

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**“EFICACIA DEL MODELO DE TERAPIA BREVE
ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS
DE ANSIEDAD”.**

Por:

Dra. Claudia Angélica Salinas Tijerina

Como requisito parcial para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Enero, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA

**“EFICACIA DEL MODELO DE TERAPIA BREVE
ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS
DE ANSIEDAD”.**

Aprobación de tesis:



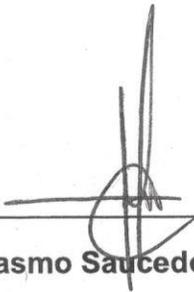
Dr. Francisco J. Rodríguez Lara
Director de Tesis



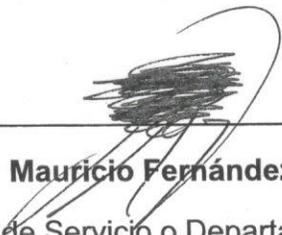
Dr. Alfredo B. Cuellar Barboza
Coordinador de Enseñanza
Co-Director de Tesis



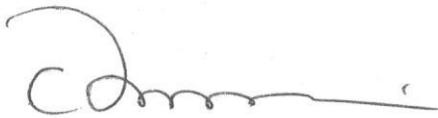
Dr. Rubén Neave Ureña
Co-Director de Tesis



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Éste trabajo se realizó en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" bajo la Dirección del Dr. Francisco J. Rodríguez Lara y la Co-Dirección del Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza y el Dr. Rubén Neave Ureña.

**“EFICACIA DEL MODELO DE TERAPIA
BREVE ESTRATÉGICA EN EL
TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE
ANSIEDAD”.**

Por:

Dra. Claudia Angélica Salinas Tijerina

RESUMEN

RESUMEN

Alumno: Dra. Claudia A. Salinas Tijerina

Candidato para el grado de Especialista en Psiquiatría.

Título del Estudio: “Eficacia del modelo de terapia breve estratégica en el tratamiento de trastornos de ansiedad”.

Área de Estudio: Psiquiatría

Introducción: Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes y se encuentran asociados a una significativa morbilidad y discapacidad. Se ha descrito que tales trastornos y respuestas emocionales podrían ser tratables mediante el uso de terapias a corto plazo. Sin embargo, en la actualidad hay pocos estudios publicados que validen de forma objetiva la efectividad de la Terapia Breve Estratégica (TBE) en los trastornos de ansiedad.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad de la TBE como tratamiento psicoterapéutico en los trastornos de ansiedad. **Materiales y**

métodos: El estudio consistió en 5 fases: 1) Tamizaje y reclutamiento. Se incluyeron a pacientes mayores de edad de cualquier sexo que contaran con el diagnóstico de trastorno de angustia con o sin agorafobia, fobia social y/o trastorno obsesivo compulsivo. 2) Aplicación de escalas clinimétricas para el diagnóstico, la clasificación de severidad, la calidad de vida y el seguimiento. 3) Implementación del esquema secuencial del modelo avanzado de la terapia breve estratégica. 4) Control y seguimiento de las sesiones mediante las escalas clinimétricas. 5) Análisis estadístico de la información capturada. **Resultados:** Se encontraron mejorías estadísticamente significativas en todas las escalas de evaluación durante las 10 sesiones y desde el inicio de la intervención hasta los seis y doce meses de seguimiento.

1) HAM-D, sesión 1: 27.59 ± 8.1 , sesión 10: 7.96 ± 5.7 ($p < 0.001$). 2) PAS sesión 1: 25.96 ± 7.44 sesión 10: 4.20 ± 2.4 ($p < 0.001$). 3) CGI-SI sesión 1: 4.35 ± 0.5 , sesión 10: 1.53 ± 0.7 ($p < 0.001$). 4) CGI-GI sesión 1: $3.90 \pm$ sesión 10: 1.1 ± 0.4 ($p < 0.001$). Todos los resultados permanecieron consistentes entre los seis y

doce meses de seguimiento en todas las escalas manteniendo los efectos benéficos de la TBE.

Conclusión: Este estudio corroboró la evidencia de que la TBE es un tratamiento efectivo para los pacientes con trastornos de ansiedad. La investigación futura en el TBE debe abordar las limitaciones de este estudio para permitir dilucidar los componentes terapéuticos clave de la TBE a medida que se incorporan en los modelos de psicoterapia moderna.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Desde el advenimiento de la psicoterapia, una de las preguntas más comunes ha sido "¿cuánta psicoterapia es suficiente?". La respuesta a esta importante pregunta ha sido moldeada por una amplia variedad de consideraciones económicas, políticas, clínicas y científicas. Sin embargo, en la actualidad, la prestación de todos los servicios de atención de salud mental, incluida la psicoterapia, está muy influenciada por consideraciones económicas. Los recursos financieros limitados a menudo dictan que el tratamiento se administre utilizando las estrategias disponibles a corto plazo más rentables. En consecuencia, en muchos países una gran cantidad de individuos que necesitan tratamiento de salud mental reciben una psicoterapia breve.

Si bien es importante señalar que la duración de las sesiones tiende a generar un gran impacto en el resultado psicoterapéutico, la relación duración-resultado en psicoterapia está mediada por una interacción compleja de factores de paciente, profesional y contexto que, bajo ciertas condiciones, permiten para algunos proceder rápidamente y, para otros, es necesario asignar más tiempo de tratamiento.

La TBE es la forma de tratamiento de salud mental que se corresponde de forma más cercana con lo que muchos pacientes esperan cuando voluntariamente buscan atención de salud mental. Los pacientes rara vez esperan un tratamiento prolongado y, a menudo, solo buscan ayuda para resolver problemas específicos y

temporales.

Existen varias formas de terapia breve, y cada una tiene sus propias características únicas. A pesar de estas características únicas, cada forma de psicoterapia breve usa conceptos y principios similares de una manera enfocada y decidida para estimular el cambio del paciente.

El tema de la efectividad en relación con la psicoterapia breve ha recibido una considerable atención en la literatura empírica. Debido al gran volumen y naturaleza compleja de esta literatura empírica es necesario llevar a cabo estudios que permitan evaluar de forma sistematizada y objetiva la efectividad de este tipo de terapias.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO.....	8
1. Definición y epidemiología de los trastornos de ansiedad.....	11
2. Neurobiología de la ansiedad	13
3. Mecanismos neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad	15
3.1. Hiperactividad adrenérgica	15
3.2. Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodicepinicos.....	16
3.3. Desbalance serotonina/dopamina	16
3.4. Disfunción dopaminérgica	17
3.5. Disfunción del Factor Liberador de Corticotropina	17
3.6. Hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina.....	18
4. Trastorno de ansiedad generalizada	18
4.1. Definición y epidemiología	18
4.2. Abordaje diagnóstico	19
4.3. Abordaje terapéutico	21

4.3.1.	Tratamiento no farmacológico	22
4.3.2.	Tratamiento farmacológico	23
5.	Trastorno del pánico	26
5.1.	Definición y epidemiología	26
5.2.	Abordaje diagnóstico	27
5.3.	Abordaje terapéutico.	30
5.3.1.	Tratamiento no farmacológico	31
5.3.2.	Tratamiento farmacológico.....	32

1. Definición y epidemiología de los trastornos de ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Es normal (adaptativa) en la medida en que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación (Castañeda Alejandro et al., 2010)

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona que lo padece. Puede acompañarse de síntomas que afectan tanto al plano físico, como al cognoscitivo, conductual y afectivo. (Tabla 1).

Tabla 1. Signos y síntomas de la ansiedad.

Físicos	Psíquicos
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, parestesias, hiperreflexia.	Preocupación excesiva, miedo a perder el control
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial.	Sensación de agobio
Respiratorio: disnea	Inquietud
Digestivos: náusea, vómito, dispepsia, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Miedos irracionales, sensación de muerte inminente
Genitourinarios: micción frecuente, disminución de lívido.	Ideas catastróficas

La ansiedad afecta a los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y efectuando evidentemente la funcionalidad del individuo.(Castañeda Alejandro et al., 2010)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de ansiedad en los servicios de atención primaria en el mundo se estima en un 12% dentro de la población adulta.(OMS, 2014) esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad, alcanzando la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres.(OMS, 2014) De acuerdo a otros estudios se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8%.(C. P. Association, 2006) Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno del Pánico (TP) con una prevalencia media de 3.8%, 1.4% y 1.6% respectivamente, mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC.(Rodríguez, Kohn, & Aguilar-Gaxiola, 2009)

1.2 Neurobiología de la ansiedad

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus.(Reyes-Ticas, 2010)

En la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales(Reyes-Ticas, 2010) de la siguiente manera (Figura 1): La entrada sensorial de un estímulo de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento.

Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

1. En el striatum hay una activación motoresquelética para "huir o atacar".
2. En el núcleo parabrancial se aumenta la frecuencia respiratoria.
3. En el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
4. En el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca,

diaforesis, piloerección y midriasis Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.

5. En la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. En el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. En el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad.

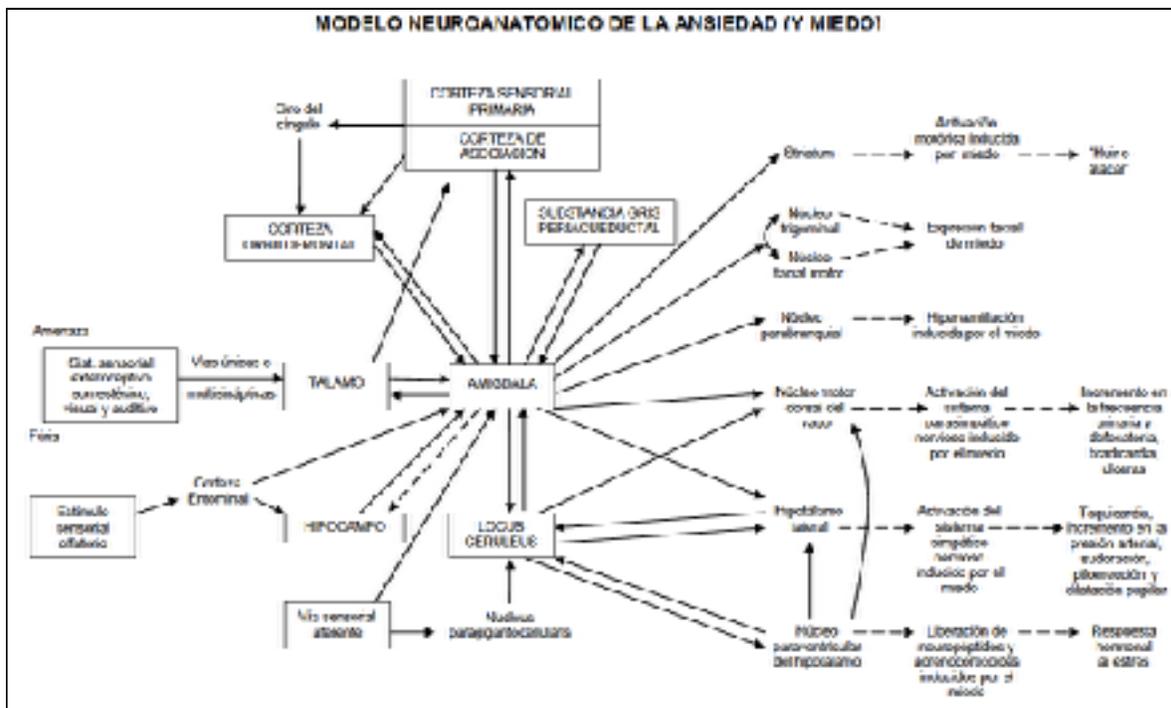


Figura 1. Modelo neuroanatómico de la ansiedad y el miedo. (Imagen obtenida de: Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Trastor ansiedad*. 2010)

3. Mecanismos neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad

3.1. Hiperactividad adrenérgica

Se han descrito diversos estudios en donde el sistema noradrenérgico tiene un papel fundamental.(Reyes-Ticas, 2010)

1. Se han encontrado niveles altos de noradrenalina, adrenalina y sus metabolitos en sujetos sanos después de un estrés emocional. Los síndromes de abstinencia de opiáceos y alcohol, así como la abrupta suspensión de anti-depresivos se asocian a sintomatología ansiosa intensa y aumento del metohidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.(Reyes-Ticas, 2010)
2. La yohimbina es una droga que bloquea los alfa-2 adrenorreceptores presinápticos lo que produce un aumento en la liberación de noradrenalina. Si la yohimbina se administra a pacientes con trastornos por pánico les causa ataques de pánico, a la vez que les produce elevación de la presión arterial, taquicardia y aumento de los niveles de MHPG y cortisol. Por otro lado, la clonidina un agonista alfa-2 adrenérgico, reduce la actividad del locus ceruleus y es capaz de bloquear los ataques de pánico en pacientes con trastorno por pánico. Ambos hechos evidencian una anormalidad adrenérgica en la etiología del trastorno por pánico.(Shiloh, Stryjer, Weizman, & Nutt, 2000)

2. Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodicepinicos.

