mucho y 6=Muchísimo.

Escala de percepción sobre su terapeuta

El último instrumento es el “Cuestionario de percepción sobre su terapeuta” que está compuesto por 30 ítems que se aplica después de la primera sesión de psicoterapia. Cuenta con validez y confiabilidad. El paciente especifica cómo percibió a su terapeuta en diversas áreas en una escala que va desde 0 a 4, en donde 0=Nada, 1=Poco, 2=Regular, 3=Mucho y 4=Totalmente.

Los ítems del 1 al 17 evalúan como el paciente percibió a su terapeuta con las siguientes palabras:

Profesional	Ameno
Intuitivo	Gracioso
Consejero	Alegre
Preciso	Confiable
Hábil	Dispuesto
Claro	Honesto
Convincente	Razonable
Simpático	Franco
Empático	

Confiabilidad. La escala de experto y confiable tiene consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de .81 y .83, respectivamente. La validez de las escalas se obtuvo con el coeficiente de correlación de Pearson (Alcázar, 2007), donde mayores puntajes en ambas escalas se asocian significativamente con la asistencia a mayor número de sesiones.

Procedimiento con los Participantes

Para la realización del presente estudio se solicitó permiso a las autoridades del SOS (Servicio de Orientación Psicológica) mediante una carta para poder hacer uso de las instalaciones del servicio y poder aplicar los cuestionarios en los pacientes que tomaban terapia en el servicio.

Posteriormente el asesor de la materia de Práctica clínica supervisada I y II (grupo A) instruyó a los cinco terapeutas sobre el contenido de los cuestionarios, su forma de calificación, como se abordarían a sus pacientes para pedir el consentimiento para participar en el estudio, etc., y los terapeutas aplicaron los cuestionarios directamente a sus pacientes.

En la primera sesión se explicó en qué consistía la investigación a la cual se les estaba invitando a participar, los pacientes una vez que aceptaron intervenir firmaron un consentimiento informado autorizando su colaboración. La primera sesión tuvo una duración de una hora y treinta minutos, para poder aplicar los instrumentos necesarios para esa primera entrevista compuesto de: el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala global y el cuestionario de percepción del paciente sobre su terapeuta. Solo en la primera se aplicó el cuestionario de percepción del paciente. Es importante mencionar que todos los pacientes aceptaron participar de manera voluntaria.

En las sesiones 4ª, 8ª y 12ª sesión se aplicó el cuestionario compuesto por el Inventario de Depresión de Beck para México y el Inventario de Ansiedad de Beck versión mexicana y la Escala Global, después de terminada cada sesión.

La recolección de datos comenzó en febrero de 2009 y concluyó en febrero de 2010 debido a que los pacientes cumplían sus 12 sesiones en diferentes momentos dependiendo de su fecha de inicio de tratamiento.

La captura se llevó a cabo en el programa SPSS (Paquete estadístico para las ciencias sociales) versión 10.

Procedimiento de análisis de resultados

Para examinar los resultados se empleó la prueba de Friedman, la cual es análoga al análisis de varianza de medidas repetidas. Aunque la muestra inicial se formó de 39 participantes, debido a que algunos expedientes tenían información incompleta, sólo se utilizaron aquellos donde se contaba con toda la información para el análisis. En consecuencia, sólo 19 expedientes tenían los datos completos, es decir, tenían mediciones en cuatro momentos: 1ª, 4ª, 8ª y 12ª sesión. Los datos se analizaron con la prueba de Friedman la cual es adecuada para esta investigación porque es no paramétrica y está justificada porque los datos para el análisis fueron de una muestra pequeña ($n=19$).

CAPITULO VIII. RESULTADOS

Los pacientes asistieron de 1 a 29 sesiones, Media= 11.59, DE= 7.69, Modas= 4 (n= 7) y 12 (n= 7), ver Tabla 2.

Tabla 2. Número de sesiones que asistieron los pacientes

Número de sesiones que asistieron los pacientes	Número de pacientes
1	1
2	1
3	1
4	7
5	1
6	0
7	3
8	3
9	2
10	1
11	0
12	7
13	2
14	0
15	0
16	0
17	1
18	0
19	0
20	1
21	0
22	3
23	1
24	1
25	1
26	1
27	0
28	0
29	1
Total= 39	

No se encontró una correlación significativa entre el número de sesiones que se asistió y el grado en que percibieron los pacientes al terapeuta como experto (r de Spearman= $-.001$, $n= 39$) y confiable (r de Spearman= $-.215$, $n= 39$). Los valores de correlación son débiles, lo cual sugiere una pobre o nula asociación entre las sesiones que asistieron los pacientes y el grado en que percibieron al terapeuta como experto (Figura 2) y confiable (Figura 3).

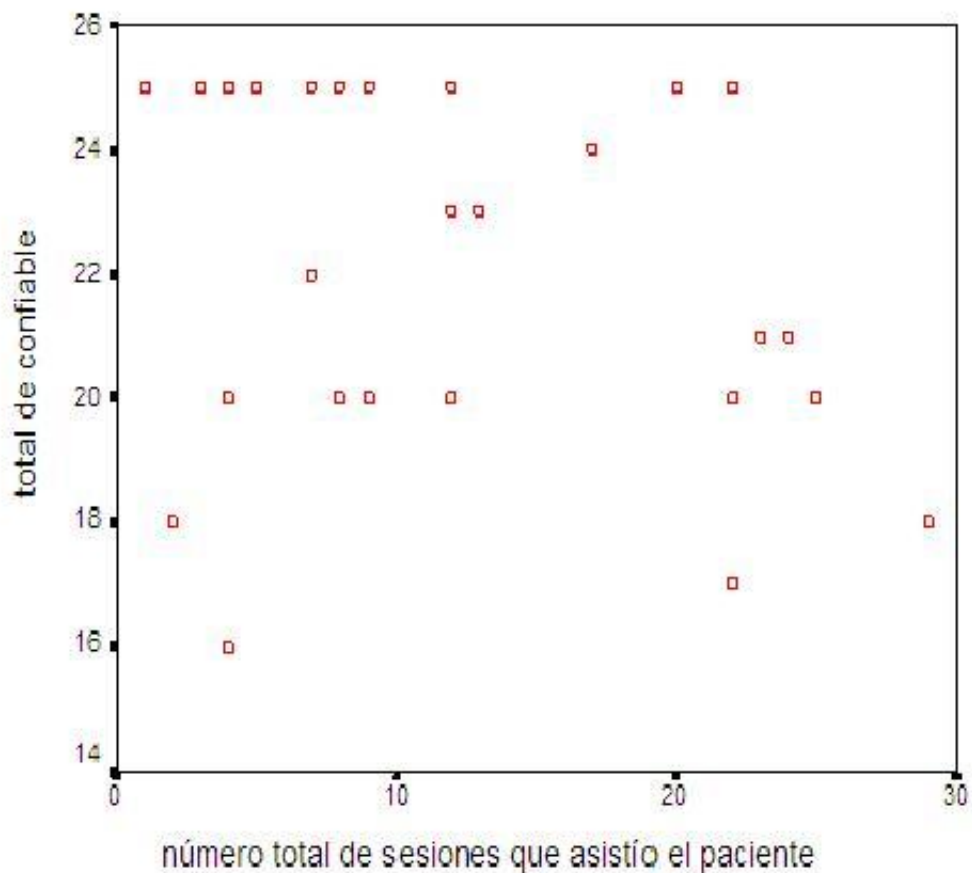


Figura 2. Grado en que percibieron al terapeuta como experto

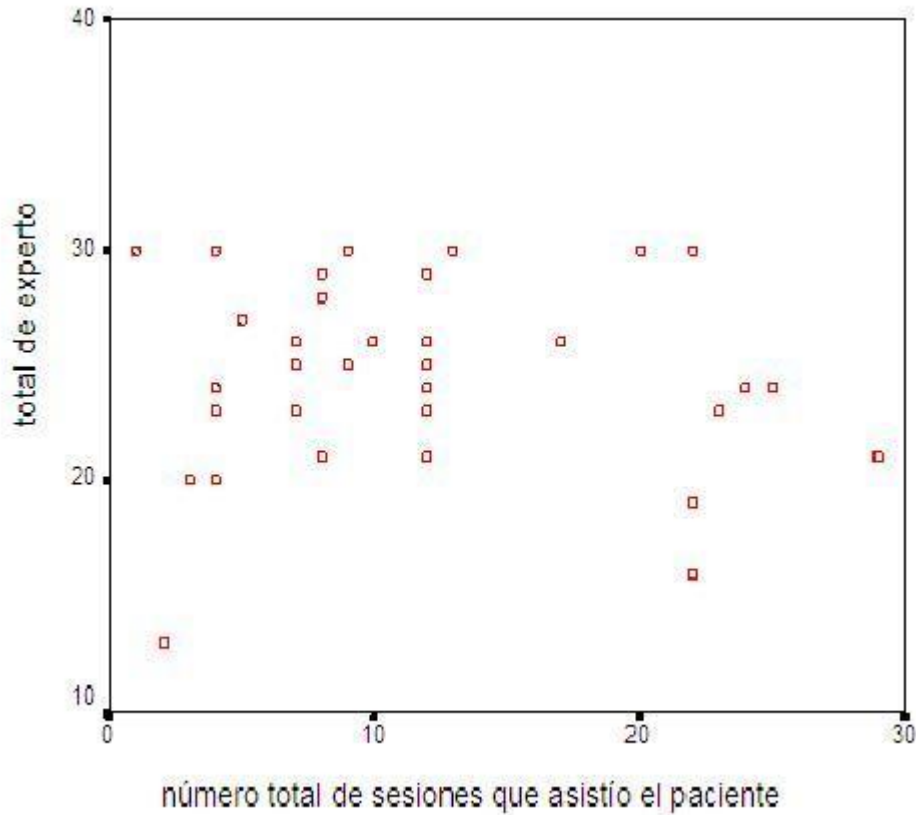


Figura 3. Grado en que percibieron al terapeuta como confiable

En cuanto a la intensidad de los síntomas de depresión al terminar las 12 sesiones, éstos disminuyeron de 12 (depresión leve) a 4 (depresión mínima). La prueba de Friedman fue significativa (tabla 3). Esto indica que los síntomas depresivos de los participantes lograron reducirse poco a poco conforme avanzaron las sesiones. En cuanto a la ansiedad, disminuyó de 34 (ansiedad severa) a 25 (ansiedad moderada). La prueba de Friedman fue significativa (tabla 3). Lo cual indica que la ansiedad de los participantes pudo reducirse a medida que pasaron las sesiones.