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A es un complejo receptor macromoleculcular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodicepinicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. Cuando el receptor GABA-A es activado se incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria. El receptor GABA-B es presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios. Las benzodicepinas y el etanol, con demostrado efecto ansiolítico, se unen al receptor benzodicepinico, el cual está localizado en la subunidad alfa del receptor GABA-A. El ácido valproico, es un fármaco GABAérgico que ha demostrado efectividad en el manejo de los trastornos por pánico.(Reyes-Ticas, 2010)

En los pacientes con trastorno por pánico presentan ataques de pánico al administrarle flumazenil, un antagonista de los receptores benzodicepinicos; a la vez, éstos pacientes son menos sensibles al diacepan, sugiriendo una hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodicepinicos a nivel del locus ceruleus.(Shiloh et al., 2000)

3. Desbalance serotonina/dopamina

En condiciones normales la serotonina estimula los heterorreceptores 5-HT1D, 5HT2A, 5HT2C localizado en las fibras nerviosas dopaminérgicas, con la consecuente inhibición de la liberación de dopamina del botón presináptico hacia el espacio intersináptico. Se asume un estado de hiposerotoninergia en el trastorno obsesivo-compulsivo que provoca un aumento de dopamina en el espacio intersináptico en la conexión de las fibras de los núcleos del rafe a las fibras dopaminérgicas de la sustancia negra (con sus conexiones de ganglios basales) que da lugar a los síntomas compulsivos, y que por su vinculación con la corteza prefrontal, a través del cíngulo, produce los síntomas obsesivos.(Shiloh et al., 2000)

1.3.4. Disfunción dopaminérgica

Existen evidencias indirectas de que en la fobia social hay una disminuida actividad de dopamina:(Shiloh et al., 2000)

1. Efectividad de fármacos dopaminérgicos como el bupropión en su tratamiento.
2. Desarrollo de síntomas de ansiedad social después de tratamiento con agentes bloqueadores de dopamina.
3. Mayor frecuencia de trastornos de fobia social en la enfermedad de Parkinson.

1.3.5 Disfunción del Factor Liberador de Corticotropina

El factor liberador de corticotropina (CRF) se encuentra distribuido en amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus ceruleus, tálamo, sustancia periacueductal y cerebelo, todas ellas implicadas en el estrés. La inyección intravenosa de CRF provoca ansiedad y aumenta la actividad del locus ceruleus. La inyección de CRF en la amígdala produce miedo intenso. La administración de CRF aumenta la actividad noradrenérgica y viceversa. Estos hallazgos son indicativos de la participación del CRF en los trastornos de ansiedad.(Reyes-Ticas, 2010)

1.3.6 Hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina

Este neurotransmisor interactúa extensamente con los sistemas GABAérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos y se piensa que juega un rol de modulación en la ansiedad. Inyecciones de pentagastrina, un agonista del receptor de colecistoquinina de tipo B, en pacientes sufriendo de ansiedad generalizada induce ataques de pánico, mayor que los controles sanos, pero menor que en pacientes con trastorno por pánico.(Argyropoulos, Forshall, & Nutt, 2001)

4. Trastorno de ansiedad generalizada

1. Definición y epidemiología

El TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad. El TAG es de comienzo insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua más que episódica. La característica principal es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia. Antes de establecer el diagnóstico de TAG deben descartarse trastorno por pánico, depresión y trastorno de adaptación.(Reyes-Ticas, 2010)

El TAG es el trastorno de ansiedad más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres.(ANMM, 2012)

2. Abordaje diagnóstico

Los criterios diagnósticos del TAG han cambiado a lo largo del tiempo, aunque siempre se han incluido la ansiedad cognitiva excesiva y síntomas físicos genera-

lizados y persistentes. Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (en inglés, DSM-V-TR) tienen la misma denominación de TAG. El CIE-10 incluye el TAG dentro del bloque de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos colocando el TAG en la sección “otros trastornos de ansiedad”, donde también se incluyen, de manera separada, el trastorno de pánico y el trastorno mixto ansioso-depresivo, mientras que el DSM-V asigna el TAG dentro de la categoría de trastornos de ansiedad.(A. P. Association, 2013)

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada(A. P. Association, 2013):

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

3. Abordaje terapéutico

Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, la mayoría de los pacientes van a requerir algún tipo de tratamiento que va a estar determinado por la severidad y persistencia de los síntomas, la presencia o no de otro trastorno psiquiátrico o médico en general, el nivel de disfuncionalidad, medicamentos concomitantes y una historia de respuesta y tolerancia a tratamientos anteriores.(Toro, Yepes, & Eduardo, 2010) El objetivo del tratamiento a corto plazo consiste en la reducción de los síntomas a un nivel tolerable ya que a menudo no es posible eliminarlos por completo, mientras que a largo plazo es la remisión total.(Katzman, 2009) Si los síntomas son leves y se asocian con factores estresantes psicosociales el manejo no farmacológico puede ser suficiente.

Para síntomas más severos o duraderos es necesario combinar con el tratamiento farmacológico.

1.4.3.1 Tratamiento no farmacológico (Toro et al., 2010)

La psicoterapia que demuestra mayor efectividad, similar a la terapia farmacológica, es la terapia cognitiva comportamental, tanto en tratamientos agudos como crónicos. Aquellos con mejor pronóstico son los que responden más rápido. Apparently mejora también la posibilidad de recaídas a largo plazo.

La psicoterapia de apoyo presupone una buena relación médico-paciente e incluye la oportunidad de que éste exprese sus preocupaciones sobre problemas familiares, económicos o de salud explorando las relaciones entre éstos y los síntomas.

Otras opciones terapéuticas incluyen la relajación muscular, la biorretroalimentación y la meditación. Estas técnicas pueden producir una respuesta de relajación muscular que disminuye la ansiedad dándole al paciente cierto grado de control sobre los síntomas. Otras estrategias se derivan de la terapia del comportamiento que pretende modificar el comportamiento de evitación y la percepción cognitiva que acompaña la ansiedad.

El ejercicio físico regular es otra medida útil en estos pacientes. Aunque esté bien establecido que la terapia psicológica tiene un papel fundamental en el tratamiento del TAG, debido al tiempo y a los recursos de nuestros sistemas de salud, además de la actitud de los pacientes hacia este tipo de terapia, es altamente probable que la mayoría de los pacientes terminen manejados con fármacos.

1.4.3.2 Tratamiento farmacológico

La elección de un fármaco va a depender de varios factores incluyendo los efectos adversos, los riesgos, la presencia o no de una depresión concomitante y la necesidad de un inicio rápido de acción (Toro et al., 2010). A continuación, se hará un breve recuento de las diferentes terapias farmacológicas utilizadas en el TAG.

1. Antidepresivos. En este grupo se incluyen los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). La mayoría de guías y consensos coinciden en que no existe mayor diferencia entre ellos en

cuanto a su efectividad en esta entidad. Los más utilizados son los ISRS debido a su mejor perfil de efectos adversos. Entre estos, los únicos hasta ahora aprobados por la Food and Drug Administration (en inglés, FDA) para este trastorno están la paroxetina y el escitalopram, aunque se puede asumir que todos los antidepresivos que tengan una acción similar deben tener cierta utilidad. Entre los IRSN se encuentra principalmente la venlafaxina en dosis similares a las usadas en depresión 75 a 150 mg, medicamento que recientemente fue aprobado por la FDA en el manejo del TAG. Los antidepresivos tricíclicos han sido poco estudiados en estos pacientes pero hay evidencia preliminar de su utilidad a dosis más bajas que las empleadas en depresión, por ejemplo 50 a 100 mg de amitriptilina o su equivalente.(Davidson, 2001)

2. Benzodicepinas. Son los medicamentos más prescritos en esta entidad y tienen además una mayor evidencia de efectividad. Aproximadamente el 70% mejoran al tomar la medicación, pero de éstos solo en el 40% hay remisión de los síntomas y en el 30% la mejoría es parcial. La respuesta es rápida en la primera semana y si con dosis adecuadas ésta no se obtuviere estaría indicando reevaluar el diagnóstico. El diagnóstico de TAG se asocia con cierta frecuencia con otros como trastorno de pánico, depresión, trastorno de ansiedad social y trastornos de personalidad, los cuales si están presentes ameritan tratamiento específico. No existen pautas definidas acerca de la duración del tratamiento con BDZ ni tampoco si una está más

indicada que otra. Dada la naturaleza crónica o recidivante del TAG algunos estudios recomiendan tratamiento a largo plazo, pero esto sigue siendo motivo de polémica debido a su potencia adictiva.(Baldwin et al., 2005)

3. Otros. El grupo de las azapironas constituye otra alternativa. La buspirona tiene un período de latencia de dos a tres semanas y por su vida media corta hay que administrarla tres veces al día y no es efectiva para tomar a necesidad. La dosis oscila entre 15 a 30 mg al día. Es de anotar que la buspirona tiene eficacia limitada si se la compara con BZD, especialmente en aquellos pacientes que ya han recibido BZD previamente. Otros medicamentos que pueden ser útiles en TAG serían los betabloqueantes, tales como el propranolol. Algunos estudios demuestran que éste combinado con una BDZ puede ser más efectivo que una BDZ sola, además que podría ayudar en el desmonte de la BDZ mas adelante. La pregabalina muestra a través de varios estudios ser tan efectiva como la venlafaxina, pero con un inicio de acción más rápido, de una semana, además con la ventaja de mejorar el sueño en estos pacientes a diferencia de los antidepresivos y mejorar su arquitectura a diferencia de las BDZ.(Montgomery, Tobias, Zornberg, Kasper, & Pande, 2006) No existen estudios que arrojen evidencia en cuanto a la utilización de antipsicóticos atípicos en el manejo de TAG.

1.6. Trastorno del pánico

1.6.1. Definición y epidemiología

El síntoma básico del TP es el ataque de angustia severa, espontánea y de comienzo brusco, generalmente de breve duración y con carácter episódico. Los síntomas de la crisis de pánico son manifestaciones físicas que comprometen varios órganos o sistemas, acompañados de sensación de miedo o terror que el paciente interpreta en ese momento como muerte inminente o temor a perder la razón. (Toro et al., 2010)

En la medida en que se presentan las crisis se desarrolla ansiedad anticipatoria y un 70% de los individuos afectados presentan conductas de evitación fóbica que comúnmente llegan al cuadro clínico de la agorafobia. Hasta el 11% de las mujeres y el 7% de los hombres en la población general han experimentado al menos un ataque de pánico. La prevalencia global durante la vida está entre 1,5% y el 3,5%. (Social, 2005)

La distribución por género del TP sin agorafobia es casi igual en ambos sexos; un poco más común en mujeres; cuando el trastorno se asocia a agorafobia la proporción de mujeres a hombres es de 3:1. El TP comienza por lo común en el adulto joven, la edad promedio de iniciación es 25 años, pero puede comenzar en la niñez o adolescencia y a veces se manifiesta como trastorno por ansiedad de separación. Es raro que ocurra después de los 40 años. En consultas médicas especializadas, como la de cardiología, la prevalencia puede ser hasta de un 15%. (Weissman et al., 1997)

La prevalencia de la agorafobia es variable, situándose entre 3% a 5% en un período de seis meses. Todavía es motivo de controversia si la agorafobia se puede presentar independiente del TP o constituye siempre una complicación de este último.(Toro et al., 2010)

La prevalencia de la depresión mayor a lo largo de la vida es de un 50% a 60% en individuos con un TP. En estos pacientes la aparición de la depresión precede al TP en una tercera parte de los casos, mientras que la aparición de la depresión coincide o es posterior al inicio del TP en los dos tercios restantes. La comorbilidad de TP y depresión incrementa el riesgo de suicidio, el deterioro del funcionamiento social y conyugal, y el abuso de sustancias.(Toro et al., 2010)

Hasta un 90% de pacientes con TP van a tener al menos otro diagnóstico psiquiátrico durante su vida, los más comunes son la depresión mayor, el TAG, la agorafobia, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno bipolar y el abuso del alcohol.(Kessler et al., 1994) Algunos estudios muestran mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio, lo cual posiblemente se debe a la comorbilidad del TP con depresión mayor.

1.6.2. Abordaje diagnóstico

El TP se puede clasificar de acuerdo a los criterios DSM-V(A. P. Association, 2013):

Ataques de pánico recurrentes e inesperados, definidos por episodios abruptos de miedo intenso o malestar (generalmente picos en minutos) más ≥ 4 de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

13. Escalofríos o sofocaciones

Más al menos 1 de los siguientes después de cualquier ataque de pánico:

1. Preocupación persistente por al menos 1 mes sobre ataques de pánico adicionales o consecuencias tales como perder el control o tener un ataque al corazón
2. Cambio maladaptativo significativo durante al menos 1 mes en el comportamiento instigado por ataques de pánico, como evitar situaciones desconocidas.

Y la perturbación no puede ser explicada por ninguno de los siguientes:

1. Efectos fisiológicos de otra condición (como, hipertiroidismo o trastornos cardiopulmonares) o sustancias (como, drogas de abuso o medicamentos)
2. otro trastorno mental tal como:
 - Trastorno de ansiedad social (en el cual los ataques de pánico ocurren en respuesta a situaciones sociales temidas)
 - Fobia específica (en la cual los ataques de pánico ocurren en respuesta a objetos o situaciones fóbicas circunscriptas)
 - TO (en el cual los ataques de pánico ocurren en respuesta a obsesiones)
 - TEPT (en el cual se producen ataques de pánico en respuesta a recordatorios de eventos traumáticos)

- Trastorno de ansiedad por separación (en el que se producen ataques de pánico en respuesta a la separación de las figuras de apego)

1.6.3. Abordaje terapéutico

El tratamiento del trastorno de pánico requiere la combinación de fármacos y psicoterapia. Para prevenir los ataques es necesario neutralizar el núcleo metabólico responsable de su producción, y esto se logra primordialmente con el uso de los medicamentos apropiados. Para controlar la ansiedad anticipatoria y las fobias hay que incluir técnicas psicoterapéuticas.

Además de las técnicas específicas para tratar las diferentes fases de esta entidad es importante evaluar los factores psicosociales que pueden contribuir en la precipitación o mantenimiento de los síntomas para así poder hacer las modificaciones ambientales o instituir la psicoterapia necesaria.

Tampoco debe olvidarse que el exceso de cafeína o de ejercicio, los medicamentos que disminuyen el apetito, la marihuana y la cocaína, la abstinencia del alcohol, pueden precipitar los ataques de pánico, y por lo tanto las medidas correctivas deben ser instituidas.(Toro et al., 2010)

1.6.3.1 Tratamiento no farmacológico

Los casos con un mayor componente fóbico y los más severos o crónicos deben ser referidos al psiquiatra o psicólogo para la utilización de las psicoterapias especializadas.