Tabla 3. Cambios en los niveles de depresión y ansiedad a lo largo de las sesiones.

Mediciones	Número de sesión	Media	Desviación típica	Mediana	Friedman
Depresión	1ª	15.63	8.00	12.00	23.34***
	4ª	12.16	7.32	10.00	
	8ª	9.32	8.33	9.00	
	12ª	5.95	6.83	4.00	
Ansiedad	1ª	39.16	10.01	34.00	35.02***
	4ª	29.79	9.40	28.50	
	8ª	29.26	7.82	27.00	
	12ª	26.79	7.09	25.00	

*** $p < .001$

Con respecto a la escala global, la cual midió el grado en que los problemas de los participantes les afectan en distintas áreas de su vida, los resultados fueron los siguientes. En la pregunta, “¿A causa de mis problemas mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo afectada...?” las opciones de respuesta fueron: Nada (puntaje= 1), Casi nada (puntaje=2), Poco (puntaje=3), Regular (puntaje=4), Mucho (puntaje=5) y Muchísimo (puntaje=6). Los pacientes informaron en el pretest que su vida social estaba “Regular” (valor de la Mediana=4). Sin embargo, cuando llegaron a la sesión 12 informaron que su vida social estaba siendo “nada” afectada (valor de la mediana=1). La diferencia fue significativa (tabla 4), lo sugiere una mejora importante en las relaciones sociales del paciente.

En cuanto al funcionamiento en el trabajo o escuela, al inicio del tratamiento la mediana fue “Poco” (valor=3) y al finalizar el tratamiento el funcionamiento en el trabajo o escuela estaba siendo afectada en “Casi nada” (valor=2) lo cual no fue significativo (tabla 4). En cambio en las actividades habituales en ratos libres como salidas, cenas, diversión, viajes, prácticas deportivas, etc., al inicio del tratamiento la mediana de los participantes fue “Regular” (valor=4) y al llegar a la sesión 12 había cambiado a “Nada” (valor=1), esta diferencia fue significativa (tabla 4) lo cual muestra que los problemas de los pacientes les afectaron cada vez menos conforme avanzó el tratamiento.

Tocante a la pregunta de “mi relación de pareja...”. La mediana de los participantes al inicio del tratamiento fue “Poco” (valor=3), pero al llegar a la sesión 12 fue reportada en “Nada” (valor=1) lo cual no fue significativo (tabla 4). En cambio con respecto a la afectación de “mi relación familiar en general”, al inicio del tratamiento los problemas de los pacientes afectaban “Regular” (valor=4). En cambio al llegar a la sesión 12 la mediana se encontraba en “Casi nada” (valor=2) lo cual fue significativo (tabla 4). Esto sugiere que los problemas se disminuyeron con respecto a las familias de los pacientes.

En cuanto a la pregunta de “mi salud física en general...” los participantes en la sesión 1 del tratamiento presentaron una mediana “Regular” (valor=4), al llegar a la sesión número 12 el reporte de la mediana fue “Casi nada” (valor=2). Esta diferencia no fue significativa (tabla 4). En relación a “mi vida sexual...” en la primera sesión la mediana de los participantes en el tratamiento fue “Casi nada” (valor=2) pero al llegar a la doceava sesión el resultado de la mediana fue “Nada” (valor=1) y no fue significativo (tabla 4).

Finalmente, en lo relativo a cómo está siendo afectada “mi vida en general”, al inicio del tratamiento la mediana fue “Regular” (valor=4) y al transcurrir 12 sesiones del tratamiento se reporta la mediana en “Casi nada” (valor=2). La diferencia se considera significativa (tabla 4).

Tabla 4. Grado en el cual los problemas del paciente afectan en distintas áreas de su vida*

Áreas	Número de sesión	Media	Desviación típica	Mediana	Friedman
Vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas)	1 ^a	3.68	1.57	4.00	9.08*
	4 ^a	3.05	1.81	3.00	
	8 ^a	2.42	1.61	2.00	
	12 ^a	2.11	1.56	1.00	
Funcionamiento en el trabajo/escuela	1 ^a	3.42	1.43	3.00	6.34
	4 ^a	3.16	1.77	3.00	
	8 ^a	2.74	1.73	3.00	
	12 ^a	2.37	1.57	2.00	
Actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, viajes, prácticas deportivas...)	1 ^a	3.74	1.63	4.00	10.27*
	4 ^a	2.84	1.92	3.00	
	8 ^a	2.32	1.86	2.00	
	12 ^a	2.26	1.59	1.00	
Relación de pareja	1 ^a	2.58	2.01	3.00	3.12
	4 ^a	2.42	1.95	2.00	
	8 ^a	1.74	1.24	1.00	
	12 ^a	1.79	1.40	1.00	
Relación familiar en general	1 ^a	3.68	1.60	4.00	9.10*
	4 ^a	2.79	1.78	3.00	
	8 ^a	2.58	1.57	2.00	
	12 ^a	2.26	1.48	2.00	
Salud física en general	1 ^a	3.44	1.50	4.00	7.03
	4 ^a	2.67	1.68	3.00	
	8 ^a	2.61	1.61	2.00	
	12 ^a	2.33	1.50	2.00	
Vida sexual	1 ^a	2.33	1.75	2.69	1.96
	4 ^a	2.28	1.64	2.56	
	8 ^a	2.22	1.52	2.46	
	12 ^a	1.94	1.47	1.89	
Vida en general	1 ^a	4.05	1.35	4.00	14.12**
	4 ^a	3.16	1.71	4.00	
	8 ^a	2.74	1.37	3.00	
	12 ^a	2.26	1.52	2.00	

Mayor puntaje indica mayor grado en que los problemas están afectando la vida de la persona.

* $p < .05$, ** $p < .01$

CAPITULO IX. DISCUSIÓN

La primera hipótesis planteada en este estudio menciona que los pacientes que perciben al terapeuta como más experto y confiable en la primera sesión, asistirán a más sesiones. Se encontró que no existe correlación significativa entre el número de sesiones que asiste el paciente y el grado en que percibieron a su terapeuta como experto y confiable, ya que la correlación es débil y esto sugiere una pobre o nula asociación. Por lo tanto los resultados encontrados no apoyan a otros estudios realizados como es el caso de McNeill et al. (1987) en el cual observaron que los pacientes que percibieron a su terapeuta como agradable y experto, asistieron por lo menos a tres sesiones o más, en promedio 7.38 sesiones a diferencia de los que abandonaron el tratamiento. El resultado obtenido también discrepa de los estudios realizados por otros autores como (Gurman, 1977; Blatt, et al., 1996; Asay y Lambert, 1999; Bachelor, 1995 y Horvath, 2001; Mohl et al., 1991; Fiester, 1977 y Alcázar, 2007) en los cuales observaron que los pacientes que perciben más características positivas de su terapeuta regresarán a la siguiente sesión.

En la presente investigación la asistencia a mayor número de sesiones no se correlacionó con la percepción que tuvieron los pacientes del terapeuta en la primera entrevista. Posiblemente el resultado surgió por la deseabilidad social. Debido a que los terapeutas aplicaron personalmente a los pacientes los cuestionarios de percepción, entonces los pacientes se sintieron obligados a “quedar bien” con el terapeuta, sin importar si lo percibieron como experto o no. En consecuencia evaluaron a los terapeutas de forma muy positiva, pues a veces es preferible mentir para quedar bien con el evaluador. Futuras investigaciones deberían evaluar también la deseabilidad social para identificar si los pacientes intentan quedar bien o no. Otra posible solución sería que los cuestionarios de percepción sean aplicados por una tercera persona (por ejemplo la secretaria).

La segunda hipótesis buscó conocer si la sintomatología ansiosa y depresiva disminuye en los pacientes conforme asisten a más sesiones. Como resultado, ambas sintomatologías disminuyeron significativamente según lo mostró la prueba de Friedman. Estos resultados concuerdan con la literatura donde se sostiene que los pacientes que se mantienen más tiempo en la terapia mejoran más que quienes asisten a menos sesiones. Por ejemplo, Howard et al., (1986) encontraron que el 50% de los pacientes mejoraron en aproximadamente 8 a 13 sesiones de tratamiento y tenían un diagnóstico de ansiedad y depresión. Lo mismo se encontró en el estudio de Steenbarger (1994) donde demostró que el mayor beneficio se obtiene cuando los pacientes asisten en promedio de 8 a 12 sesiones.

De esta manera en la investigación se corrobora lo descrito por otros autores. Un factor que posiblemente influyó en la mejoría de los pacientes pudo ser el enfoque Cognitivo – Conductual que informaron los terapeutas, ya que en este enfoque se ha demostrado un buen resultado en el tratamiento de pacientes con ansiedad y depresión.

En esta investigación se observó que la depresión y la ansiedad son indicadores que permiten conocer si las personas van mejorando conforme avanzan las sesiones. El estudio confirma que las personas pueden responder al tratamiento de manera adecuada, y que la mejoría en su depresión y ansiedad también se reflejó en que mejoran en diversas áreas de su vida.

Otra cuestión que pudo haber influido en el resultado de la investigación es que los pacientes que asistieron a más sesiones (n= 19) fueron los que reportaron mayor mejoría en su sintomatología ansiosa y depresiva. Esto es, parece haber una relación directa entre asistir a más sesiones y lograr mayor mejoría.

La tercera hipótesis aborda que los pacientes que asisten a un mayor número de sesiones mejoraran en distintas áreas de su vida. Esto se cumplió parcialmente. En lo tocante a la vida social, los ratos libres, la relación familiar y la vida en general los

resultados obtenidos indican mejoría significativa. Por el contrario, en las áreas restantes que se midieron como es la relación de pareja, el funcionamiento en el trabajo y/o escuela, la salud física y la vida sexual los resultados muestran que no hubo mejoría significativa. Tal vez la hipótesis sólo tuvo apoyo parcial debido la diversidad de motivos de consulta que presentaron los pacientes. Si no todos tenían el mismo problema, entonces el impacto en la vida de la gente podía variar en términos de qué áreas de su vida está siendo afectada. De existir esta diferencia entre los pacientes (no todos tenían el mismo problema), entonces se vuelve difícil evaluar si todos mejoran en las mismas áreas (social, ratos libres, relación familiar, vida sexual, salud física y vida laboral).

Algunas de las limitaciones que se encontraron en el estudio fueron la aplicación solo escrita de los cuestionarios que no nos permiten una retroalimentación como por ejemplo el lenguaje no verbal. La población que tuvo características heterogéneas, en donde vemos limitaciones como el medio socioeconómico y el tamaño pequeño de la muestra. Otra limitación fue que no todos los pacientes concluyeron el mínimo de 12 sesiones y por lo tanto no se aplicaron los cuestionarios, de esta manera solo se pudo medir a 19 personas en lugar de las 39 que formaban la muestra completa.

Otro estudio que queda pendiente para futuras investigaciones es el de los veinte pacientes que no concluyeron por lo menos las 12 sesiones pactadas y por lo tanto no sabemos si hubieran mejorado de haber terminado el tratamiento o ya habían mejorado en ese tiempo que asistieron. Se puede suponer que al realizar un cuestionario de seguimiento se podría medir la mejoría real que se tuvo con el número de sesiones a las que hayan asistido.

Se puede llegar a varias conclusiones. Por ejemplo, no se encontró evidencia a favor de la hipótesis de que los pacientes que perciben al terapeuta como más experto y confiable en la primera entrevista asistirán a más sesiones. En segundo lugar, los pacientes que asistieron a más sesiones tuvieron mayor mejoría en su sintomatología

ansiosa y depresiva, indicando la efectividad del tratamiento. En tercer lugar, los pacientes mejoraron parcialmente en diversas áreas de su vida en general (social, familiar y ratos libres). La limitación más importante fue la pérdida de participantes para analizar los datos. Mientras que a la primera sesión llegaron 39 pacientes, sólo 19 completaron 12 sesiones. En consecuencia, las conclusiones de la investigación sólo aplican a 19 personas, y se desconoce el estatus de las 20 restantes. Aunque las causas para dejar el tratamiento pueden ser múltiples, algunas de las más frecuentes que tal vez se apliquen en este caso son: los pacientes no tenían problemas graves por lo cual sólo necesitaron pocas sesiones, otra razón es el tratamiento psicoterapéutico. El problema de por qué las personas dejan la terapia es difícil o quizá imposible de resolver de forma definitiva con causas únicas.

Factores que pueden contribuir a la mejoría de los pacientes

Cada individuo es único, pero hay características similares en los pacientes que influyen en la mejoría de estos. Como podemos ver en esta investigación algunos de los factores que influyeron en su recuperación pueden ser:

- Constancia en la asistencia de los pacientes a sus sesiones terapéuticas
- Cumplimiento de las tareas solicitadas por su terapeuta
- Una buena red social de apoyo
- Una actitud positiva hacia su padecimiento
- Su deseo de sentirse mejor
- Que el paciente haya sentido que realmente es ayudado durante la terapia

Se puede retomar la investigación incluyendo a los dos grupos que manejan un enfoque diferente al grupo con el que se trabajó (cognitivo conductual) en el SOS.

Se podría también dar seguimiento a los pacientes que no concluyeron el tratamiento para medir los resultados de la terapia.

Otro estudio podría ser dar seguimiento al año de tratamiento a los pacientes que mejoraron significativamente para ver la duración del tratamiento.

REFERENCIAS

Agudelo, Diana et al. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30, 2

Alansari B. Relationship Between Depression And Anxiety Among Undergraduate Students In Eighteen Arab Countries: A Cross-Cultural Study. *Social Behav Personal*, 33:503-512, 2005.

Alcázar Olán, R. (2007) Primera entrevista y su relación con la asistencia de los pacientes a las sesiones, La: México, UNAM

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México: International Thomson Editores

Bachelor, A. (1995). Client's perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.

Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). The therapeutic relationship. En Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. (Eds). *The heart and soul of change: What Works in therapy* (pp. 133-178). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Quinlan, D. M. & Pilkonis, P. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.

Beuke C, Fischer R, Mcdowall J: Anxiety And Depression: Why And How Measure Their Separate Effects. *Clin Psychol Review*, 23:831-848.2003.

Bittner A, Goodwin Rd, Wittchen H, Beesdo H, Höfle M, Lieb R: What Characteristics Of Primary Anxiety Disorders Predict Subsequent Major Depressive Disorder?. *J Clin Psychiat*, 65:618-626, 2004.

Bohart, A. (2000). The client is the most important common factor: Client's self healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 127-149.

Condrau, G. (1981). *Introducción a la psicoterapia*. México: Diana

Costa Cabanillas, M. & López Méndez, E. (2003). *Consejo psicológico*. España: Editorial Síntesis

De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós

- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995). Masson
- Duehn, W. & Proctor, E. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 284-290.
- Duncan, B. (2002). The Legacy of Saul Rosenweig: The profundity of the Dodo Bird. *Journal of psychotherapy integration*, 12, 32-57.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Stotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. & Parloff, M.B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fleiz, C. (2003). Los servicios de salud mental: ¿Quiénes reciben tratamiento, de qué tipo y cuánto tardan en recibirlo? Exposición oral en el Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad de Campeche, México.
- Frances A, Widiger T, Fyer M: The Influence Of Classification Methods On Comorbidity. En: Maser Jd Y Cloninger Cd (Dir.). *Comorbidity Of Mood And Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press, 41-59, Washington, 1990.
- Garfield S. L., (1979). *Psicología clínica: el estudio de la personalidad y la conducta*. México: El Manual Moderno
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En Bergin, A. & Garfield, S. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed. Pp. 190-228) New York: John Wiley.
- Gorwood P: Comorbilidad Del Trastorno De Ansiedad Generalizada Y El Trastorno Depresivo Mayor: ¿Un Ejemplo De Peliotropía Genética? *Eur Psychiat*, 19:27-33, 2004.
- Gurman, A.S. (1977). The patient's perceptions of the therapeutic relationship. En A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy* (pp. 503-545). New York:

Pergamon.

Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. En Norcross, J. (Ed). Psychotherapy relationships that work (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.

Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Howard Kenneth I., Kopta Mark S., Krause Merton S., Orlinsky David E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 159-164.

Howard, K. I. & Orlinsky, P. E. (1986). Process and outcome. En Garfield, S. & Bergin, A. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York: Wiley and Sons.

Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.

Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la Melancolía y la Depresión*, Madrid : Turner

Jerry Phares & Trull, T. J. (2000). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno

Jiménez H.Pinzón, F., (1983). *Técnicas psicológicas de asesoramiento y ayuda interpersonal (counseling)*. Madrid: Narcea Ediciones

Jiménez T., Bojorquez C., Blas G., Landa V., Caraveo A.: *Panorama Del Trabajo De Investigación En Epidemiología Psiquiátrica En México: Últimos 30 Años*. *Salud mental*, 28:70-78, 2005.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3): 26-31

Katon W, Roy-Byrne P: Mixed Anxiety And Depression. *J Abnorm Psychol*, 100:337-345.1991.

Katon W, Sullivan M. Walker E: Medical Symptoms Without Identified Pathology: Relationship To Psychiatric Disorders, Childhood And Adult Trauma And Personality Traits. *Ann Intern Med*, 134:917-925, 2001.

Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En Norcross, J y Golfried, M. (Eds.) *Handbook of*

psychotherapy integration (p. 94-129). New York: Basic books.

Lambert, M. y Barley, D. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En Norcross, J. (Ed) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (p. 17-32). New York: Oxford University Press.

Lambert, M. E. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.

Lambert, M. J. DeJulio, S. S. & Stein, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.

Linn, S.J. y Garske (1988). *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Declée de Brouwer. Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., & Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1.

Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Ogles, B.M., Anderson, T. & Lunnen, K.M. (1999). The Contribution of Models and Techniques to Therapeutic Efficacy: Contradictions Between Professional Trends and Clinical Research. En Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. *The heart & soul of change: What works in Therapy* (pp. 201-225). Washington: American Psychological Association.

Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.

Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 5-9

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2009). *Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta / psiquiatría clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins

Sandoval, L. X. & Villamil, V. (1999). Comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de personalidad. *Salud mental*, 22, 3

Sarason, I.G & Sarason, B.R. (1996). *Psicología anormal: problema de la conducta inadaptada*, el. México: Prentice Hall

Shapiro, D., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Spielberg, C. D. & Reheiser, E. E. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression and curiosity. *Applied psychology: Health and Well-Being*, 1 (3), 271-302

SPSS para las ciencias sociales, P. E. para windows, versión 10.0 7 en español (software de computadora). 2000 Chicago, EEUU. SPSS Inc

Steenbarger, B. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 111-119.

Tracey, T. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 784-788.

Wampold, B., Mondin, G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.

Weinberger, J. & Eig, A. (1999). Expectancies: The ignored common factor in psychotherapy. En I. Kirsch (Ed). *How expectancies shape experience* (pp. 357-382). Washington: American Psychological Association.

Wolberg, L. R. (1967). *The technique of psychotherapy* (Vol. 1). New York: Grune & Stratton.

ANEXOS

ATENTA INVITACIÓN

Solicitamos su valiosa participación para conocer cuáles son los efectos del tratamiento psicológico en las personas que solicitan ayuda. Para ello estamos llevando a cabo una investigación para conocer cómo se encuentra la gente cuando llega al Servicio de Orientación Psicológica, cómo se siente con su terapeuta, y qué sucede conforme avanzan las sesiones.

La investigación consiste en la aplicación de unos cuestionarios antes de su primera entrevista para evaluar cómo se encuentra actualmente (por ej. síntomas de depresión y ansiedad) y al finalizar la misma se pedirá su punto de vista de cómo se sintió con su terapeuta. Conforme avancen las sesiones se evaluará qué efectos está teniendo el tratamiento en usted.