El tratamiento cognitivo-conductual se imparte en 12 a 16 sesiones en un periodo de tres a cuatro meses y se enfoca en recrear los síntomas temidos y luego modificar las respuestas usuales del paciente a estos síntomas. (Landon & Barlow, 2004) Un metaanálisis comparó 11 ensayos clínicos aleatorizados entre terapia cognitivo conductual y antidepresivos (ISRS y ADT) y se encontró efectos similares en la ansiedad global, respuesta clínica y depresión.(Mitte, 2005)

Las técnicas de la terapia del comportamiento son las más efectivas en el control de las fobias. La exposición in vivo (enfrentamiento sistemático de las situaciones que el paciente evita) parece ser el ingrediente activo de la mayoría de ellas. Otras técnicas son la relajación, la respiración controlada, la desensibilización sistemática, la exposición interoceptiva, etc. Las técnicas de reestructuración cognoscitiva son útiles para combatir las ideas catastróficas, que según algunos autores como Beck y Gelder, juegan un papel muy importante en el mantenimiento de los ataques de pánico. Existe evidencia de que la reatribución cognoscitiva puede ser efectiva en la disminución o la supresión de los ataques de pánico.

La efectividad demostrada del tratamiento cognitivo conductual implica que puede ser un tratamiento inicial válido, sobre todo en casos de comienzo reciente y sin una depresión mayor asociada (como en el caso clínico descrito). La escogencia

depende de la preferencia del paciente y de la disponibilidad de un terapeuta cognitivo conductual experimentado.(Toro et al., 2010)

1.6.3.2 Tratamiento farmacológico

El objetivo principal del tratamiento farmacológico es bloquear la aparición de las crisis de pánico, neutralizar la ansiedad anticipatoria y reducir la evitación fóbica. Históricamente esto se ha logrado con los siguientes fármacos:(Ayuso Gutiérrez, 2010)

- Antidepresivos tricíclicos (ADT) e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) introducidos durante las décadas de los años sesenta y setenta.
- Benzodiazepinas de alta potencia como el alprazolam y el clonazepam introducidas en la década de los años ochenta.
- ISRS desde la década de los años noventa.

Todos los grupos anteriores demostraron su efectividad en el control de las crisis de pánico y las diferencias entre ellos estriban en sus efectos secundarios.

Actualmente los ISRS se consideran de primera elección y también están indicados en los pacientes que padecen de manera simultánea un cuadro depresivo o en pacientes en quienes los tricíclicos están contraindicados, como en el infarto

reciente del miocardio, los problemas de conducción cardíaca, la epilepsia, la hipertrofia prostática y el glaucoma de ángulo estrecho.(Uhlenhuth, Balter, Ban, & Yang, 1998)

En general los IMAO irreversibles son medicamentos poco usados en la actualidad, debido a sus interacciones dietéticas y farmacológicas, además en varios países no están disponibles y por lo tanto se reserva su uso para pacientes resistentes a otros fármacos.

Aunque la mayoría de los pacientes se recuperan con el primer fármaco utilizado, es importante enfatizar que los que no la toleran o no responden de manera adecuada, por lo general muestran un resultado positivo con otro grupo.

Se sugiere que las drogas antipánico deben administrarse por un mínimo de seis meses, y preferiblemente durante un año. Si en esta época el paciente se encuentra bien controlado se intenta la suspensión de la medicina en una forma gradual. En un porcentaje que, según diversos autores, varía entre el 25% y el 80%, se presenta una recaída. Esta puede ser inmediata o después de un intervalo de tiempo variable. Cuando esto sucede, el tratamiento debe reanudarse.

Cuando se previenen los ataques de pánico con el antidepresivo, algunos clínicos prescriben una benzodiazepina en las dosis terapéuticas usuales dos veces al día.

En general, éstas deben utilizarse por períodos de cuatro a seis semanas y luego suspenderse gradualmente.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

2

ANTECEDENTES

El modelo estratégico de terapia, se ocupa del modo en que el hombre percibe y gestiona la propia realidad a través de la comunicación consigo mismo, los demás y el mundo, transformándola de disfuncional a funcional, con el fin de poder “actuar” sobre ello, “no se puede no comunicar”(Watzlawick, n.d.).

El trabajo del terapeuta estratégico se enfoca no sobre el “por qué existe” el problema, sino sobre “cómo funciona” y especialmente sobre “qué hacer” para resolverlo, guiando a la persona a cambiar no solo sus propios comportamientos sino también las propias modalidades perceptivas y de atribución causal. El constructo operativo fundamental de este enfoque es el de “solución intentada”, formulado por primera vez por el grupo de Mental Research Institute de Palo Alto California.

Este grupo de investigadores, encabezado por Paul Watzlawick en 1974(Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin, 1974) sintetizaron los resultados de su propia investigación sobre comunicación y terapia familiar con las contribuciones técnicas sobre hipnoterapia de Milton Erickson, dando como resultado un modelo sistemático de terapia breve que podía ser aplicado a una amplia variedad de trastornos, con buenos resultados, volviéndose popular, agregándose investigadores como Haley, 1976, Madanes, 1990, Nardone, 1990, Bloom, 1995, entre otros.

Este método ha ido evolucionando poco a poco en modelos que tienen asunciones y técnicas específicas diseñadas para distintos trastornos, hasta llegar al modelo de terapia breve estratégica evolucionada diseñada por Giorgio Nardone, que se caracteriza por protocolos específicos de tratamiento, para diversos tipos de patologías. Desde 1985 por medio de un método empírico experimental el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo Italia ha llevado a cabo investigaciones para el desarrollo de modelos avanzados de terapia breve estratégica orientada a la solución, desarrollándose en primera instancia protocolos específicos de tratamiento para trastornos Fóbico-Obsesivos y trastornos de la alimentación(Nardone, Watzlawick, & Milanese, 2011) , los cuales han probado ser eficaces con el 87 % de casos solucionados en una media de 7 sesiones. Se describen como protocolos rigurosos, pero no rígidos, ya que pueden ajustarse a las respuestas o efectos obtenidos a partir de las intervenciones introducidas.

Como resultado de estas investigaciones se han creado modelos epistemológicos y operativos de la formación y la persistencia de las patologías en estudio, también se han detectado una serie de modelos específicos de interacción rígida entre persona y realidad, que llevan a la formación de tipologías específicas de trastornos psicológicos, los cuales se mantienen por los intentos disfuncionales de resolver el problema, esto conduce a la formación de lo que se ha llamado Sistema Perceptivo-Reactivo (SPR), que son las modalidades individuales, redundantes de percepción y reacción hacia la realidad. Estas se expresan en el funcionamiento de las tres fundamentales e independientes tipologías de relación: entre uno consigo mismo, entre uno y los demás, entre uno y el mundo. Como consecuencia, se

expresa como una obstinada perseverancia en utilizar supuestamente estrategias productivas que han funcionado en un pasado en problemas similares pero que ahora, en cambio, hacen que el problema reverbere(Nardone & Watzlawick, 2012). El enfoque comporta usar la propia lógica de los pacientes para ayudarlos a superar sus problemas, liberándolos de una larga discapacidad, utiliza una clasificación de las patologías basada en el constructo del sistema perceptivo-reactivo y no en categorías o clasificaciones nosográficas tradicionales de patología mental. El tratamiento completo tiene una media de 10-15 sesiones en un marco temporal de 12 meses.

Actualmente se encuentran diseñados protocolos en este modelo terapéutico para Trastornos Depresivos, Trastorno de Ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastornos de la alimentación, trastornos sexuales, Trastorno límite de la personalidad, los cuales basan sus intervenciones en la filosofía de la ciencia, que resume en los siguientes pasos el método de la investigación: se tropieza con un problema; se estudian todos los intentos de solución puestos en práctica; se buscan soluciones alternativas; se aplican estas soluciones, se evalúan los efectos, se ajusta la estrategia para hacerla eficaz.

El enfoque se basa en que un problema se conoce a través de su solución. Se hace diagnóstico operativo, una vez que se diagnostica la solución intentada se diseña una estrategia. Contiene 4 etapas, la primera conocida como “inicio del

juego”, segunda “desbloqueo”, la tercera “consolidación”, cuarta “cierre y seguimiento”.

Uno de los diagnósticos que se hace es el identificar el SPR, que son modalidades individuales redundantes de percepción y reacción hacia la realidad, expresadas en 3 tipologías de relación: consigo mismo, con los otros y con el mundo. El SPR es la base del diagnóstico operativo y se conoce a través de investigar las soluciones intentadas.

Tomando todo lo planteado anteriormente, hemos encontrado una serie de estudios realizados de manera empírica experimental en el enfoque de terapia breve estratégica evolucionada que muestran resultados elevados de eficacia y eficiencia de hasta un 87% en diversas patologías, por lo que consideramos imperativo la realización de protocolos de investigación clínicos, con rigor científico y avalados por un comité de ética para validar la eficacia de este método terapéutico que contribuya a implementar estrategias terapéuticas de vanguardia, eficaces, de manera rápida para aliviar el sufrimiento de los pacientes afectados por algún trastorno mental.

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes y se encuentran asociados a una significativa morbilidad y discapacidad. Desde los años setenta se ha descrito que tales trastornos y respuestas emocionales son teóricamente tratables mediante el uso de terapias a corto plazo.

En las fases iniciales del desarrollo de la terapia breve específica, la investigación basada en casos demostró que las personas con trastornos de ansiedad podrían tratarse con éxito con estas terapias, y que las ganancias se mantienen constantes durante el seguimiento. Sin embargo, los estudios publicados utilizan diferentes métodos y muestras, además de basarse en datos empíricos y carecer de variables objetivas que permitan medir de forma sistemática su impacto terapéutico.

CAPÍTULO 4

JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO 4

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad son cada vez más reconocidos como determinantes importantes de una mala calidad de vida y como uno de los principales contribuyentes al uso de servicios de salud a nivel mundial. La prevalencia se estima en un 18% y, según los estudios más recientes, se proyecta que hasta un 33,7% de la población se verá afectada por algún trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. En estudios clínicos y poblacionales, el desarrollo de comorbilidades dificulta el tratamiento de trastornos primarios y secundarios, contribuye a bajas tasas de remisión, mal pronóstico y riesgo de suicidio.

La ansiedad no tratada se ha asociado con importantes costos personales y sociales, relacionados con visitas frecuentes de atención primaria, disminución de la productividad laboral, desempleo y relaciones sociales deterioradas.

En la actualidad hay pocos estudios publicados que validen de forma objetiva la efectividad de la Terapia Breve Estratégica en los trastornos de ansiedad. La realización de un estudio con rigor científico que plantee resultados objetivos utilizando mediante una intervención y metodología sistemática podría contribuir a implementar estrategias terapéuticas eficaces para el tratamiento de los pacientes afectados con algún trastorno de ansiedad.

CAPÍTULO 5

HIPÓTESIS

CAPÍTULO 5

HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis de trabajo

El uso del modelo de tratamiento de Terapia Breve Estratégica Evolucionada es efectivo para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad.

5.2. Hipótesis nula

El uso del modelo de tratamiento de Terapia Breve Estratégica Evolucionada no es efectivo para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad.

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

1. Objetivo General

Determinar la efectividad de la TBE como tratamiento psicoterapéutico en los trastornos de ansiedad.

2. Objetivos Específicos

- 2.1.** Describir las características demográficas y epidemiológicas de los sujetos de estudio con trastornos de ansiedad que fueron tratados con la TBE.
- 2.2.** Aplicar las escalas clinimétricas en los sujetos que se encuentran bajo el tratamiento con la TBE.
- 2.3.** Analizar los marcadores clínicos ligados a respuesta para cuantificar los criterios de éxito de la intervención.

CAPÍTULO 7

VARIABLES DEL ESTUDIO

CAPÍTULO 7

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las escalas y puntuaciones clinimétricas sistematizadas presentadas permiten la cuantificación objetiva de los criterios de éxito de la intervención.

1. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

Entrevista diagnóstica estructurada que explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10. La MINI está dividida en módulos, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.

2. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D).

Escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Permite descartar pacientes con síntomas depresivos prominentes y la aparición de los mismos durante el estudio.

3. Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

Escala autoaplicada que evalúa gravedad y mejoría del cuadro clínico; consta de dos subescalas: la gravedad del cuadro clínico (CGI-SI) y la mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas (CGI-GI).

4. Inventario de Beck (BDI).

Escala autoaplicada que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presente en la depresión.

5. Escala de Pánico y Agorafobia (PAS).

Escala diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de pánico; consta de 5 subescalas: ataques de pánico, agorafobia, ansiedad anticipatoria, discapacidad y preocupación por la salud.

6. Cuestionario de Calidad de Vida, Disfrute y Satisfacción (Q-LES-Q).

Explora la satisfacción y el placer experimentado en estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, actividades de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales.

7. Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS).

Valora la gravedad de la ideación suicida en un sujeto, la intensidad de la idea, se aplica en diferentes fases del tratamiento de un sujeto para definir la intensidad y severidad de las ideas suicidas.

CAPÍTULO 8

MATERIALES Y MÉTODOS

CAPÍTULO 8

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y	64
MÉTODOS.....	
8.1 Tipo de estudio.....	66
8.2 Diseño del estudio.....	66
8.3 Consideraciones éticas.....	66
8.4 Fases del Estudio.....	66
8.5 Características y criterios de la población.....	67
8.5.1 Criterios de Inclusión.....	67
8.5.2 Criterios de Exclusión.....	68
.....	
8.5.3 Criterios de Eliminación.....	68
8.6 Tamaño de la población.....	69
.....	
8.9 Lugar de referencia.....	69
.....	

8.10 Descripción del proceso 69

.....

8.11. Análisis estadístico 70

.....

8.1 Tipo de estudio

Ensayo clínico no aleatorizado y no ciego.

8.2 Diseño del estudio

Estudio experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo, analítico.

8.3 Consideraciones éticas

El presente protocolo de investigación fue aprobado por el comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la “Universidad Autónoma de Nuevo León” con la clave de registro **PS15003**. No existe ningún tipo de conflicto de intereses por la realización del presente estudio.

8.4 Fases del Estudio

Fase 1. Tamizaje y reclutamiento de pacientes.

Fase 2. Aplicación de encuestas y escalas clinimétricas pretratamiento para el diagnóstico, la severidad y el seguimiento.

Fase 3. Implementación del esquema secuencial del modelo avanzado de la TBE.

- Primera etapa: Comienzo del juego
- Segunda etapa: Desbloqueo de la patología

- Tercera etapa: Consolidación y reorganización de las reglas del juego
- Cuarta etapa: Final del juego

Fase 4. Control de las sesiones de los sujetos de estudio los días 01, 15,30,45,60,90,120,180, 240,300 y 360 de evaluación con la implementación de las escalas clinimétricas.

Fase 5. Análisis de la información obtenida.

8.5 Características y criterios de la población

8.5.1 Criterios de Inclusión

- a) Mayores de 18 años
- b) Cualquier sexo
- c) Sujetos que entiendan y hayan firmado el consentimiento informado, aceptando participar en el estudio.
- d) Sujetos que cuenten con diagnóstico de alguno de los siguientes trastornos de ansiedad:
 - Trastorno de Angustia con o sin agorafobia.
 - Trastorno Obsesivo Compulsivo.
 - Fobia Social.
- e) Sujetos que tengan 4 semanas o más tomando alguna medicación psicofarmacológica.

- f) Sujetos que no se hayan recibido algún tipo de tratamiento psicoterapéutico durante las últimas 8 semanas.

2. **Criterios de Exclusión**

- a) Sujetos que presenten riesgo suicida.
- b) Sujetos que cuenten con diagnóstico de retraso mental, trastorno cerebral orgánico, o alguna enfermedad física o neurológica que representen una incapacidad para comprender y ejecutar las estrategias terapéuticas del presente estudio (demencia vascular, demencia tipo Alzheimer, esclerosis múltiple, miastenia gravis etc.).
- c) Sujetos que consuman algún tipo de droga o fármaco estimulante (cocaína, anfetaminas, metilfenidato, modafinilo, salbutamol, pseudoefedrina).
- d) Sujetos que cuenten con diagnóstico de hipertirodismo no tratado o de difícil control.

8.5.3 Criterios de Eliminación

- a) Sujetos que decidan abandonar voluntariamente el estudio.

- b) Empeoramiento de la sintomatología del participante en el transcurso de las primeras 5 sesiones.
- c) Sujetos que presenten riesgo suicida en cualquier etapa del estudio.
- d) Sujetos que durante el desarrollo del estudio no cumplan con las estrategias dictadas por los protocolos de tratamiento del presente estudio.

8.6 Tamaño de la población

Se consideró una muestra por conveniencia de 55 pacientes evaluados en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

8.9 Lugar de referencia

El estudio se realizó en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

8.10. Descripción del proceso

El procedimiento consiste en realizar un tamizaje a los pacientes interesados y que cumplan con los criterios de inclusión mencionados previamente, posteriormente en la primer visita se les confirma el diagnóstico y se les aplican las siguien-

tes escalas: MINI, HAM-A, FIAD 60, CGI de mejoría y severidad, Inventario de Beck, Inventario de fobia social, Escala Breve de Fobia Social, Escala de pánico y Agorafobia, cuestionario de Calidad de vida (satisfacción y placer), la escala de Columbia de suicidio, escala de obsesiones y compulsiones de Yale Brown. Todas las escalas mencionadas con anterioridad nos dan información en torno a severidad y evolución de los síntomas a través del tiempo.

Posteriormente se canalizará aleatoriamente al paciente a un terapeuta certificado en TBE (F.R, R.N, A.C) quién empleará las maniobras descritas en los protocolos específicas para cada patología (Anexo 1 y 2) y llevará el control de las citas de cada participante, estas sesiones serán videograbadas y evaluadas por un segundo clínico, participante en el estudio, quien corroborara que la técnica de la TBE esté bien aplicada.

Se tendrán sesiones los días 01, 15, 30, 45, 60, 90,120,180, 240, 300 y 360 de evaluación, en cada una de las sesiones se realizarán los procedimientos designados para medir de manera objetiva los cambios que se vayan dando en los pacientes desde el inicio hasta el final de su tratamiento; al término de las sesiones esta información será analizada y comparada entre las diferentes variables presentadas, para de esta manera determinar la efectividad del modelo de terapia breve avanzada.

8.11. Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresaron con frecuencias, las variables continuas paramétricas con medias y desviación estándar y las no paramétricas con medianas y rangos. Para probar los efectos del tratamiento a lo largo de las sesiones (S1-S10) y durante el seguimiento a los 6 y 12 meses se utilizó un modelo lineal general para muestras repetidas. Se informaron los intervalos de confianza al 95% para las diferencias entre los grupos. Se utilizó la corrección de Bonferroni para pruebas múltiples y resultó en un ajuste en el nivel alfa con significancia de 0.01 (0.05/5). Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0.05$. El software utilizado para el análisis fue SPSS®V.25

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

9.1 Características de la población

Se incluyeron a 54 pacientes de los cuales el 63% fueron mujeres. La edad media fue de 36.57 ± 14.3 años. El 48.1% de los pacientes eran casados, el 37% solteros, el 11% divorciados y el 3.7 en unión libre. Predominó la población con actividad laboral abarcando el 55.6% de la población total. El 25.9% de la población se dedicaba a labores del hogar, el 11.1% eran estudiantes y el 7.4% eran desempleados. La mayoría de los pacientes contaban con estudios profesionales (44.4%), el 13% estudios de postgrado, el 29.6% de bachillerato, el 5.6% de secundaria y el 7.4% de primaria. El resto de las características demográficas se presentan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Características demográficas de la población.

Parámetro	no. (%)
Género – Femenino	34 (63)
Edad – años*	36.57 ± 14.3
Estado Civil	
Soltero	20 (37)
Casado	26 (48.1)
Divorciado	6 (11.1)
Unión libre	2 (3.7)
Ocupación	
Desempleado	4 (7.4)
Hogar	14 (25.9)
Trabajador	30 (55.6)
Estudiante	6 (11.1)
Escolaridad	
Primaria	4 (7.4)
Secundaria	3 (5.6)
Bachillerato	16 (29.6)
Profesional	24 (44.4)
Postgrado	7 (13)
Religión	
Ninguna	5 (9.3)
Católica	47 (87)
Cristiana	2 (3.7)
Nivel Socioeconómico	
Bajo	2 (3.7)
Medio	45 (83.3)

Alto	7 (13)
Tratamiento previo	31 (57.4)
Con comorbilidades	6 (11.1)
TDM	3 (5.6)
Otro	3 (5.6)

9.2 Eficacia de la TBE

Se encontraron mejorías estadísticamente significativas en todas las escalas de evaluación durante las 10 sesiones (**Tabla 4**).

Tabla 4. Puntuaciones de las escalas HAM-D, PAS, CGI-SI y CGI-GI durante las 10 sesiones de intervención con la TBE.*

Sesión	HAM-D	PAS	CGI-SI	CGI-GI
1	27.59 ± 8.1	25.96 ± 7.44	4.35 ± 0.5	3.90 ± 0.3
2	22.73 ± 6.9	19.94 ± 6.7	3.86 ± 0.4	3.12 ± 1.0
3	18.47 ± 8.5	15.67 ± 5.1	3.49 ± 0.5	2.41 ± 0.9
4	14.51 ± 7.2	11.16 ± 5.83	3.29 ± 0.5	1.96 ± 0.9
5	11.73 ± 7.6	9.10 ± 5.64	2.96 ± 0.8	1.80 ± 1.0
6	11.73 ± 6.5	8.75 ± 5.49	2.67 ± 0.7	1.51 ± 0.8
7	11.10 ± 7.2	8.27 ± 6.2	2.45 ± 0.9	1.71 ± 1.1
8	9.51 ± 6.5	6.75 ± 5.1	2.18 ± 0.8	1.41 ± 0.9
9	8.75 ± 5.0	5.24 ± 2.9	1.96 ± 0.8	1.10 ± 0.3
10	7.96 ± 5.7	4.20 ± 2.4	1.53 ± 0.7	1.1 ± 0.4
Valor p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

*Resultados expresados en medias ± desviación estándar.

La puntuación media de la escala de HAM-D en la sesión 1 fue de 27.59 ± 8.1 (IC, 25.30-29.87) terminando con una puntuación de 7.96 ± 5.7 (IC, 0.80-6.34) para la sesión 10 ($p < 0.001$) (**Figura 2**). En la escala de PAS la puntuación media en la sesión 1 fue de 25.96 ± 7.44 (IC, 23.86- 28.05) terminando con una puntuación de 4.20 ± 2.4 (IC, 3.50-4.88) ($p < 0.001$) (**Figura 2**).

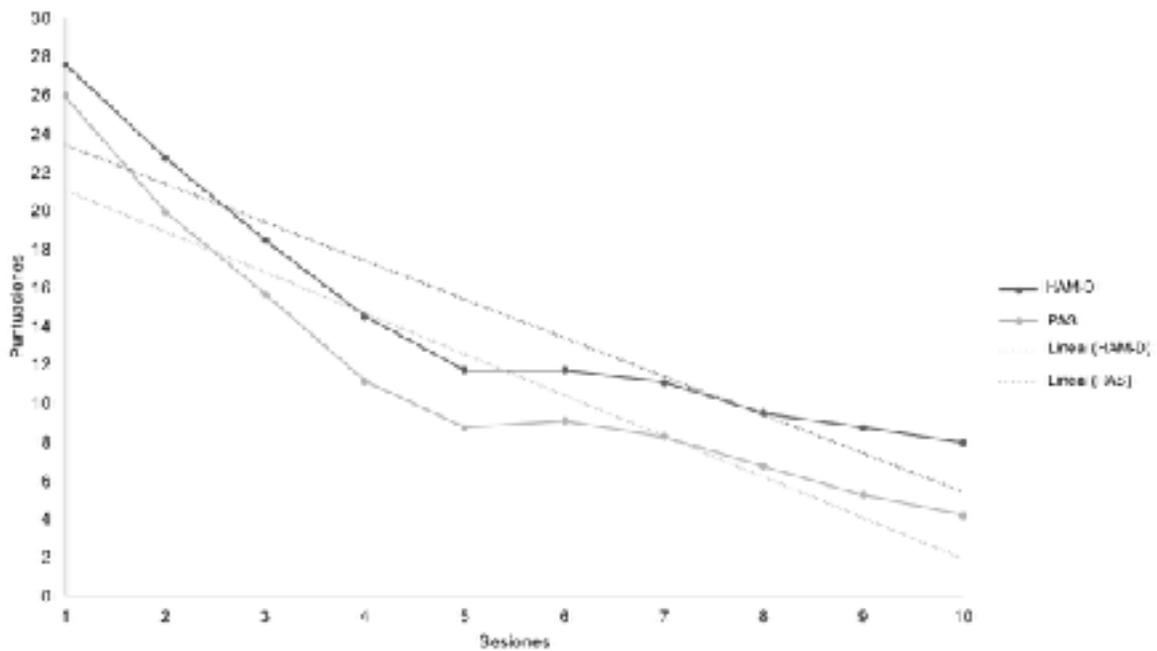


Figura 2. Evaluación de las escalas clinimétricas HAM-D y PAS desde la sesión 1 hasta la sesión 10 en los sujetos que recibieron el tratamiento con la TBE.

*En líneas punteadas se expresa la tendencia lineal

La puntuación media de la escala de CGI-SI fue de 4.35 ± 0.5 (IC, 4.19-4.51) en la sesión 1 terminando con una puntuación de 1.53 ± 0.7 (IC, 1.33-1.72) para la sesión 10 ($p < 0.001$) (**Figura 3**). En cuanto a la escala de CGI-GI la puntuación media en la sesión 1 fue de 3.90 ± 0.3 (IC, 0.04-3.81) terminando con una puntuación de 1.1 ± 0.4 (IC, 1.01-1.26) ($p < 0.001$) (**Figura 3**).

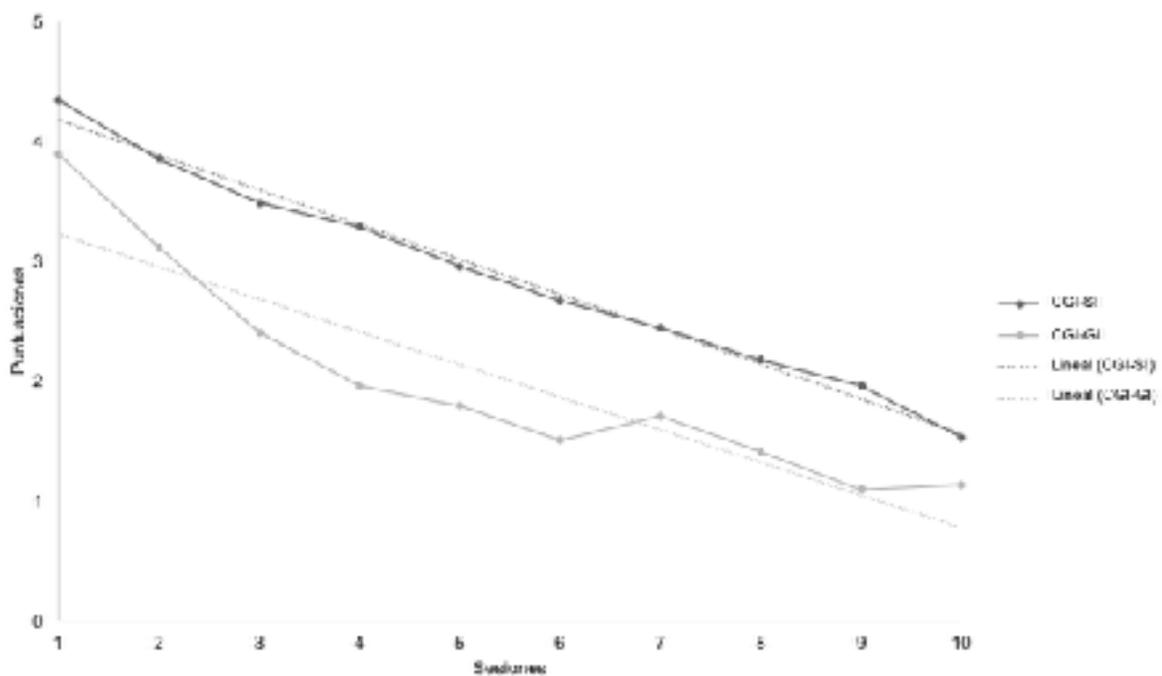


Figura 3. Evaluación de las escalas clinimétricas CGI-SI y CGI-GI desde la sesión 1 hasta la sesión 10 en los sujetos que recibieron el tratamiento con la TBE.