Solicitamos su permiso y consentimiento para colaborar con este estudio que tiene propósitos científicos y estadísticos por lo cual sus datos serán identificados con un número. De igual forma, sus respuestas serán empleadas junto con las de otras personas para elaborar estadísticas.

En caso de que esté de acuerdo, le pedimos llenar el siguiente consentimiento:

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente expreso mi consentimiento para participar en esta investigación sobre los efectos del tratamiento psicológico. Así también, se me ha informado de lo siguiente:

- Estoy enterado(a) de que la duración del tratamiento es generalmente de 12 sesiones.
- Se me hará una evaluación con unos cuestionarios antes y después de mi primera entrevista.
- Se me hará una evaluación de cómo me he sentido después de iniciado el tratamiento: a las 4, 8 y 12 sesiones después de mi primera entrevista.
- Se me hará una evaluación a los 6, 9 y 12 meses después de iniciado el tratamiento (esto es independientemente del número de sesiones que yo asista).
- En caso de que yo deje de asistir al tratamiento (por cualquier razón), de todas maneras Doy autorización a que se comuniquen conmigo (doy mis datos más abajo) y estoy dispuesto(a) a asistir para responder los cuestionarios.
- Mientras que estoy de acuerdo en participar en esta investigación, también estoy consciente de que puedo cambiar de decisión en cualquier momento para dejar de participar, sin penalización alguna.
- Por cualquier queja que tenga, me puedo dirigir con el Dr. Raúl Alcázar Olán, tel. 372-30-52, responsable de la investigación.

Atentamente

Nombre y firma: _____

Tel. Celular: _____

Teléfono para recados: _____

Email: _____

INVENTARIO DE BECK

BDI*

NOMBRE _____

FECHA _____ EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

¿CON CUÁNTOS TERAPEUTAS (PSICÓLOGOS Y/O PSIQUIATRAS) HA ASISTIDO USTED ANTES CON EL PROPÓSITO DE RECIBIR PSICOTERAPIA? _____

POR FAVOR LEA CADA ORACIÓN CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE ENCUENTRA AL LADO DE LA ORACION QUE USTED ESCOGIÓ. SI VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO, CIRCULE CADA UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1. 0 YO NO ME SIENTO TRISTE
 1 ME SIENTO TRISTE
 2 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO
 3 ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO

2. 0 EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL FUTURO
 1 ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO
 2 SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO
 3 SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS
 NO PUEDEN MEJORAR

3. 0 YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO
 1 SIENTO QUE HE FRACASADO MÁS QUE LAS PERSONAS EN
 GENERAL
 2 AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS
 FRACASOS
 3 SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA

4. 0 OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SOLIA
 HACERLO
 1 YO NO DISFRUTO LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA
 HACERLO
 2 YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCION DE NADA
 3 ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO

5. 0 EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE
 1 ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
 2 ME SIENTO REALMENTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL
 TIEMPO
 3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO
6. 0 YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO
 1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO
 2 ESPERO SER CASTIGADO
 3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO
7. 0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO
 1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO
 2 ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO
 3 ME ODI
8. 0 YO NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS
 1 ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES
 2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS
 3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE
9. 0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS
 1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A
 CABO
 2 ME GUSTARIA SUICIDARME
 3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD
10. 0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL
 1 LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO
 2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO
 3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A
 PESAR DE QUE LO DESEO
11. 0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR
 1 ME ENOJO O IRRITO, MAS FACILMENTE QUE ANTES
 2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO
 3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO
12. 0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE
 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA
 ESTAR
 2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE
 3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE
13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO LO HE HECHO
 1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MÁS QUE ANTES

- 2 TENGO MAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES
3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES
14. 0 YO NO SIENTO VERME PEOR DE COMO ME VEIA
1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)
2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA
QUE ME HACEN
VER POCO ATRACTIVO(A)
3 CREO QUE ME VEO FEO(A)
15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO
2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO
3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO
16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO
2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO
NORMAL Y ME
CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR
3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA
HACERLO Y NO ME
PUEDO VOLVER A DORMIR
17. 0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL
1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO
2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO
3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA
18. 0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL
1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO
2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA
3 NO TENGO APETITO DE NADA
19. 0 YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ULTIMAMENTE
1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS
2 HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS
3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS
- A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS
SI _____ NO _____
20. 0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES
1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES
COMO, DOLORES, DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACIÓN
2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY
DIFICIL PENSAR EN ALGO MÁS

- 3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO
PUEDO PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA
21. 0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES
POR EL SEXO
- 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA
- 2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA
- 3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO

* Estandarizado en la Cd de México por Jurado, S. Et al (1998). *Salud Mental*. 21(3) 26-31

INVENTARIO DE BECK (BAI)*

INSTRUCCIONES: ABAJO HAY UNA LISTA QUE CONTIENE LOS SINTOMAS MAS COMUNES DE LA ANSIEDAD. LEA CUIADADOSAMENTE CADA AFIRMACION, INDIQUE CUANTO LE HA MOLESTADO CADA SINTOMA LA ULTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOY, MARCANDO CON UNA "X" SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
22. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
23. SENTIR OLEADAS DE CALOR	_____	_____	_____	_____
24. DEBILITAMIENTO DE PIERNAS	_____	_____	_____	_____
25. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	_____	_____	_____	_____
26. MIEDO A QUE PASE LO PEOR	_____	_____	_____	_____
27. SENSACION DE MAREO	_____	_____	_____	_____
28. OPRESION EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS	_____	_____	_____	_____
29. INSEGURIDAD	_____	_____	_____	_____
30. TERROR	_____	_____	_____	_____
31. NERVIOSISMO	_____	_____	_____	_____
32. SENSACION DE AHOGO	_____	_____	_____	_____
33. MANOS TEMBLOROSAS	_____	_____	_____	_____
34. CUERPO TEMBLOROSO	_____	_____	_____	_____
35. MIEDO A PERDER EL CONTROL	_____	_____	_____	_____
36. DIFICULTAD PARA RESPIRAR	_____	_____	_____	_____
37. MIEDO A MORIR	_____	_____	_____	_____
38. ASUSTADO	_____	_____	_____	_____
39. INDIGESTION O MALESTAR ESTOMACAL	_____	_____	_____	_____
40. DEBILIDAD	_____	_____	_____	_____
41. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO	_____	_____	_____	_____
42. SUDORACION (NO DEBIDA AL CALOR)	_____	_____	_____	_____

* Estandarizado en la Cd de México por Robles, R. Et al (2001). *Revista mexicana de psicología*. vol.18, Número 2, págs. 211-218

Escala Global

Instrucciones: Por favor marque con una “X” en la opción que mejor describa su situación.

<i>Actualmente, a causa de mis problemas...</i>	1 Nada	2 Casi nada	3 Poco	4 Regular	5 Mucho	6 Muchísimo
59. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela está siendo afectado:						
60 Mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) está siendo afectada:						
61 Mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, diversión, viajes, prácticas deportivas...) están siendo afectadas:						
62 Mi relación de pareja está siendo afectada: () Yo no tengo pareja						
63 Mi relación familiar en general está siendo afectada:						
64 Mi salud en general está siendo afectada:						
65 Mi vida sexual está siendo afectada:						
66 Mi vida en general está siendo afectada:						

Nombre: _____

En mi opinión, el terapeuta que me atendió fue...

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Totalmente
67 Profesional					
68 Intuitivo					
69 Consejero					
70 Preciso					
71 Hábil					
72 Claro					
73 Convincente					
74 Simpático					
75 Empático					
76 Ameno					
77 Gracioso					
78 Alegre					
79 Confiable					
80 Dispuesto					
81 Honesto					
82 Razonable					
83 Franco					

MOTIVOS DE CONSULTA

MOTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Problemas personales	8	14%
Autoestima	6	11%
Problemas familiares	4	7%
Depresión	3	5%
Estrés	3	5%
Problemas con mamá	3	5%
Ansiedad	2	4%
Descontrol	2	4%
Divorcio	2	4%
Duelo	2	4%
Duelo no resuelto del divorcio de los padres	2	4%
Aborto	1	2%
Aceptación de ella misma	1	2%
Actividades que no sabe si son normales	1	2%
Ayuda personal	1	2%
Cambio su vida por un embarazo	1	2%
Cerrar círculos	1	2%
Consejos	1	2%
Controlar la ira con su familia	1	2%
Controlar su ira con ella	1	2%
Codependencia a relaciones de pareja conflictivas	1	2%
Cosas acumuladas que no la dejan estar bien	1	2%
Desequilibrio emocional	1	2%
Duelo de divorcio	1	2%
Educación de los hijos	1	2%
Enojo	1	2%
Enojo con mamá	1	2%
Enojo con papá	1	2%

Estabilidad emocional	1	2%
Estado de ánimo bajo	1	2%
Hablar de su relación de pareja	1	2%
Hablar sobre miedos	1	2%
Inseguridad	1	2%
Manejo de limites	1	2%
Menopausia	1	2%
Miedo al abandono	1	2%
Nerviosismo	1	2%
No puede dormir	1	2%
Obsesión miedo a envejecer	1	2%
Orientación	1	2%
Pánico a la oscuridad	1	2%
Perdonar	1	2%
Poner orden en su vida	1	2%
Presión alta	1	2%
Problemas con la relación afectiva con los hombres	1	2%
Problemas con los hijos	1	2%
Problemas con papá	1	2%
Problemas con su esposa	1	2%
Problemas con su hermana	1	2%
Problemas con su novio	1	2%
Problemas de pareja	1	2%
Problemas en el trabajo	1	2%
Ruptura de una relación	1	2%
Superar cosas del pasado	1	2%
Tiene conductas de euforia	1	2%
Tomar valor para irse al extranjero de intercambio	1	2%

FICHAS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Identificación: **Participante 1**

Sexo: Femenino
 Edad: 52
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Carrera técnica
 Ocupación: Comerciante
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 12

Motivo de termino de terapia: Baja, paciente avisó al terapeuta

Motivo de consulta: Descontrol, inseguridad, Ansiedad
 Número de sesión

ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	5	4	2	1
	Significado	Mínima	Mínima	Mínima	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	34	26	26	24
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	1	2	2	2
	Significado	Nada	Casi nada	Casi nada	Casi nada
Vida social	Puntaje	1	1	2	2
	Significado	Nada	Nada	Casi nada	Casi nada
Ratos libres	Puntaje	1	1	1	2
	Significado	Nada	Nada	Nada	Casi nada
Relación de pareja	Puntaje	1	2	2	2
	Significado	Nada	Casi nada	Casi nada	Casi nada
Relación familiar	Puntaje	1	1	3	2
	Significado	Nada	Nada	Poco	Casi nada
Salud física	Puntaje	1	1	2	1
	Significado	Nada	Nada	Casi nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	1	2	1	2
	Significado	Nada	Casi nada	Nada	Casi nada
Vida en general	Puntaje	1	1	2	2
	Significado	Nada	Nada	Casi nada	Casi nada

Identificación: **Participante 2**

Sexo: Femenino
 Edad: 27
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Posgrado
 Ocupación: Docente

Terapeutas con los que asistió antes: 2

Número total de sesiones que asistió en el SOS: 12

Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente

Motivo de consulta: Autoestima y Depresión

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	19	18	16	15
	Significado	Moderada	Moderada	Leve	Leve
Ansiedad de Beck	Puntaje	39	34	35	36
	Significado	Severa	Severa	Severa	Severa
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	3	3	2
	Significado	Poco	Poco	Poco	Casi nada
Vida social	Puntaje	3	3	2	3
	Significado	Poco	Poco	Casi nada	Poco
Ratos libres	Puntaje	3	3	1	3
	Significado	Poco	Poco	Nada	Poco
Relación de pareja	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	3	3	2	3
	Significado	Poco	Poco	Casi nada	Poco
Salud física	Puntaje	5	4	6	5
	Significado	Mucho	Regular	Muchísimo	Mucho
Vida sexual	Puntaje	3	3	3	4
	Significado	Poco	Poco	Poco	Regular
Vida en general	Puntaje	4	4	4	4
	Significado	Regular	Regular	Regular	Regular

Identificación:

Participante 3

Sexo: Femenino
 Edad: 22
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 2
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 9

Motivo de termino de terapia

Abandono unilateral del paciente

Motivo de consulta:

Problemas de comunicación con su padres, duelo no resuelto del divorcio de sus padres, enojo con sus padres

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	6	10	7	
	Significado	Mínima	Leve	Mínima	
Ansiedad de Beck	Puntaje	23	25	26	
	Significado	Moderada	Moderada	Moderada	
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	2	3	2	
	Significado	Casi nada	3 Poco	Casi nada	
Vida social	Puntaje	5	3	2	
	Significado	Mucho	Poco	Casi nada	
Ratos libres	Puntaje	4	4	3	
	Significado	Regular	Regular	Poco	
Relación de pareja	Puntaje	5	4	5	
	Significado	Mucho	Regular	Mucho	
Relación familiar	Puntaje	5	3	4	
	Significado	Mucho	Poco	Regular	
Salud física	Puntaje	1	3	4	
	Significado	Nada	Poco	Regular	
Vida sexual	Puntaje	1	2	1	
	Significado	Nada	Casi nada	Nada	
Vida en general	Puntaje	4	4	5	
	Significado	Regular	Regular	Mucho	

Identificación:

Participante 4

Sexo: Femenino
 Edad: 25
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 8
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente

Motivo de consulta: Ruptura de una relación de 4 años, no puede dormir o duerme 3 Poco

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	20	9	5	
	Significado	Moderada	Mínima	Mínima	
Ansiedad de Beck	Puntaje	26	23	22	
	Significado	Moderada	Moderada	Moderada	
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	4	3	
	Significado	Regular	Regular	Poco	
Vida social	Puntaje	5	4	2	
	Significado	Mucho	Regular	Casi nada	
Ratos libres	Puntaje	5	4	3	
	Significado	Mucho	Regular	Poco	
Relación de pareja	Puntaje	3	1	1	
	Significado	Poco	Nada	Nada	
Relación familiar	Puntaje	4	3	2	
	Significado	Regular	Poco	Casi nada	
Salud física	Puntaje	1	2	3	
	Significado	Nada	Casi nada	Poco	
Vida sexual	Puntaje	5	2	5	
	Significado	Mucho	Casi nada	Mucho	
Vida en general	Puntaje	5	5	3	
	Significado	Mucho	Mucho	Poco	

Identificación:

Participante 5

Sexo: Femenino
 Edad: 22
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 8
 Motivo de termino de terapia: Baja, paciente aviso al terapeuta
 Motivo de consulta: Problemas relacionados con su mamá y autoestima

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	10	9	14	
	Significado	Leve	Mínima	Leve	
Ansiedad de Beck	Puntaje	28	26	32	
	Significado	Moderada	Moderada	Severa	
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	4	4	
	Significado	Regular	Regular	Regular	
Vida social	Puntaje	4	5	4	
	Significado	Regular	Mucho	Regular	
Ratos libres	Puntaje	3	2	2	
	Significado	Poco	Casi nada	Casi nada	
Relación de pareja	Puntaje	4	3	3	
	Significado	Regular	Poco	Poco	
Relación familiar	Puntaje	5	4	3	
	Significado	Mucho	Regular	Poco	
Salud física	Puntaje	3	4	2	
	Significado	Poco	Regular	Casi nada	
Vida sexual	Puntaje	2	2	2	
	Significado	Casi nada	Casi nada	Casi nada	
Vida en general	Puntaje	4	4	4	
	Significado	Regular	Regular	Regular	

Identificación:

Participante 6

Sexo: Femenino
 Edad: 20
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 5
 Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Motivo de consulta: Resolver algunos problemas personales, consejos, hablar sobre miedos y sentimientos

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	10	6		
	Significado	Leve	Leve		
Ansiedad de Beck	Puntaje	33	27		
	Significado	Severa	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	2	2		
	Significado	Casi nada	Casi nada		
Vida social	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Ratos libres	Puntaje	3	3		
	Significado	Poco	Poco		
Relación de pareja	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Relación familiar	Puntaje	3	4		
	Significado	Poco	Regular		
Salud física	Puntaje	5	3		
	Significado	Mucho	Poco		
Vida sexual	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Vida en general	Puntaje	2	3		
	Significado	Casi nada	Poco		

Identificación:	Participante 7
Sexo:	Femenino
Edad:	50
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Licenciatura
Ocupación	Enfermera
Terapeutas con los que asistió antes:	2
Número total de sesiones que asistió en el SOS:	4
Motivo de termino de terapia	Abandono unilateral del paciente
Motivo de consulta:	Divorcio, duelo, Depresión de Beck, autoestima y menopausia

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	5	4		
	Significado	Mínima	Mínima		
Ansiedad de Beck	Puntaje	33	27		
	Significado	Severa	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	1	3		
	Significado	Nada	Poco		
Vida social	Puntaje	4	1		
	Significado	Regular	Nada		
Ratos libres	Puntaje	4	1		
	Significado	Regular	Nada		
Relación de pareja	Puntaje	5	1		
	Significado	Mucho	Nada		
Relación familiar	Puntaje	3	1		
	Significado	Poco	Nada		
Salud física	Puntaje	3	3		
	Significado	Poco	Poco		
Vida sexual	Puntaje	1	4		
	Significado	Nada	Regular		
Vida en general	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		

Identificación: **Participante 8**

Sexo: Femenino
 Edad: 24
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Empleada
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 4
 Motivo de termino de terapia: Baja, paciente aviso al terapeuta
 Motivo de consulta: Enojo, estrés y 4 abortos

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	11	11		
	Significado	Leve	Leve		
Ansiedad de Beck	Puntaje	35	29		
	Significado	Severa	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	2		
	Significado	Poco	Casi nada		
Vida social	Puntaje	4	2		
	Significado	Regular	Casi nada		
Ratos libres	Puntaje	2	1		
	Significado	Casi nada	Nada		
Relación de pareja	Puntaje	2	2		
	Significado	Casi nada	Casi nada		
Relación familiar	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Salud física	Puntaje	2	5		
	Significado	Casi nada	Mucho		
Vida sexual	Puntaje	2	3		
	Significado	Casi nada	Poco		
Vida en general	Puntaje	2	3		
	Significado	Casi nada	Poco		

Identificación:

Participante 9

Sexo: Femenino
 Edad: 35
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Empleado
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 4
 Motivo de termino de terapia: Baja, paciente aviso al terapeuta

Motivo de consulta: Estabilidad emocional y aceptación de ella misma

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	30	34		
	Significado	Severa	Severa		
Ansiedad de Beck	Puntaje	38	37		
	Significado	Severa	Severa		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	5		
	Significado	Poco	Mucho		
Vida social	Puntaje	6	5		
	Significado	Muchísimo	Mucho		
Ratos libres	Puntaje	6	4		
	Significado	Muchísimo	Regular		
Relación de pareja	Puntaje	6	1		
	Significado	Muchísimo	Nada		
Relación familiar	Puntaje	4	1		
	Significado	Regular	Nada		
Salud física	Puntaje	2	4		
	Significado	Casi nada	Regular		
Vida sexual	Puntaje	1	5		
	Significado	Nada	Mucho		
Vida en general	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		

Identificación:

Participante 10

Sexo: Femenino
Edad: 37
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Licenciatura
Ocupación: Empleado
Terapeutas con los que asistió antes: 2
Número total de sesiones que asistió en el SOS: 2
Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
Motivo de consulta: Manejo del duelo de divorcio

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	8			
	Significado	Mínima			
Ansiedad de Beck	Puntaje	26			
	Significado	Moderada			
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3			
	Significado	Poco			
Vida social	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Ratos libres	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Relación de pareja	Puntaje	1			
	Significado	Nada			
Relación familiar	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Salud física	Puntaje	2			
	Significado	Casi nada			
Vida sexual	Puntaje	5			
	Significado	Mucho			
Vida en general	Puntaje	4			
	Significado	Regular			