*En líneas punteadas se expresa la tendencia lineal

9.3 Seguimiento a mediano y largo plazo

Se encontró una diferencia significativa en todas las escalas desde el inicio de la intervención hasta los seis y doce meses de seguimiento (**Tabla 5**).

Tabla 5. Puntuaciones de las escalas HAM-D, BDI, Q-LES-Q, PAS y CGI al inicio, a los 6 y a los 12 meses de seguimiento.

Escala	0 meses	6 meses	12 meses	Valor p
HAM-D	29.16 ± 6.8	6.82 ± 3.9	6.49 ± 4.2	<0.001
BDI	7.61 ± 6.8	4.06 ± 4.9	1.59 ± 2.8	<0.001
Q-LES-Q	146.78 ± 48.5	109.64 ± 46.4	82.4 ± 24.8	<0.001
PAS	27.29 ± 7.9	3.33 ± 1.6	3.53 ± 2.0	<0.001
CGI	4.65 ± 0.55	1.33 ± 0.5	1.41 ± 0.6	<0.001

Resultados expresados en medias ± desviación estándar.

En la escala Q-LES-Q la puntuación media al inicio del estudio fue de 146.78 ± 48.5 reduciéndose hasta 82.4 para los doce meses de seguimiento ($p < 0.001$) (**Figura 4**).

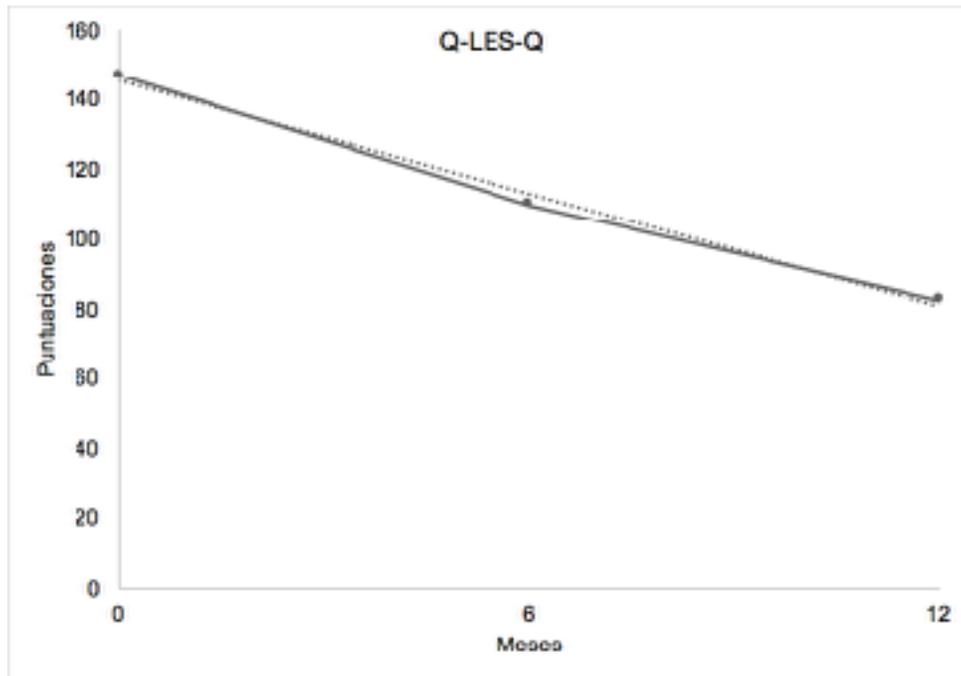


Figura 4. Seguimiento de los pacientes con la escala Q-LES-Q posterior a la intervención con la TBE a los seis y a los 12 meses.

*En líneas punteadas se expresa la tendencia lineal

Para la escala HAM-D la puntuación al inicio fue de 29.16 ± 6.8 disminuyendo hasta 6.49 ± 4.2 a los doce meses ($p < 0.001$). En la escala BDI la puntuación media al inicio fue de 7.61 ± 6.8 y 1.59 ± 2.8 a los doce meses ($p < 0.001$). En la escala PAS la puntuación al inicio fue de 27.29 ± 7.9 manteniéndose en 3.53 ± 2.0 a los doce meses ($p < 0.001$). Por último, la puntuación media de la escala CGI al inicio fue de 4.65 ± 0.55 y 1.41 ± 0.6 para los doce meses de seguimiento ($p < 0.001$) (**Figura 5**). Todos los resultados permanecieron consistentes entre los seis y doce meses de seguimiento en todas las escalas.

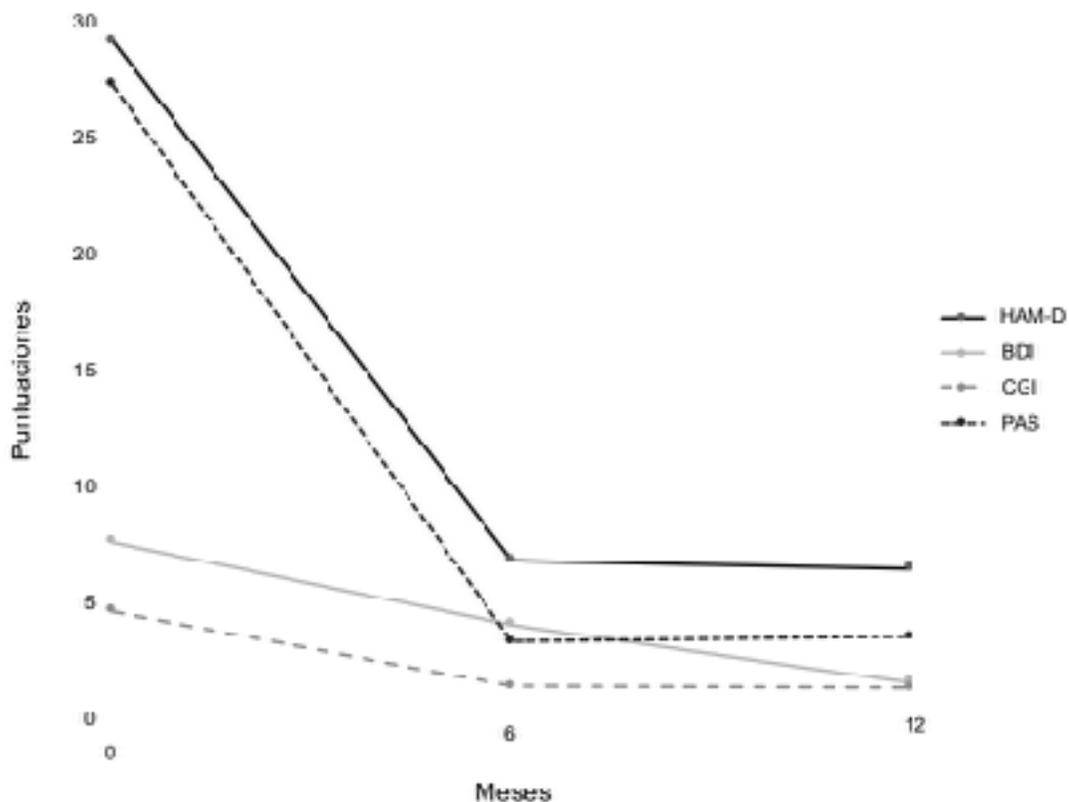


Figura 5. Seguimiento de los pacientes con las escalas HAM-D, BDI, CGI y PAS posterior a la intervención con la TBE a los seis y a los 12 meses.

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

Varios estudios han abordado la eficacia de la terapia breve para una extensa variedad de trastornos y ha sido ampliamente utilizada en la práctica clínica, sin embargo, continúa siendo un tema de debate, especialmente en consecuencia de la predominancia de la evidencia empírica sobre la metodológica y sistematizada.

En particular, en este estudio prospectivo demostramos que la TBE proporciona una mejoría significativa en el cuadro clínico, en los síntomas depresivos y en la calidad de vida de los pacientes con trastornos de ansiedad.

En la literatura están descritos varios estudios que han demostrado trayectorias de cambio comparables a nuestros resultados. Por ejemplo, en un ensayo clínico controlado, Sattel et al.(Sattel et al., 2012) probaron la eficacia a largo plazo de la terapia breve en la mejoraría de la calidad de vida en pacientes con trastorno somatomorfo no especificado frente a un tratamiento control de atención médica. Reclutaron 211 pacientes asignados aleatoriamente para recibir 12 sesiones semanales de terapia breve o tres sesiones de atención médica que incluyó un asesoramiento sobre el manejo de síntomas y tratamientos farmacológicos específicos. En su estudio encontraron que la terapia breve mejoró la calidad de vida de

los pacientes en mayor grado que el grupo control. (Mejoría media en la encuesta “Short Form Health Survey”: Terapia breve: 5.3; Grupo control: 2.2). En otro estudio, Abbas et al.(Abbass, Sheldon, Gyra, & Kalpin, 2008) evaluaron la eficacia y la efectividad a largo plazo de la psicoterapia dinámica intensiva a breve (PDIB) en el tratamiento de pacientes con trastornos del pánico. Veintisiete pacientes fueron asignados al azar al tratamiento con PDIB o un tratamiento control. Los pacientes tratados con PDIB mostraron una mejoría significativamente mayor que los controles en todos los índices de resultados primarios, alcanzando los rangos normales tanto en Inventario Breve de Síntomas (IBS) (1.51-0.51, $p < 0.001$) como en el Inventario de Problemas Interpersonales (IPI) (1.56-0.67, $p < 0.001$). Además, en el seguimiento a largo plazo, los pacientes mantuvieron sus resultados de mejoría clínica y tuvieron una reducción del 83.3% en los diagnósticos de trastornos de la personalidad. Bressi et al.(Bressi, Porcellana, Marinaccio, Nocito, & Magri, 2010) también evaluaron la eficacia clínica de la PDIB en el tratamiento de pacientes con ansiedad o trastornos depresivos en comparación con una muestra de casos control compuesta por pacientes sometidos al tratamiento habitual. Evidenciaron que la PDIB es un tratamiento efectivo y podría ser incluso de mayor utilidad que el tratamiento habitual para mejorar los problemas interpersonales.

La gran variedad de padecimientos que pueden ser tratados mediante una terapia breve se ejemplifica en el estudio realizado por Guthrie et al.(Guthrie et al., 2001) En donde determinaron los efectos de una intervención psicológica breve para los pacientes después de autointoxicación deliberada en comparación con el tratamiento habitual en un ensayo clínico controlado. Encontraron que los participantes

asignados a la terapia breve tuvieron una reducción significativamente mayor en la ideación suicida a los seis meses de seguimiento en comparación con los del grupo de control (reducción en la media en la escala de Beck 8.0 vs 1.5). También tenían un mayor grado de satisfacción con su tratamiento y tenían menos probabilidades de reportar repetidos intentos de autolesionarse durante el seguimiento.

Otro de los componentes importantes del manejo de los trastornos de ansiedad es la farmacoterapia. En nuestro estudio decidimos incluir únicamente a pacientes que tuvieran 4 semanas o más de medicación con el propósito de disminuir los factores confusores y obtener los datos basales a partir de un periodo estable de terapia farmacológica. Aunque no incluimos un grupo control, hay estudios que apoyan la idea de una superioridad de resultados a largo plazo al agregar intervención psicoterapéutica a la farmacológica. Por ejemplo, Maina et al. (Maina, Rosso, & Bogetto, 2009) evaluaron las tasas de recurrencia en pacientes con depresión mayor al recibir una terapia breve más farmacoterapia en comparación con los pacientes tratados sólo con farmacoterapia. Encontraron que los pacientes que recibieron tratamiento combinado, mostraron una tasa significativamente menor de recurrencias de episodios depresivos a los 48 meses de seguimiento (27.5% en comparación con 46.9%; $p=0.048$). Wiborg et al. (Wiborg & Dahl, 1996) en un ensayo clínico controlado también evaluaron las ventajas de la combinación del tratamiento farmacológico con la terapia breve. Asignaron a pacientes con trastorno de pánico a recibir tratamiento con clomipramina durante 9 meses o clomipramina durante 9 meses combinados con 15 sesiones semanales de psicoterapia breve. Se tomaron medidas de ansiedad y depresión en el momento del ingreso y

a intervalos regulares. Los pacientes tuvieron entrevistas de seguimiento a ciegas a los 6, 12 y 18 meses después de comenzar el tratamiento. Al finalizar la farmacoterapia, la tasa de recaída fue significativamente mayor en el grupo de sólo clomipramina durante el período de seguimiento. Además, encontraron puntuaciones significativamente más bajas para la mayoría de las medidas de ansiedad en el grupo de clomipramina más psicoterapia en el seguimiento de 9 meses.