Identificación:

Participante 11

Sexo: Masculino
 Edad: 18
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Capacitación
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 2
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 1
 Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Motivo de consulta: Problemas personales

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje Significado	17 Moderada			
Ansiedad de Beck	Puntaje Significado	51 Severa			
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje Significado	4 Regular			
Vida social	Puntaje Significado	3 Poco			
Ratos libres	Puntaje Significado	6 Muchísimo			
Relación de pareja	Puntaje Significado	1 Nada			
Relación familiar	Puntaje Significado	4 Regular			
Salud física	Puntaje Significado	4 Regular			
Vida sexual	Puntaje Significado	6 Muchísimo			
Vida en general	Puntaje Significado	5 Mucho			

Identificación:

Participante 12

Sexo: Femenino
 Edad: 26
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Posgrado
 Ocupación: Abogado
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que Asistió en el SOS: 22
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Problemas personales

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	27	12	17	21
	Significado	Moderada	Leve	Moderada	Moderada
Ansiedad de Beck	Puntaje	61	36	52	50
	Significado	Severa	Severa	Severa	Severa
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	3	1	4
	Significado	Regular	Poco	Nada	Regular
Vida social	Puntaje	4	3	1	4
	Significado	Regular	Poco	Nada	Regular
Ratos libres	Puntaje	4	1	1	4
	Significado	Regular	Nada	Nada	Regular
Relación de pareja	Puntaje	1	1	1	4
	Significado	Nada	Nada	Nada	Regular
Relación familiar	Puntaje	4	2	1	4
	Significado	Regular	Casi nada	Nada	Regular
Salud física	Puntaje	5	4	5	4
	Significado	Mucho	Regular	Mucho	Regular
Vida sexual	Puntaje	4	4	4	4
	Significado	Regular	Regular	Regular	Regular
Vida en general	Puntaje	4	4	3	4
	Significado	Regular	Regular	Poco	Regular

Identificación:

PARTICIPANTE 13

Sexo: Femenino
 Edad: 20
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 12
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Problemas con su hermana

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	10	9	3	0
	Significado	Leve	Mínima	Mínima	
Ansiedad de Beck	Puntaje	37	35	29	24
	Significado	Severa	Severa	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	6	3	3
	Significado	Regular	Muchísimo	Poco	Poco
Vida social	Puntaje	5	4	2	2
	Significado	Mucho	Regular	Casi nada	Casi nada
Ratos libres	Puntaje	3	3	2	2
	Significado	Poco	Poco	Casi nada	Casi nada
Relación de pareja	Puntaje	5	6	2	2
	Significado	Mucho	Muchísimo	Casi nada	Casi nada
Relación familiar	Puntaje	4	3	3	2
	Significado	Regular	Poco	Poco	Casi nada
Salud física	Puntaje	4	4	2	2
	Significado	Regular	Regular	Casi nada	Casi nada
Vida sexual	Puntaje	3	3	2	2
	Significado	Poco	Poco	Casi nada	Casi nada
Vida en general	Puntaje	4	4	2	2
	Significado	Regular	Regular	Casi nada	Casi nada

IDENTIFICACIÓN:

PARTICIPANTE 14

SEXO: Masculino
 EDAD: 20
 ESTADO CIVIL: Soltero
 ESCOLARIDAD: Licenciatura
 OCUPACIÓN: Estudiante
 TERAPEUTAS CON LOS QUE ASISTIÓ ANTES: 1

NÚMERO TOTAL DE SESIONES QUE ASISTIÓ EN EL SOS: 12

MOTIVO DE TERMINO DE TERAPIA: Alta del paciente

MOTIVO DE CONSULTA: Problemas familiares

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	12	10	9	0
	Significado	Leve	Leve	Mínima	
Ansiedad de Beck	Puntaje	47	38	29	21
	Significado	Severa	Severa	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	4	4	1
	Significado	Regular	Regular	Regular	Nada
Vida social	Puntaje	4	4	4	1
	Significado	Regular	Regular	Regular	Nada
Ratos libres	Puntaje	6	4	4	1
	Significado	Muchísimo	Regular	Regular	Nada
Relación de pareja	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	3	3	3	1
	Significado	Poco	Poco	Poco	Nada
Salud física	Puntaje	5	4	4	1
	Significado	Mucho	Regular	Regular	Nada
Vida sexual	Puntaje	1	2	2	1
	Significado	Nada	Casi nada	Casi nada	Nada
Vida en general	Puntaje	5	4	4	1
	Significado	Mucho	Regular	Regular	Nada

Identificación: **Participante 15**

Sexo: Femenino
 Edad: 20
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 8

Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Motivo de consulta: Problemas personales

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	14	15	20	
	Significado	Leve	Leve	Moderada	
Ansiedad de Beck	Puntaje	38	40	55	
	Significado	Severa	Severa	Severa	
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	5	6	6	
	Significado	Mucho	Muchísimo	Muchísimo	
Vida social	Puntaje	4	6	6	
	Significado	Regular	Muchísimo	Muchísimo	
Ratos libres	Puntaje	6	6	5	
	Significado	Muchísimo	Muchísimo	Mucho	
Relación de pareja	Puntaje	1	1	1	
	Significado	Nada	Nada	Nada	
Relación familiar	Puntaje	5	5	5	
	Significado	Mucho	Mucho	Mucho	
Salud física	Puntaje	5	5	6	
	Significado	Mucho	Mucho	Muchísimo	
Vida sexual	Puntaje	5	5	6	
	Significado	Mucho	Mucho	Muchísimo	
Vida en general	Puntaje	6	6	6	
	Significado	Muchísimo	Muchísimo	Muchísimo	

Identificación: **Participante 16**

Sexo: Femenino
 Edad: 35
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: No específica

Terapeutas con los que asistió antes: 2

Número total de sesiones que asistió en el SOS: 22

Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Depresión de Beck

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	25	9	10	5
	Significado	Moderada	Mínima	Leve	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	38	28	38	23
	Significado	Severa	Moderada	Severa	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	5	1	1	1
	Significado	Mucho	Nada	Nada	Nada
Vida social	Puntaje	6	1	1	1
	Significado	Muchísimo	Nada	Nada	Nada
Ratos libres	Puntaje	6	1	1	1
	Significado	Muchísimo	Nada	Nada	Nada
Relación de pareja	Puntaje	4	1	1	1
	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	4	1	1	1
	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada
Salud física	Puntaje	4	1	1	1
	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	2	1	1	1
	Significado	Casi nada	Nada	Nada	Nada
Vida en general	Puntaje	5	1	1	1
	Significado	Mucho	Nada	Nada	Nada

Identificación: **Participante 17**

Sexo: Femenino
 Edad: 39
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Ama de casa

Terapeutas con los que asistió antes: 2

Número total de sesiones que asistió en el SOS: 9

Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente

Motivo de consulta: Tiene conductas de euforia y actividades que no sabe si son normales

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	8	8	9	
	Significado	Mínima	Mínima	Mínima	
Ansiedad de Beck	Puntaje	32	23	22	
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	4	3	
	Significado	Regular	Regular	Poco	
Vida social	Puntaje	4	1	3	
	Significado	Regular	Nada	Poco	
Ratos libres	Puntaje	3	1	3	
	Significado	Poco	Nada	Poco	
Relación de pareja	Puntaje	4	5	3	
	Significado	Regular	Mucho	Poco	
Relación familiar	Puntaje	4	4	2	
	Significado	Regular	Regular	Casi nada	
Salud física	Puntaje	4	4	1	
	Significado	Regular	Regular	Nada	
Vida sexual	Puntaje	4	4	3	
	Significado	Regular	Regular	Poco	
Vida en general	Puntaje	4	4	3	
	Significado	Regular	Regular	Poco	

Identificación: **Participante 18**

Sexo: Femenino
 Edad: 26
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Empleado
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 7
 Motivo de termino de terapia: Baja, paciente aviso al terapeuta
 Motivo de consulta: Problemas familiares y personales

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
	Puntaje	8	8		
Depresión de Beck	Significado	Mínima	Mínima		
	Puntaje	29	29		
Ansiedad de Beck	Significado	Moderada	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
	Puntaje	2	2		
Trabajo/Escuela	Significado	Casi nada	Casi nada		
	Puntaje	2	2		
Vida social	Significado	Casi nada	Casi nada		
	Puntaje	1	1		
Ratos libres	Significado	Nada	Nada		
	Puntaje	3	3		
Relación de pareja	Significado	Poco	Poco		
	Puntaje	3	3		
Relación familiar	Significado	Poco	Poco		
	Puntaje	2	2		
Salud física	Significado	Casi nada	Casi nada		
	Puntaje	2	2		
Vida sexual	Significado	Casi nada	Casi nada		
	Puntaje	3	3		
Vida en general	Significado	Poco	Poco		

Identificación: **Participante 19**

Sexo: Femenino
 Edad: 43
 Estado civil: Divorciado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Agente patrimonial
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 4

Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente

Motivo de consulta: Autoestima y duelos no resueltos

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje Significado	7 Mínima	0		
Ansiedad de Beck	Puntaje Significado	24 Moderada	21 Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje Significado	4 Regular	1 Nada		
Vida social	Puntaje Significado	3 Poco	1 Nada		
Ratos libres	Puntaje Significado	3 Poco	2 Casi nada		
Relación de pareja	Puntaje Significado	2 Casi nada	2 Casi nada		
Relación familiar	Puntaje Significado	4 Regular	2 Casi nada		
Salud física	Puntaje Significado	3 Poco	1 Nada		
Vida sexual	Puntaje Significado	2 Casi nada	1 Nada		
Vida en general	Puntaje Significado	3 Poco	1 Nada		

Identificación:

Participante 20

Sexo: Femenino
 Edad: 33
 Estado civil: Divorciado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Empleado
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 24
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Inicio del proceso de divorcio

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	14	17	9	10
	Significado	Leve	Moderada	Mínima	Leve
Ansiedad de Beck	Puntaje	29	28	27	25
	Significado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	2	5	5
	Significado	Regular	Casi nada	Mucho	Mucho
Vida social	Puntaje	2	4	2	1
	Significado	Casi nada	Regular	Casi nada	Nada
Ratos libres	Puntaje	5	5	2	4
	Significado	Mucho	Mucho	Casi nada	Regular
Relación de pareja	Puntaje	3	3	4	2
	Significado	Poco	Poco	Regular	Casi nada
Relación familiar	Puntaje	1	2	2	1
	Significado	Nada	Casi nada	Casi nada	Nada
Salud física	Puntaje	2	2	2	2
	Significado	Casi nada	Casi nada	Casi nada	Casi nada
Vida sexual	Puntaje	1	2	2	1
	Significado	Nada	Casi nada	Casi nada	Nada
Vida en general	Puntaje	1	2	2	1
	Significado	Nada	Casi nada	Casi nada	Nada

Identificación: **Participante 21**

Sexo: Femenino
 Edad: 22
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 20
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Poner en orden su vida. Cerrar círculos. Hablar de su actual relación y tomar valor para irse al extranjero de intercambio.

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	6	7	9	10
	Significado	Mínima	Mínima	Mínima	Leve
Ansiedad de Beck	Puntaje	40	30	27	33
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	Severa
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	6	6	2
	Significado	Poco	Muchísimo	Muchísimo	Casi nada
Vida social	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Ratos libres	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Relación de pareja	Puntaje	5	1	4	4
	Significado	Mucho	Nada	Regular	Regular
Relación familiar	Puntaje	4	1	4	3
	Significado	Regular	Nada	Regular	Poco
Salud física	Puntaje	4	4	4	5
	Significado	Regular	Regular	Regular	Mucho
Vida sexual	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Vida en general	Puntaje	5	4	4	4
	Significado	Mucho	Regular	Regular	Regular

Identificación: **Participante 22**

Sexo: Masculino
 Edad: 61
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Preparatoria
 Ocupación: Jubilado
 Terapeutas con los que asistió antes: 4
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 13
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Presión alta, refiere pánico a la oscuridad, tiene estrés

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	12	4	2	4
	Significado	Leve	Mínima	Mínima	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	43	31	26	25
	Significado	Severa	Severa	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	6	4	3	1
	Significado	Muchísimo	Regular	Poco	Nada
Vida social	Puntaje	6	4	1	1
	Significado	Muchísimo	Regular	Nada	Nada
Ratos libres	Puntaje	6	4	1	1
	Significado	Muchísimo	Regular	Nada	Nada
Relación de pareja	Puntaje	6	6	1	1
	Significado	Muchísimo	Muchísimo	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	6	5	1	1
	Significado	Muchísimo	Mucho	Nada	Nada
Salud física	Puntaje	6		2	1
	Significado	Muchísimo		Casi nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	6	3	2	1
	Significado	Muchísimo	Poco	Casi nada	Nada
Vida en general	Puntaje	6	4	2	1
	Significado	Muchísimo	Regular	Casi nada	Nada

Identificación: **Participante 23**

Sexo: Femenino
 Edad: 45
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Preparatoria
 Ocupación: Apoyo administrativo
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 17
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Controlar su ira con ella y su familia

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	30	6	5	4
	Significado	Severa	Mínima	Mínima	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	38	27	26	25
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	5	3	2	2
	Significado	Mucho	Poco	Casi nada	Casi nada
Vida social	Puntaje	6	3	3	2
	Significado	Muchísimo	Poco	Poco	Casi nada
Ratos libres	Puntaje	6	2	1	1
	Significado	Muchísimo	Casi nada	Nada	Nada
Relación de pareja	Puntaje	6	4	2	2
	Significado	Muchísimo	Regular	Casi nada	Casi nada
Relación familiar	Puntaje	6	4	2	1
	Significado	Muchísimo	Regular	Casi nada	Nada
Salud física	Puntaje	5	2	2	1
	Significado	Mucho	Casi nada	Casi nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	5	4	2	1
	Significado	Mucho	Regular	Casi nada	Nada
Vida en general	Puntaje	6	4	2	2
	Significado	Muchísimo	Regular	Casi nada	Casi nada

Identificación:

Participante 24

Sexo: Femenino
 Edad: 35
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Nutrióloga
 Terapeutas con los que asistió antes: 2
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 7
 Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Motivo de consulta: Manejo de límites

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	25	19		
	Significado	Moderada	Moderada		
Ansiedad de Beck	Puntaje	31	28		
	Significado	Severa	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	5	5		
	Significado	Mucho	Mucho		
Vida social	Puntaje	5	5		
	Significado	Mucho	Mucho		
Ratos libres	Puntaje	6	5		
	Significado	Muchísimo	Mucho		
Relación de pareja	Puntaje	6	4		
	Significado	Muchísimo	Regular		
Relación familiar	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Salud física	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Vida sexual	Puntaje	5	5		
	Significado	Mucho	Mucho		
Vida en general	Puntaje	5	5		
	Significado	Mucho	Mucho		

Identificación:

Participante 25

Sexo: Femenino
 Edad: 59
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Ama de casa
 Terapeutas con los que asistió antes: 2
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 22
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Siente necesidad de ayuda personal, tiene un hijo de 20 años, vive en casa de sus hermanos uno mayor que ella y otros dos menores que ella

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	24	29	32	6
	Significado	Moderada	Moderada	Severa	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	41	39	39	32
	Significado	Severa	Severa	Severa	Severa
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	4	5	5	5
	Significado	Regular	Mucho	Mucho	Mucho
Vida social	Puntaje	4	5	5	4
	Significado	Regular	Mucho	Mucho	Regular
Ratos libres	Puntaje	4	5	5	5
	Significado	Regular	Mucho	Mucho	Mucho
Relación de pareja	Puntaje	1	5	1	1
	Significado	Nada	Mucho	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	4	5	5	4
	Significado	Regular	Mucho	Mucho	Regular
Salud física	Puntaje	4	5	5	4
	Significado	Regular	Mucho	Mucho	Regular
Vida sexual	Puntaje	1	5		1
	Significado	Nada	Mucho		Nada
Vida en general	Puntaje	4	5	5	4
	Significado	Regular	Mucho	Mucho	Regular

Identificación: **Participante 26**

Sexo: Femenino
 Edad: 27
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Docente
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 25
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Problemas con su novio

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	8	2	1	1
	Significado	Mínima	Mínima	Mínima	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	26	22	21	21
	Significado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Vida social	Puntaje	2	1	1	1
	Significado	Casi nada	Nada	Nada	Nada
Ratos libres	Puntaje	3	1	2	1
	Significado	Poco	Nada	Casi nada	Nada
Relación de pareja	Puntaje	4	4	2	1
	Significado	Regular	Regular	Casi nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	4	1	1	1
	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada
Salud física	Puntaje	3	1	1	1
	Significado	Poco	Nada	Nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Vida en general	Puntaje	4	1	1	1
	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada

Identificación: **Participante 27**

Sexo: Femenino
 Edad: 35
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Posgrado
 Ocupación: Psicóloga
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 23
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Conflictos de pareja

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	11	13	14	0
	Significado	Leve	Leve	Leve	
Ansiedad de Beck	Puntaje	23	21	24	21
	Significado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	3	1	1
	Significado	Poco	Poco	Nada	Nada
Vida social	Puntaje	3	6	6	1
	Significado	Poco	Muchísimo	Muchísimo	Nada
Ratos libres	Puntaje	2	6	6	1
	Significado	Casi nada	Muchísimo	Muchísimo	Nada
Relación de pareja	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	1	3	2	1
	Significado	Nada	Poco	Casi nada	Nada
Salud física	Puntaje	3	4	2	1
	Significado	Poco	Regular	Casi nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	1	5	5	1
	Significado	Nada	Mucho	Mucho	Nada
Vida en general	Puntaje	3	4	3	1
	Significado	Poco	Regular	Poco	Nada

Identificación:

PARTICIPANTE 28

Sexo: Femenino
 Edad: 33
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Abogada
 Terapeutas con los que asistió antes: 2
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 26
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Problemas personales, en todos lados principalmente con su mamá, codependencia a las relaciones conflictivas con parejas anteriores

Motivo de consulta:

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	23	22	25	21
	Significado	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
Ansiedad de Beck	Puntaje	34	0	37	30
	Significado	Severa		Severa	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	5	0	6	6
	Significado	Mucho		Muchísimo	Muchísimo
Vida social	Puntaje	4	0	4	5
	Significado	Regular		Regular	Mucho
Ratos libres	Puntaje	3	0	5	5
	Significado	Poco		Mucho	Mucho
Relación de pareja	Puntaje	1	0	1	1
	Significado	Nada		Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	4	0	4	4
	Significado	Regular		Regular	Regular
Salud física	Puntaje	2	0	2	3
	Significado	Casi nada		Casi nada	Poco
Vida sexual	Puntaje	4	0	5	5
	Significado	Regular		Mucho	Mucho
Vida en general	Puntaje	4	0	5	5
	Significado	Regular		Mucho	Mucho

Identificación: **Participante 29**

Sexo: Masculino
 Edad: 19
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 4
 Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Estado de ánimo muy bajo, autoestima prácticamente nula, problemas familiares graves
 Motivo de consulta:

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	29	23		
	Significado	Moderada	Moderada		
Ansiedad de Beck	Puntaje	56	46		
	Significado	Severa	Severa		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	6	1		
	Significado	Muchísimo	Nada		
Vida social	Puntaje	4	1		
	Significado	Regular	Nada		
Ratos libres	Puntaje	4	1		
	Significado	Regular	Nada		
Relación de pareja	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Relación familiar	Puntaje	6	1		
	Significado	Muchísimo	Nada		
Salud física	Puntaje	5	1		
	Significado	Mucho	Nada		
Vida sexual	Puntaje	4	1		
	Significado	Regular	Nada		
Vida en general	Puntaje	5	1		
	Significado	Mucho	Nada		

Identificación: **Participante 30**

Sexo: Femenino
 Edad: 36
 Estado civil: Divorciado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Auxiliar administrativo
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 29
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Duelo de divorcio y la educación de sus hijos