Aunque los trabajos mencionados anteriormente son ensayos clínicos controlados con datos objetivos, en la literatura también existen reportes poco concluyentes sobre la eficacia de la terapia breve, aunque se ha atribuido que la considerable variabilidad de los resultados podría estar vinculada a las características del paciente. Los criterios de selección propuestos por expertos de la terapia breve sugieren que la técnica puede ser adecuada para pacientes con características puntuales. Con el propósito de valorar este argumento, Piper et al. (Piper, Azim, McCa-llum, & Joyce, 1990) examinaron los efectos combinados de la terapia breve y la personalidad del paciente utilizando una clasificación de Calidad de las Relaciones Objetales (CRO), que requirió la inclusión de un grupo de pacientes con CRO alta y otro con CRO baja. En los resultados encontraron evidencia de un efecto aditivo de la terapia breve de acuerdo con la clasificación de CRO de los pacientes. Los mejores resultados se obtuvieron en pacientes con terapia de CRO alta, y los peores resultados se obtuvieron con pacientes con bajo CRO. Estos hallazgos sugirieron una correspondencia óptima entre el tipo de paciente y el éxito de la terapia breve.

Por último, otra de las consideraciones que hay que tomar en cuenta a la hora de tomar una decisión terapéutica es la relación costo-efectividad. Para esto, Guthrie et al.(Guthrie et al., 1999) en un ensayo clínico controlado evaluaron la relación costo-efectividad de la terapia psicodinámica breve versus el tratamiento habitual en pacientes con problemas de salud mental que no respondían al tratamiento habitual. Las medidas de resultado incluyeron escalas de trastornos psicológicos y una evaluación económica detallada. Los sujetos que recibieron psicoterapia breve mostraron reducciones significativas en el costo de la utilización de servicios de atención médica en los 6 meses posteriores al tratamiento en comparación con los controles. El costo adicional de la psicoterapia se recuperó dentro de los 6 meses a través de reducciones del uso de la atención médica, por lo que la terapia breve podría representar una opción rentable y efectiva para los pacientes candidatos a este tipo de tratamiento.

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

Este estudio corroboró la evidencia de que la TBE es un tratamiento efectivo para los pacientes con trastornos de ansiedad. La trayectoria de la investigación referente a este tipo de terapia indica además que es una terapia que puede utilizarse de forma efectiva para una amplia gama de pacientes con diversos tipos de alteraciones en el estado de salud, además de representar una opción retributiva por las ventajas demostradas respecto a los análisis costo-efectividad de estudios previos.

La investigación futura en el TBE con esta población debe abordar las limitaciones de este estudio e incorporar un grupo de control y un análisis detallado de los beneficios de esta terapia en relación con su posible ahorro de costos. También debe examinar los impactos específicos de los factores del paciente, los factores del terapeuta y los factores de tratamiento.

Tal estudio podría contribuir a dilucidar los componentes terapéuticos clave a medida que se incorporan en los modelos de psicoterapia.

CAPÍTULO 12

REFERENCIAS

CAPÍTULO 12

REFERENCIAS

1. (UK), N. C. C. for M. H. (2006). *Obsessive-Compulsive Disorder. Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. British Psychological Society.
2. Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 211–216.
3. ANMM. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. *Boletín de Información Clínica Terapéutica de La Academia Nacional de Medicina*, 21(3), 1–2.
4. Argyropoulos, S., Forshall, S., & Nutt, D. (2001). *Generalised Anxiety Disorder: Diagnosis, Treatment and its Relationship to Other Anxiety Disorders*. Taylor & Francis.
5. Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
6. Association, C. P. (2006). Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guideline Management of Anxiety Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*.
7. Ayuso Gutiérrez, J. L. (2010). Trastornos de ansiedad: crisis de angustia. *El*

Tratado.

8. Bados, A. (2005). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*.
9. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T., ... British Association for Psychopharmacology. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 567–596.
10. Ballesteros Montero, A. T., & Ulloa Flores, R. E. (2011). Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave. *Salud Mental*, 34(2), 121–128.
11. Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46–62.
12. Baudou, B., Walter, A., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, 36(4), 347–354.
13. Blanco, C., Schneier, F. R., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C., Marshall, R. D., Sánchez-Lacay, A., & Liebowitz, M. R. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 18(1), 29–40.
14. Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P. M., Nocito, E. P., & Magri, L. (2010). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Versus Treatment as

- Usual for Depressive and Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 647–652.
15. Castañeda Alejandro, C., De Santilla Hernández, S. P., García Delgado, M. Á., González Lizcano, H. M. T., Hernández Chávez, M., & Ramírez Pérez, L. E. (2010). GPC: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México: CENETEC.
 16. Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2002). Phenomenology of social phobia. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Anxiety Disorders*, 289–300.
 17. Davidson, J. R. (2001). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 11, 46-50–2.
 18. Dick, C. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 376, 45–53.
 19. Gómez, A., Leyton, F., & Nuñez, C. (2010). Terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistentes a la farmacoterapia. *Arch. Psiquiatr*, 1–13.
 20. Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., ... Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7305), 135–8.
 21. Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., ... Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 519–26.

22. Katzman, M. A. (2009). Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*, 23(2), 103–120.
23. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19.
24. Landon, T. M., & Barlow, D. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(4), 211–26.
25. Liebowitz, M. R., Schneier, F., Stein, D. J., & Davidson, J. R. T. (2008). Easing the burden of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 69(9), 1485–1496.
26. Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 159–168.
27. Maina, G., Rosso, G., & Bogetto, F. (2009). Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. *Journal of Affective Disorders*, 114(1–3), 200–7.
28. Menninger, W. W. (1994). Psychotherapy and integrated treatment of social phobia and comorbid conditions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2).
29. Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 27–45.
30. Montgomery, S. A., Tobias, K., Zornberg, G. L., Kasper, S., & Pande, A. C.

- (2006). Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 771–82.
31. Nardone, G., & Watzlawick, P. (2012). *Terapia Breve: Filosofía y arte*. Barcelona, España: Herder Editorial.
32. Nardone, G., Watzlawick, P., & Milanese, R. (2011). *Las prisiones de la comida, terapia breve estratégica para los trastornos de la alimentación*. Barcelona, España: Herder Editorial.
33. OMS. (2014). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. *WHO*.
34. Pichot, P., Giner, J., & Ballús, C. (1990). *Estados obsesivos, fóbicos y crisis de angustia*. Arán.
35. Piper, W. E., Azim, H. F., McCallum, M., & Joyce, A. S. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 475–81.
36. Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Trastornos de Ansiedad*.
37. Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org.
38. Rueda-Jaimes, G. E., Díaz-Martínez, L. A., Escobar-Sánchez, M., Franco-López, J. A., Navarro-Mancilla, Á. A., & del Pilar Cadena-Afanador, L. (2007). Validación del Inventario de Obsesiones de Leyton, versión corta, en niños y adolescentes de Bucaramanga (Colombia). *Atención Primaria*,

- 39(2), 75–80.
39. Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37 Suppl 1, S29-52.
40. Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., ... Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(1), 60–7.
41. Shiloh, R., Stryjer, R., Weizman, A., & Nutt, D. J. (2000). *Atlas of psychiatric pharmacotherapy*. CRC Press.
42. Social, C. M. de la P. (2005). *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003*. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social.
43. Toro, G., Yepes, R. J., & Eduardo, L. (2010). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría*.
44. Turk CL, Coles ME, H. R. (2002). *Psychotherapy for Social Phobia*.
45. Uhlenhuth, E. H., Balter, M. B., Ban, T. A., & Yang, K. (1998). International study of expert judgment on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: V. Treatment strategies in panic disorder, 1992-1997. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(6), 27S–31S.
46. Watzlawick, P. (n.d.). Beavin., J. & Jackson, D.(1967). Pragmatics of human communication. *London: Faber&Faber*.
47. Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13(2), 141–168.
48. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S.,

- Hwu, H.-G., ... Lellouch, J. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 305–309.
49. Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1996). Does Brief Dynamic Psychotherapy Reduce the Relapse Rate of Panic Disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 689.
50. Zohar, J., & Judge, R. (1996). Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 169(4), 468–74.

CAPÍTULO 13

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

CAPÍTULO 13

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Claudia Angélica Salinas Tijerina nació en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México el día 19 de Octubre de 1972. Habitó desde su infancia en dicha ciudad hasta contraer matrimonio en el año de 1995, mudándose al Municipio de San Pedro Garza García Nuevo León hasta la actualidad. Cursó su educación primaria y secundaria en el Instituto Cumbres, A.C., desde el año de 1978 a 1987, continuando su educación media superior en la preparatoria UDEM, unidad Humberto Lobo durante el período de 1987 a 1989 con excelente desempeño académico. Posteriormente inició sus estudios profesionales en la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año de 1990, concluyendo su licenciatura en el año de 1996, en donde obtuvo el segundo lugar de su generación. El 10 de Marzo de 1995 contrae matrimonio civil y religioso con el Dr. Alejandro Flores Quintanilla, con quien tuvo dos hijos: Marcelo Alejandro y Ximena Alejandra, actualmente de 21 y 17 años respectivamente. Ingresa a la especialidad de Anestesiología en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año de 1999, concluyendo el entrenamiento en el 2001. Desde ese año hasta el año 2006 se retira del ambiente académico y profesional para dedicarse a la crianza de sus hijos y labores del hogar en tiempo completo. A final del 2006 al crecer sus hijos, retoma la medicina realizando ayudantías quirúrgicas a lado de su esposo por un espacio de seis

años, tomando algunos cursos de actualización en medicina combinado con su labor de esposa y madre. Por incompatibilidad de caracteres decide iniciar la separación conyugal en el año del 2012 concluyendo el proceso de divorcio el 13 de Febrero del 2014. Comienza a trabajar como médico de urgencias como parte del equipo del Hospital Muguerza Alta Especialida en donde estuvo laborando hasta el primero de Febrero del 2014 con excelente desempeño y gran satisfacción. Durante su estancia en dicho hospital, a la edad de 40 años, resurge la motivación por retomar los estudios de posgrado, aplicando el Exámen Nacional de Residencias Médicas en Septiembre de 2013, para la especialidad de Psiquiatría y resultando seleccionada para iniciar su residencia médica el día Primero de Marzo de 2014 en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Es ahí en dónde adquiere el entrenamiento como Psiquiatra y Psicoterapeuta, desarrolla habilidades y destrezas para la implementación de lo aprendido, reforzando el amor y pasión por tan noble profesión. Realiza una rotación académica y clínica en el extranjero en el período comprendido de Septiembre de 2017 a Diciembre de 2017 con entrenamiento intensivo en el Centro Di Terapia Strategica de Arezzo, Italia, supervisada directamente por el Profesor Giorgio Nardone, Director y fundador de dicho Centro, obteniendo el reconocimiento por su excelente desempeño. Entre su principales áreas de interés se encuentran la Psicoterapia Breve Estratégica para los diferentes Trastornos Psiquiátricos, la Psicoterapia familiar sistémica y en general la Terapia basada en solución de problemas relacionales y comportamentales.

CAPÍTULO 14

ANEXOS

CAPÍTULO 14

ANEXOS

ANEXOS.....	87
....	
14.1. Esquema secuencial del modelo de T.B.E. estratégica	88
.....	
14.1.1 Primera fase: Comienzo del juego	88
.....	
14.1.2 Segunda Fase: Desbloqueo de la Patología	89
.....	
14.1.3. Tercera Fase: Consolidación y Reorganización de las Reglas del Juego	90
.....	
14.1.4 Cuarta Fase: Final del Juego.....	91
14.4. Protocolo para Ataques de Pánico y Trastorno de Angustia	92
.....	
14.5 Inventario de Depresión de Beck	105
.....	
14.6 Escala de Impresión Clínica Global	108
.....	
14.7 Escala de Hamilton para la Ansiedad	109
.....	

14.8 Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow 110

.....

14.9 Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer 112

.....

14.1. Esquema secuencial del modelo de T.B.E. estratégica

14.1.1 Primera fase: Comienzo del juego

Objetivos:

1. Definición del problema.
2. Identificación de las formas específicas de resistencia, captura sugestiva del paciente, establecimiento de una relación terapéutica de plena confianza y colaboración.
3. Investigación de las “soluciones intentadas” fallidas y ruptura del rígido sistema perceptivo-reactivo.
4. Acuerdo sobre los objetivos.
5. Primeras maniobras terapéuticas (intervención, preguntas discriminantes, paráfrasis, reestructuración y prescripciones).

Estrategias:

1. Diálogo estratégico (intervención, preguntas discriminantes y paráfrasis interrogativa).
2. Reestructuración de la persistencia del problema.
3. Reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones intentadas fallidas.
4. Prescripciones.

Comunicación:

Lenguaje hipnótico (sin trance) sugestivo; lenguaje conminatorio-performativo; preguntas con ilusión de alternativas. Técnica de sincronización (utilizando la lógica del paciente).

14.1.2 Segunda Fase: Desbloqueo de la Patología

Objetivos:

1. Redefinición del primer cambio.
2. Estimulación a posteriores cambios progresivos.
3. Si no se produce ningún cambio, utilizar estrategias bien calibradas para detener las soluciones intentadas fallidas y empezar a cambiar el rígido sistema perceptivo-reactivo.

Estrategias:

1. Uso de la reestructuración (cognitiva, paradójica, provocadora, introducción de dudas).
2. Prescripciones de comportamiento (directas, indirectas, paradójicas).
3. Uso de metáforas, anécdotas, historias, aforismos, redefiniciones explicativas.
4. Redefinición de los cambios obtenidos.

Comunicación:

Lenguaje hipnótico (sin trance) sugestivo; lenguaje conminatorio-performativo.

14.1.3. Tercera Fase: Consolidación y Reorganización de las Reglas del Juego

Objetivos:

1. Medición de los efectos, consolidación de resultados o posibles modificaciones de la estrategia.
2. Posteriores cambios progresivos hasta que se alcancen los objetivos determinados.
3. Adquisición de una percepción de la realidad y de una reacción ante ella flexibles.

Estrategias:

1. Redefiniciones explicativas de los cambios obtenidos y posteriores incentivos hacia la autonomía personal.
2. Percepciones de comportamiento directas o indirectas (utilizando gradualmente un estilo menos conminatorio).
3. Reestructuración.

Comunicación:

El lenguaje se vuelve gradualmente menos hipnótico y menos conminatorio para favorecer, indirectamente la autonomía personal.