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	24	18	6	10
	Significado	Moderada	Moderada	Mínima	Leve
Ansiedad de Beck	Puntaje	42	38	27	26
	Significado	Severa	Severa	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	3	2	3
	Significado	Poco	Poco	Casi nada	Poco
Vida social	Puntaje	4	6	5	6
	Significado	Regular	Muchísimo	Mucho	Muchísimo
Ratos libres	Puntaje	4	6	6	5
	Significado	Regular	Muchísimo	Muchísimo	Mucho
Relación de pareja	Puntaje	5	5	5	6
	Significado	Mucho	Mucho	Mucho	Muchísimo
Relación familiar	Puntaje	6	6	6	5
	Significado	Muchísimo	Muchísimo	Muchísimo	Mucho
Salud física	Puntaje	5	5	4	4
	Significado	Mucho	Mucho	Regular	Regular
Vida sexual	Puntaje	5	6	5	5
	Significado	Mucho	Muchísimo	Mucho	Mucho
Vida en general	Puntaje	5	6	5	5
	Significado	Mucho	Muchísimo	Mucho	Mucho

Identificación: **Participante 31**

Sexo: Femenino
 Edad: 16
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Preparatoria
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 12
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Motivo de consulta: Ansiedad de Beck, nerviosismo, estrés y mal humor

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
	Puntaje	20	22	7	1
Depresión de Beck	Significado	Moderada	Moderada	Mínima	Mínima
	Puntaje	63	45	28	26
Ansiedad de Beck	Significado	Severa	Severa	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
	Puntaje	4	4	2	2
Trabajo/Escuela	Significado	Regular	Regular	Casi nada	Casi nada
	Puntaje	4	5	2	1
Vida social	Significado	Regular	Mucho	Casi nada	Nada
	Puntaje	5	5	2	1
Ratos libres	Significado	Mucho	Mucho	Casi nada	Nada
	Puntaje	1	1	1	1
Relación de pareja	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	5	5	2	2
Relación familiar	Significado	Mucho	Mucho	Casi nada	Casi nada
	Puntaje	5	4	2	1
Salud física	Significado	Mucho	Regular	Casi nada	Nada
	Puntaje	1	1	1	1
Vida sexual	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	5	5	2	1
Vida en general	Significado	Mucho	Mucho	Casi nada	Nada

Identificación: **Participante 32**

Sexo: Masculino
 Edad: 32
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Secundaria
 Ocupación: Paramédico
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 3
 Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Motivo de consulta: Problemas familiares y con su esposa

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	12			
	Significado	Leve			
Ansiedad de Beck	Puntaje	32			
	Significado	Severa			
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3			
	Significado	Poco			
Vida social	Puntaje	3			
	Significado	Poco			
Ratos libres	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Relación de pareja	Puntaje	5			
	Significado	Mucho			
Relación familiar	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Salud física	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Vida sexual	Puntaje	4			
	Significado	Regular			
Vida en general	Puntaje	4			
	Significado	Regular			

Identificación: **Participante 33**

Sexo: Femenino
 Edad: 23
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Empleada
 Terapeutas con los que asistió antes: 3
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 12
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente

Motivo de consulta: Desequilibrio emocional (toda su vida)

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	6	9	5	2
	Significado	Mínima	Mínima	Mínima	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	34	29	23	24
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	3	3	1
	Significado	Poco	Poco	Poco	Nada
Vida social	Puntaje	2	3	2	1
	Significado	Casi nada	Poco	Casi nada	Nada
Ratos libres	Puntaje	2	2	1	1
	Significado	Casi nada	Casi nada	Nada	Nada
Relación de pareja	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	2	2	1	1
	Significado	Casi nada	Casi nada	Nada	Nada
Salud física	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Vida sexual	Puntaje	1	1	1	1
	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
Vida en general	Puntaje	3	2	2	1
	Significado	Poco	Casi nada	Casi nada	Nada

Identificación: **Participante 34**

Sexo: Femenino
 Edad: 27
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Agente patrimonial

Terapeutas con los que
 asistió antes: 2
 Número total de sesiones que
 asistió en el SOS: 7
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente

Motivo de consulta: Problemas en el trabajo y personales

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	24	10		
	Significado	Moderada	Leve		
Ansiedad de Beck	Puntaje	49	30		
	Significado	Severa	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	6	6		
	Significado	Muchísimo	Muchísimo		
Vida social	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Ratos libres	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Relación de pareja	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Relación familiar	Puntaje	3	3		
	Significado	Poco	Poco		
Salud física	Puntaje	5	3		
	Significado	Mucho	Poco		
Vida sexual	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Vida en general	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		

Identificación: **Participante 35**

Sexo: Femenino
 Edad: 21
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 3
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 12
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente

Motivo de consulta: Perdonar, superar cosas del pasado, cosas acumuladas desde hace 8 años que siente que no la dejan estar bien

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	13	15	2	2
	Significado	Leve	Leve	Mínima	Mínima
Ansiedad de Beck	Puntaje	33	29	21	22
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	2	6	1	2
	Significado	Casi nada	Muchísimo	Nada	Casi nada
Vida social	Puntaje	5	3	1	2
	Significado	Mucho	Poco	Nada	Casi nada
Ratos libres	Puntaje	4	3	1	3
	Significado	Regular	Poco	Nada	Poco
Relación de pareja	Puntaje	1	2	1	1
	Significado	Nada	Casi nada	Nada	Nada
Relación familiar	Puntaje	3	5	5	5
	Significado	Poco	Mucho	Mucho	Mucho
Salud física	Puntaje	3	1	1	2
	Significado	Poco	Nada	Nada	Casi nada
Vida sexual	Puntaje	1	1	1	2
	Significado	Nada	Nada	Nada	Casi nada
Vida en general	Puntaje	4	4	2	2
	Significado	Regular	Regular	Casi nada	Casi nada

Identificación: **Participante 36**

Sexo: Femenino
 Edad: 39
 Estado civil: Casado
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Ama de casa
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 10
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente
 Obsesión miedo a envejecer, miedo al abandono. Cuando dejó de trabajar su vida personal se vino abajo y le es difícil controlarlo

Motivo de consulta:

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	30	15	10	
	Significado	Severa	Leve	Leve	
Ansiedad de Beck	Puntaje	32	25	28	
	Significado	Severa	Moderada	Moderada	
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	3	5	2	
	Significado	Poco	Mucho	Casi nada	
Vida social	Puntaje	3	4	2	
	Significado	Poco	Regular	Casi nada	
Ratos libres	Puntaje	3	4	2	
	Significado	Poco	Regular	Casi nada	
Relación de pareja	Puntaje	5	6	5	
	Significado	Mucho	Muchísimo	Mucho	
Relación familiar	Puntaje	5	4	4	
	Significado	Mucho	Regular	Regular	
Salud física	Puntaje	5	4	2	
	Significado	Mucho	Regular	Casi nada	
Vida sexual	Puntaje	1	1	2	
	Significado	Nada	Nada	Casi nada	
Vida en general	Puntaje	6	4	4	
	Significado	Muchísimo	Regular	Regular	

Identificación: **Participante 37**

Sexo: Femenino
 Edad: 22
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Estudiante
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 4
 Motivo de termino de terapia: Baja, paciente aviso al terapeuta
 Se siente descontrolada, se embarazó y tuvo a su bebé, y cambió su vida. Es estudiante de psicología y siente que necesita orientación
 Motivo de consulta:

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	17	15		
	Significado	Moderada	Leve		
Ansiedad de Beck	Puntaje	32	28		
	Significado	Severa	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	2	1		
	Significado	Casi nada	Nada		
Vida social	Puntaje	5	3		
	Significado	Mucho	Poco		
Ratos libres	Puntaje	4	3		
	Significado	Regular	Poco		
Relación de pareja	Puntaje	6	5		
	Significado	Muchísimo	Mucho		
Relación familiar	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		
Salud física	Puntaje	4	4		
	Significado	Regular	Regular		
Vida sexual	Puntaje	5	1		
	Significado	Mucho	Nada		
Vida en general	Puntaje	5	4		
	Significado	Mucho	Regular		

Identificación: **Participante 38**

Sexo: Masculino
 Edad: 32
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Empleado
 Terapeutas con los que asistió antes: 0
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 4
 Motivo de termino de terapia: Abandono unilateral del paciente
 Motivo de consulta: Proceso de pareja, divorcio hace 2 meses

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
Depresión de Beck	Puntaje	8	6		
	Significado	Mínima	Mínima		
Ansiedad de Beck	Puntaje	26	24		
	Significado	Moderada	Moderada		
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
Trabajo/Escuela	Puntaje	2	2		
	Significado	Casi nada	Casi nada		
Vida social	Puntaje	1	2		
	Significado	Nada	Casi nada		
Ratos libres	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Relación de pareja	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Relación familiar	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Salud física	Puntaje	1	1		
	Significado	Nada	Nada		
Vida sexual	Puntaje	1	3		
	Significado	Nada	Poco		
Vida en general	Puntaje	2	1		
	Significado	Casi nada	Nada		

Identificación: **Participante 39**

Sexo: Femenino
 Edad: 53
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación: Médico
 Terapeutas con los que asistió antes: 1
 Número total de sesiones que asistió en el SOS: 13
 Motivo de termino de terapia: Alta del paciente

Motivo de consulta: Problemas de relación con los hombres y con su hijo

		Número de sesión			
ESCALAS		1a.	4a.	8a.	12a.
	Puntaje	8	5	3	0
Depresión de Beck	Significado	Mínima	Mínima	Mínima	
	Puntaje	42	30	21	21
Ansiedad de Beck	Significado	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
¿En qué grado te afectan tus problemas en las siguientes áreas...?					
	Puntaje	1	1	1	1
Trabajo/Escuela	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	4	1	1	1
Vida social	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	3	1	1	1
Ratos libres	Significado	Poco	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	1	1	1	1
Relación de pareja	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	5	1	1	1
Relación familiar	Significado	Mucho	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	1	1	1	3
Salud física	Significado	Nada	Nada	Nada	Poco
	Puntaje	1	1	1	1
Vida sexual	Significado	Nada	Nada	Nada	Nada
	Puntaje	4	1	1	1
Vida en general	Significado	Regular	Nada	Nada	Nada