14.1.4 Cuarta Fase: Final del Juego

Objetivos:

1. Completa asunción de la autonomía personal.
2. Énfasis en los recursos y responsabilidades del paciente de superar y solucionar el problema.
3. Cierre de la intervención que incluye tres seguimientos posteriores después de tres meses, seis meses y un año.

Estrategias:

Explicación detallada del trabajo realizado y aclaración de los procesos de cambio que han tenido lugar.

Comunicación:

El lenguaje es más indicativo, descriptivo y coloquial.

14.4 Protocolo para Trastornos del pánico y agorafobia

- *Primera sesión*

1. Definición del problema

a. Exploración de problema:

Dialogo estratégico: Determinar el tipo específico de miedo patológico que lleva al pánico.

“¿Cuál es el problema?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿desde cuándo?, ¿con quién?, ¿previsible o imprevisible?”

La secuencia es:

Investigar el problema, investigar las soluciones intentadas, realizar la captura sugestiva, se define objetivo, se identifican resistencias y se cierra la fase con el contrato terapéutico, estrategias específicas según el problema.

Identificación del Sistema Perceptivo-Reactivo: ¿Miedo a morir o miedo a perder el control?

1. Preguntas interventoras y discriminantes que dan ilusión de alternativas (preguntas dicotómicas que orientan hacia la definición del síntoma).

Problema: ¿Miedo: a morir o a perder el control?.

2. Investigar las soluciones intentadas fallidas. Qué es lo que el paciente y su familia hacen para resolver el problema, ejemplo: pedir ayuda, hablar del problema, etc.

¿Evita o afronta?.

Si es más frecuente evitar, ¿pide ayuda?.

Cuando afronta. ¿Lo hace solo o con ayuda?.

¿Se puede prever o es imprevisible?. Pregunta intervención.

¿Hay excepciones?, la excepción ayuda, afronta solo en un lugar seguro.

Cuando ocurre el ataque de pánico. ¿Escucha a su cuerpo? ¿O se preocupa por lo que puedan decir los demás?.

3. Captura sugestiva y sintonía con el paciente:

Corrígeme si me equivoco: Paráfrasis re-estructurantes, que permitan al paciente aprobar o desaprobar los descubrimientos hechos mientras se está empezando a introducir el cambio. (Integrar lo transmitido por el paciente con los resultados de las preguntas dicotómicas=reestructuración en definición del problema). Si el paciente niega lo dicho en la paráfrasis no se contradice, se redirige el interrogatorio, hasta que el paciente se siente sintonizado.

4. Evocación de sensaciones, utilización de metáforas, Aforismos, anécdotas, etc, para hacer que el paciente sienta la necesidad del cambio. (Evocar emociones que ayuden al entendimiento del problema y soluciones intentadas). Por ejemplo, en casos de pánico le damos la imagen de la marioneta rota con los ojos volteados hacia adentro.

5. Recapitulación final para resumir, así como redefinir (devolución de la totalidad de las conclusiones del problema y soluciones definidas).

6. Se define objetivo.

7. Se identifican las formas particulares de resistencias.

i. Explicación del encuadre terapéutico

1. Mención del modelo terapéutico

2. Numero de sesiones de tratamiento

a. Hablar del porcentaje de éxito, y dejar la duda sobre que tan efectivo le puede resultar al paciente.

b. Limitar el número de sesiones que se van a dar desde el principio del tratamiento.

c. Advertir al paciente que si no se tiene mejoría para entonces, no se le darán más.

ii. Estrategias específicas según el problema:

Es un Sistema Perceptivo-Reactivo Fóbico Obsesivo.

La Sensación Básica es el Miedo.

Primera Fase: Surcar el mar sin que el cielo lo sepa. Se le deja la tarea al paciente del **Diario de Abordo**: “En el momento que ocurra el ataque de pánico, necesitamos tomar una fotografía instantánea para poder estudiar lo que te pasa, no antes porque anotarías lo que imaginas, no después porque serian recuerdos. Vas a anotar todos los detalles”. La reacción del paciente puede ser o que no lo llene o lo llene profusamente y ahí vemos si es más fóbico o más obsesivo.

El llamado “**Diario de abordo**” se compone de una serie de conceptos ordenados en columnas que hay que rellenar exactamente en el momento en que el pánico comienza a activarse. La persona ha de llevar siempre con ella el diario, con el fin de anotar en seguida los episodios. Normalmente la pres-

cripción se sugiere como un proceso cognoscitivo y diagnóstico, pero en realidad es una estratagema para lograr que durante la activación del ataque la persona desplace su atención del intento de controlarlo a la compilación de los conceptos que se contemplan en el diario.

Dejamos la estratagema de **Reestructuración de la ayuda**, para evitar que pida ayuda. Esto es poner al miedo frente al miedo. No se prescribe, se induce como percepción. “Quisiera que reflexionaras, ahora, sobre el hecho de que cada vez que pides ayuda, directa o indirectamente, para no quedarte solo(a) o para no caer en el pánico, recibes dos mensajes al mismo tiempo. El primero es tranquilizador: “te ayudo, te protejo, así que estate tranquilo (a)”; el segundo es patógeno: “te protejo porque tú no eres capaz de arreglártelas sola”. Este segundo mensaje, al repetirse en el tiempo, no solo mantiene tu problema, si no que tiende a hacerlo empeorar, porque cada vez que tu pides ayuda y la recibes, te confirmas a ti misma que sin aquella te habrías encontrado mal y, de este modo, refuerzas tu sentido de incapacidad personal. Por lo tanto, quiero que tú pienses que cada vez que pides ayuda, y la recibes, haces empeorar tu trastorno, aunque en aquel momento tengas la sensación de estar a salvo. Yo sé perfectamente que no eres capaz de no pedir ayuda, pero piensa que cuando lo haces incrementas tu problema. Piénsalo y basta. Sé que no eres capaz de dejar de pedir ayuda en determinadas situaciones, pero piensa que cuando la pides y la recibes estas contribuyendo a aumentar tu miedo”.

Esta sugestiva “reestructuración” es la forma, elaborada y formalizada, de poner al miedo frente al miedo, es decir, el miedo mayor de un futuro empeo-

ramiento contra el miedo actual a afrontar determinadas situaciones. Sin embargo, lo importante es que esto no se prescribe, si no que se induce como percepción: no se pide a la persona que actúe de modo diferente, si no que considere los efectos de sus acciones.

Para enderezar algo primero hay que ver lo que lo produce, hay que saber si habla del pánico con otras personas o no, entonces cada vez que hablas con otra persona es como regar la Tierra. Entonces dejamos la Estratagema de **La Conjura del Silencio**.

La meta es causar una experiencia emocional correctiva.

En la segunda sesión se hace constatar los recursos personales que había evidenciado gracias a las dos estratagemas utilizadas, primero inconscientemente y después cada vez con mayor lucidez y se prescribe utilizarlas de modo consciente.

- *Segunda sesión*

Se distingue entre momentos críticos, pero no ataque de pánico. Se revisa el diario y se reestructura. Se le da la imagen de ajuste de cuentas con el miedo, el miedo mirado a la cara ya no es miedo, se transforma en valor, el miedo evitado se transforma en pánico.

Se revisa si siguió la conjura del silencio por el paciente y su familia y si dejó de pedir ayuda, si la respuesta es afirmativa se continúa, si la respuesta es negativa se estudia la resistencia y se insiste en esta estratagema poniendo un miedo mayor frente a un miedo menor. Se le hace ver al paciente y en su defecto a la familia, que cada vez que continúa ablandose de esto, es como

estar abonando la tierra para que el miedo, la incertidumbre, la inadecuación, etc, etc. vayan en aumento.

Si hubo respuesta y estamos en una fase de desbloqueo, es decir ya no se presentan o han disminuido los ataques de pánico, pasamos a la siguiente prescripción que es: **La Peor Fantasía**: “Desde hoy hasta que nos volvamos a ver, dentro de dos semanas, retírate cada día a la misma hora a una habitación en la que puedas estar solo(a), programa un despertador para que suene al cabo de media hora, baja la luz, ponte cómodo(a) y, voluntaria, deliberadamente, evoca en tu mente tus peores fantasías. Piensa que estás solo (a), lejos de tus lugares seguros, que estás a punto de perder el control de ti mismo(a), que tu corazón empieza a latir desordenadamente. Déjate llevar por todo aquello que te pase por la cabeza. Si quieres gritar, grita. Si quieres llorar, llora. Si te apetece saltar, salta. Cuando suene el despertador, páralo; y dices ALTO, se acabó. Te vas al baño, te enjuagas la cara y vuelves a lo que tengas que hacer”.

En la segunda sesión se hace constatar los recursos personales que había evidenciado gracias a las dos estrategias utilizadas, primero inconscientemente y después cada vez con mayor lucidez y se prescribe utilizarlas de modo consciente.

- *Tercera sesión*

Se inicia la sesión revisando lo ocurrido en las dos semanas previas y si las estrategias terapéuticas se llevaron a cabo y cuál fue el resultado.

Si se sigue usando el diario de abordaje o los ataques de pánico ya no se han presentado, si ya no se habla de los síntomas de ansiedad, si ya no se pide ayuda, etc.

Se revisa el resultado de la técnica de la **PEOR FANTASIA**, el efecto suele ser paradójico y la persona empieza a descubrir que al invocar sus peores miedos, estos parecen alejarse y volverse más pequeños hasta que desaparecen, un miedo evitado se transforma en pánico, un miedo afrontado se transforma en una fortaleza.

Se trabaja en reforzar las fortalezas y las cualidades positivas de los pacientes y en favorecer la autonomía.

Si la respuesta es parcial, es decir la ansiedad ha disminuido, pero no del todo se deja la misma prescripción de la **PEOR FANTASIA**, media hora.

Si la respuesta es muy positiva, se manifiesta satisfacción por el resultado, pero se aminora un poco la velocidad, no vayamos tan rápido para que sea mejor el resultado.

Si el paciente tiende a evitar situaciones “potencialmente peligrosas”, le dejamos la prescripción de la **LISTA DE PRECAUCIONES o LISTA DE EVITACIONES**, que todos los días haga una lista de todo lo que debe evitar y porque, que nos detalle profusamente todo lo que debe evitar y porque, se selecciona de lo más angustiante a lo menos angustiante de la lista y se inicia por lo más pequeño, lo de menos angustia y se propicia enfrentarse, que se aproxime lo más posible al evento o situación angustiante y donde ya no resista la angustia se detenga y contemple la situación o la cosa angustiante la estudie.

Se le dice también, que hay que evitar ponerse demasiado a prueba.

- *Cuarta sesión*

Se continúa en la misma línea de trabajo.

Se explora el resultado de las estrategias.

Si existe tendencia a continuar evitando por ejemplo, le aumentamos la lista de evitaciones para lograr que evite evitar.

Se hace hincapié en evitar ponerse a prueba y seguimos en la misma línea.

Hay que ir despacio porque si no corremos el riesgo de perder la ruta.

Si el paciente ha dejado de evitar y ha tenido buena respuesta a la **PEOR FANTASIA**, es decir la media hora se vuelve muy larga, el paciente se calma e incluso se queda dormido, empieza a fantasear en cosas agradables, etc. Entonces se hace una modificación a esta prescripción y entonces se prescribe la **PEOR FANTASIA**, pero ahora 5 por 5, en el lugar donde se encuentre durante cinco minutos, cinco veces al día: a las 9:00, a las 12:00, a las 15:00, a las 18:00 y a las 21:00 h.

Se explora la lista de **evitaciones o precauciones**.

Se le hace ver las capacidades que tiene el paciente, se fomenta la autonomía y la independencia del paciente.

- *Quinta sesión*

Se explora el resultado de las estrategias utilizadas en las sesiones anteriores.

Se va explicando el porqué de los resultados, si invocamos un miedo este se reduce hasta que desaparece, etc.

Se continúa trabajando en evitar, evitar.

No ponerse a prueba.

Si las técnicas usadas reportan avances, no hay más ataques de pánico, entonces se hace una modificación a la **PEOR FANTASIA**, se prescribe ahora solo cuando sea necesario, ya sin horario, solamente cuando se necesite.

Cada vez que sienta ansiedad, o algo le preocupe demasiado, en el momento exacto en que ocurra, va a llamar al miedo, va a buscar propositivamente aumentar el miedo. Evocar al fantasma, tocarlo y hacerlo desvanecer.

Tener miedo es sano, tener pánico es lo que no es sano.

Se saca de la lista de precauciones si hay alguna cosa que continúe evitando y se pone la prescripción de que lo haga y se aproxime al punto máximo y se detenga en el punto donde tenga malestar y ahí pare y observe.

- *Sexta sesión*

Se explora el resultado de las estrategias empleadas hasta el momento.

Si el resultado es positivo, entonces se emplean dos nuevas estrategias.

1.- La **técnica de la escala**: en una escala de 0 al 10, 0 cuando nos conocimos y 10 cuando podrá decir que ha resuelto todos sus problemas, que puntuación se daría hoy?, si se da un cinco por ejemplo, se dice, cual es la diferencia entre un cinco y un diez?, que debe cambiar completamente?, que debería cambiar ahora?. Y el punto 9?, y el 8?, y el 7?, y el 6?.

2.- Se usa la técnica del **como si**: “ todos los días por la mañana te vas a imaginar, pensar, y sentir como si no existiera este problema, como si nunca hubiera existido, todos los días levantándote en la mañana”.

3.- En este punto se dan las citas de manera más espaciada, por ejemplo al mes para permitir que el paciente experimente y fomentar una mayor autonomía e independencia.

- *Séptima sesión*

Se debe mantener la dirección.

Se reestructura la ansiedad en términos positivos:” la ansiedad cuando alcanza cierto umbral se convierte en algo que bloquea, pero debajo de ese umbral el estado de agitación y ansiedad es constructivo, es una excelente reacción de adaptación. La ansiedad se transforma en patológica más allá de cierto umbral, como la culpa. Pero dentro de ese umbral nos permite gestionar mejor la realidad. Más allá de ese umbral se transforma en pánico”. Esto es para que el paciente se deje de pelear con la situación.

Se continua con la técnica del **como si**.

Se continúa avanzando en la **técnica de la escala**. Se avanza poco a poco para crear un fenómeno como de avalancha.

Se continúa espaciando las citas, al siguiente mes.

- *Octava sesión*

Se continua en la misma línea de trabajo revisando lo acontecido en el último mes, como va la evolución general, si el paciente ha evitado evitar, si el índice

de satisfacción general va en aumento, si no ha presentado ataques de pánico, etc.

Se revisa si ha sido necesario utilizar alguna de las estratagemas recomendadas en fases previas del tratamiento.

Se continúa él **como si**.

Se valora con la **técnica de la escala** si continúa el avance.

Se da cada vez más explicación racional de lo que está sucediendo en la terapia. Por ejemplo: “Cuando una persona ha tenido demasiados problemas durante tanto tiempo (como alguien que sufrido ataques de pánico por años), en el momento en que todo está superado, nuestra mente sigue teniendo ciertos mecanismos como si todavía hubiera algo más. No se libera del todo, continua cada cierto tiempo asociando alguna cosa. En el momento que ha tenido un gran desbloqueo durante la terapia, el entusiasmo le hace ver, como usted ha dicho, la ilusión de ni siquiera pensar más en ello, el liberarse de la angustia patológica debe ser una conquista suya. Es importante que piense que hasta ahora ha vivido una relación con su realidad bajo una especie de modelo basado en el miedo, en la evitación, en la solicitud de ayuda. En el momento que ha cambiado radicalmente la situación actual, tiene que sustituir en su mente el modelo antiguo por un nuevo modelo. Pero este nuevo modelo sólo sustituirá al viejo a través de la práctica reiterada del mismo. Los mecanismos automatizados no se inhiben como algo que se borra con un borrador, sólo a través de un nuevo mecanismo automatizado sobre ellos. Ahora tenemos que construir el nuevo mecanismo automatizado”.

“Usted lo sabe muy bien: evitando evitar, evitando pedir ayuda, afrontando las cosas utilizando las técnicas que ha aprendido...llegara en pocos meses a automatizarlo todo. Entonces el entusiasmo será mayor simplemente porque no será un cambio rápido y ya, si no una adquisición de confianza en sus propios recursos”.

Si llega a haber algunos síntomas o incluso aparece algún ataque de pánico se le dice al paciente que todo esto estaba contemplado que ocurriera y se le da la explicación anterior.

Se continúa con la misma línea de trabajo.

Si todo va bien se cita al paciente a los tres meses.

- *Novena sesión*

Se continúa en el mismo rumbo de la terapia, en esta fase se espera que el paciente continúe desbloqueado, se haya favorecido la utilización de sus propios recursos y el paciente este incorporando de manera más automática la nueva posición ante su vida.

Se fomenta que el paciente explore más áreas de su vida y se “arriesgue” en otras áreas.

Se continúa avanzando en la **escala** hasta llegar al 10 o si no se llega al 10 lograr el índice mayor de satisfacción con lo que el paciente se sienta lo más cómodo.

Se continúa elaborando con el paciente explicaciones racionales de todo el proceso.

Si todo marcha conforme a lo esperado se da la siguiente cita a los 6 meses.

- *Décima sesión*

Se inicia conversando con el paciente de cómo han ido estos últimos seis meses, el grado de seguridad y autonomía adquirido.

Se revisa si ha sido necesario la utilización de alguna estratagema y el contexto de la misma.

Se continúa hablando del proceso terapéutico en términos racionales y objetivos, es decir se le da la explicación al paciente de cómo funciona la terapia.

Se le hace ver al paciente que él es el principal promotor del cambio, que cuenta con los recursos necesarios para continuar el camino por su cuenta y que cuenta con todas las herramientas para gestionar su vida.

Se da una cita de seguimiento un año después.

14.5 Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una 'x' el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Es la tristeza más profunda que he conocido sufrirla jamás
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo pena que como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Eso no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiéran que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes pedía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y poco a menudo tomo decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tanto 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardó en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Líbido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lee íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y elige la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haz una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superar lo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo

- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio

- 7 No tengo pesimismo de darme
 Creo que estoy en mejor momento
 Tengo planes positivos para mí mismo
 Me motiva si tuviera ocasión

- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

- 9 Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 Irato de no tener que tomar decisiones
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones

- 10 No creo que mi aspecto haya empeorado
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

- 11 Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo

- 12 No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

- 13 Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es ahora mucho peor
 He perdido el apetito

14.6 Escala de Impresión Clínica Global

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más estresadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntaje la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

14.7 Escala de Hamilton para la Ansiedad

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (Inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Músculos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sollozos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, metorcismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

14.8 Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow

Este cuestionario está diseñado para personas que sufren ataques de pánico y agorafobia. Puntúe la severidad de sus síntomas en la semana pasada.

Los ataques de pánico se definen como desajustes súbitos de ansiedad, acompañados de algunos de los siguientes síntomas:

<ul style="list-style-type: none"> ■ Palpitaciones o taquicardia ■ Sensación ■ Temblores o sacudidas ■ Boca seca ■ Dificultad para respirar ■ Sensación de shock ■ Dolor torácico o molestias ■ Náuseas o malestar abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensación de vértigo, inestabilidad ■ Sensación de que los objetos son irracionales (como en un sueño), o que uno mismo es irracional o «no realmente aquí» ■ Miedo a perder el control, volverse loco ■ Mirada vacía ■ Sudores o escalofríos ■ Sensación de hormigueo
--	---

A.1. ¿Con qué frecuencia tuvo ataques de pánico?

0. Sin ataques de pánico la semana pasada
1. 1 ataque de pánico la semana pasada
2. 2 o 3 ataques de pánico la semana pasada
3. 4-6 ataques de pánico la semana pasada
4. Más de 6 ataques de pánico

A.2. ¿Cómo de serios fueron los ataques de pánico en la semana pasada?

0. Sin ataques de pánico la semana pasada
1. Los ataques fueron generalmente leves
2. Los ataques fueron generalmente moderados
3. Los ataques fueron generalmente graves
4. Los ataques fueron generalmente muy graves

A.3. Normalmente, ¿cuánto duran los ataques de pánico?

0. Sin ataques de pánico la semana pasada
1. De 1 a 10 minutos
2. Entre 10 y 60 minutos
3. Entre 1 y 2 horas
4. Más de 2 horas

U. La mayor parte de los ataques, ¿fueron esperados (sucidieron en situaciones temidas) o inesperados (espontáneos)?

0. Sin ataques de pánico
0. Principalmente inesperados
1. Más inesperados que esperados
2. Algunos inesperados y algunos esperados
3. Más esperados que inesperados
4. Más de 2 horas

E.1. Durante la última semana, ¿evitó determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico o una sensación de incomodidad?

0. No evitación (o sus ataques no suceden en situaciones determinadas)
1. Evitación infrecuente de situaciones temidas
2. Evitación ocasional de situaciones temidas
3. Evitación frecuente de situaciones temidas
4. Evitación muy frecuente de situaciones temidas

B.2. Por favor, marque las situaciones que evita si en los últimos 7 días se produjo un ataque de pánico o una sensación de incomodidad.

Aviones	Sitios altos
Autobuses, trenes	Comando en primeros
Teatros, cines	Viajar lo lejos de casa
Haciendo cola	Quedarse en casa solo
Fiestas o reuniones sociales	Métro
Restaurantes	Ferries
Sitios cerrados (p. ej., túneles)	Supermercados
Aulas, salones de conferencias	Auditorios, estadios
Conduciendo o yendo en coche (p. ej., en un atasco)	Multitudes
Grandes edificios altos (rascacielos)	Museos
Cominando por la calle	Ascensores
Campes, grandes avenidas	

Otras situaciones:

0. Ninguna (o sin agorafobia)
1. 1 situación
2. 2-3 situaciones
3. 4-8 situaciones
4. Ocurre en muchas situaciones distintas

-
- H.3. ¿Qué grado de importancia tenían las situaciones excitantes?
0. No eran importantes (o sin agorafobia)
 1. No muy importantes
 2. Moderadamente importantes
 3. Muy importantes
 4. Extremadamente importantes
- C.1. En la semana pasada, ¿tuvo temor a tener un ataque de pánico (ansiedad anticipatoria)?
0. Sin ansiedad anticipatoria
 1. Temor infrecuente a tener un ataque de pánico
 2. A veces temor a tener un ataque de pánico
 3. Temor frecuente a tener un ataque de pánico
 4. Temor constante a tener un ataque de pánico
- C.2. ¿Qué intensidad tenía ese «temor de temer»?
0. Nula
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Moderada
 4. Extrema
- D.1. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus relaciones familiares (con su pareja, los niños)?
0. Sin deterioro
 1. Deterioro leve
 2. Deterioro moderado
 3. Deterioro marcado
 4. Deterioro extremo
-
- D.2. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en su vida social y actividades de ocio (p. ej., no ha sido capaz de ir al cine o a una fiesta)?
0. Sin deterioro
 1. Deterioro leve
 2. Deterioro moderado
 3. Deterioro marcado
 4. Deterioro extremo
-
- D.3. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus responsabilidades en el trabajo (o en las tareas del hogar)?
0. Sin deterioro
 1. Deterioro leve
 2. Deterioro moderado
 3. Deterioro marcado
 4. Deterioro extremo
-
- E.1. En la última semana, ¿se preocupó por sufrir algún daño por sus síntomas de ansiedad (p. ej., tener un ataque de corazón, o desmayarse y herirse)?
0. No es cierto
 1. Escasamente cierto
 2. Parcialmente cierto
 3. Principalmente cierto
 4. Totalmente cierto
- F.2. ¿Algunas veces temió que su médico estaba equivocada cuando le decía que sus síntomas del tipo golpes de corazón, respiración estrechada, vértigo, etc., tenían una causa psicológica? ¿Cree que, en realidad, detrás de esos síntomas existe una causa somática (física, corporal) que todavía no había sido descubierta?
0. No es cierto (más bien enfermedad psíquica)
 1. Escasamente cierto
 2. Parcialmente cierto
 3. Principalmente cierto
 4. Totalmente cierto (más bien enfermedad orgánica)

Puntuaciones

-
- A. Ataques de pánico: _____
- B. Agorafobia, conductas de excitación: _____
- C. Ansiedad en los periodos interataques: _____
- D. Discapacidad: _____
- E. Preocupación por la salud: _____
- F. Puntuación total (suma de todos los ítems en el 0 al 4): _____
-

14.9 Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...se sintió débil o cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...se sintió con energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...sintió que durmió lo suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...se sintió suficientemente activo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...se sintió bien físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...no experimentó problemas visuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
14. ...con la mente despejada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...satisfecho/a con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...a gusto con su aspecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...alegre o animado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...contento/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (calzado, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...capaz de tomar decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ...relajado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...a gusto con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRABAJO

¿Tiene trabajo? No Si ¿Trabaja por su cuenta? No Si ¿Realiza trabajo voluntario? No Si

Si responde que no a las 3 preguntas, anote la razón.

Si no, ¿por qué no? 1 Demasiado enfermo/a físicamente
 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
 3 Jubilador/a
 99 Otra razón _____
 escriba la razón

Si responde que sí a alguna de las 3 preguntas, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...?

	Numa- Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
28. ...se sintió a gusto en su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ...resolvió problemas de trabajo o los manejó sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ...pensó con claridad en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ...se mostró decidido/a en el trabajo o tomó decisiones cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ...logró lo que se propuso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ...trabajó bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ...se sintió interesado/a por el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ...se concentró en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ...trabajó cuidadosamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ...realizó el trabajo como cabía esperar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ...se ocupó del trabajo usted mismo/a, cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con otros compañeros/as de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAS ACTIVIDADES DE LA CASA

¿Es usted responsable de algunas tareas de la casa (limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comidas) para usted mismo/a o para otras personas? NO
SI

Si responde que no, cite la razón.

- Si no, ¿por qué no?
- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
 - 2 Demasiado abrumado/a emocionalmente
 - 3 Nadie espera que haga algo
 - 98 Otra razón _____
escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
41. ...quedó satisfecho/a con la manera en que limpió su habitación/apartamento/casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ...quedó satisfecho/a con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ...quedó satisfecho/a con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ...quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ...quedó satisfecho/a con la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ...quedó satisfecho/a con las tareas domésticas que realizó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. ...se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ...resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ...fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ...hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAREAS DE CURSO/DE CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad?

NO
SI

Si responde que no, anote la razón.

- Si no, ¿por qué no?
- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
 - 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
 - 3 Nadie espera que haga esto
 - 98 Otra razón

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasear perros, ir a un museo al cine o al club deportivo, etc.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
61. Cuando uno tiene tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. ¿Con qué frecuencia desea realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ...disfrutó o se asoció con compañeros de trabajo o vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ... sintió cariño por una o más personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ...se llevó bien con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. ... bromó o se rió con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ... sintió que ayudó a amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. ... sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	<i>Muy malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
78. ...su estado de salud física?	<input type="checkbox"/>				
79. ...su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>				
80. ...en trabajo?	<input type="checkbox"/>				
81. ...las tareas de la casa?	<input type="checkbox"/>				
82. ...sus relaciones sociales?	<input type="checkbox"/>				
83. ...sus relaciones familiares?	<input type="checkbox"/>				
84. ...sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>				
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*	<input type="checkbox"/>				
87. ...su situación económica?	<input type="checkbox"/>				
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*	<input type="checkbox"/>				
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*	<input type="checkbox"/>				
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*	<input type="checkbox"/>				
91. ...su sensación general de bienestar?	<input type="checkbox"/>				
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí <input type="checkbox"/> y deje la respuesta en blanco)	<input type="checkbox"/>				
99. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?	<input type="checkbox"/>				

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo o regular en estas preguntas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados con la falta de satisfacción.