



**Universidad del Azuay
Escuela De Posgrados**

“Plan de intervención psicoterapéutico grupal, desde el modelo integrativo en la personalidad, para disminuir síntomas de ansiedad en pacientes que asisten al seguro social del adulto mayor del IESS.”

ESTUDIO REALIZADO EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA TERCERA EDAD DEL
IESS DE CUENCA

**Tesis de graduación previa a la obtención del título de
Magister en psicoterapia integrativa**

**Autor:
Psic. Diego Lazo González**

**Director:
Máster. Sebastián Herrera**

**Cuenca – Ecuador
2014**

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico con todo mi cariño a mis padres por ese apoyo inmenso e incondicional que me han sabido brindar a lo largo de toda mi vida y ahora a quienes también les debo el poderme realizar como Magister en psicoterapia Integrativa.

A la vez quiero dedicar la presente al ser más importante de mi vida, mi hijo" Pedro Sebastián" quien ha sido mi fuerza, orgullo y motivo para seguirme esforzando en este camino de la vida.

Diego

Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por permitirme cumplir con esta meta y por haberme dado la fuerza y la capacidad para poder convertirme en lo que ahora soy.

Agradezco al tribunal conformado para la revisión de esta tesis y en especial a mi directo el Magíster Sebastián Herrera por su calidad humana y por ser un amigo como guía para la elaboración de este estudio. Agradezco de igual manera a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, a la Soc. Martha Ugalde, al Ing. Luis Bravo y a todos aquellos adultos mayores que participaron en la realización de este programa.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de gráficos	vii
Índice de tablas.....	viii
Índice de fotografías.....	ix
Índice de anexos.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Responsabilidad.....	xiii
Introducción.....	1
Capítulo I: Envejecimiento y ansiedad.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Definición de envejecimiento.....	6
1.2 Grandes cambios en la tercera edad.....	6
1.2.1 Cambios biológicos	7
1.2.2 Cambios físicos y orgánicos:	8
1.2.3 Cambios psicológicos y modificaciones psicoafectivas.....	9
1.3 Teorías del desarrollo y la personalidad.....	11
1.4 Envejecimiento normal y patológico.....	15
1.5 Teorías del proceso de socialización en el adulto mayor.	16
1.6 Ansiedad en el adulto mayor.	18
1.7 Historia breve de los trastornos de ansiedad:	19
1.8 Etiología y diagnóstico de la ansiedad en personas mayores:	21
1.9 Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	22
1.10 Ansiedad y depresión.....	25
1.11 Modelo cognitivo- conductual de la ansiedad.....	27
1.11.1 Factores predisponentes:.....	30

1.11.2 Factores precipitantes	31
1.12 Modelo gestáltico de la ansiedad.....	32
Capítulo II: Psicoterapia grupal en el adulto mayor	35
INTRODUCCIÓN.....	36
2.1 Reseña histórica de la psicoterapia de grupo:	37
2.2 Concepto de Grupo.....	39
2.3 Alcance de la psicoterapia de grupo.	40
2.4 Objetivos de terapia de grupo.....	42
2.5 Marcos temporal.....	42
2.6 Grupos abiertos y cerrados.....	42
2.7 Factores a determinar al formar grupos psicoterapéuticos.	44
2.8 ¿Cómo funciona la terapia de grupo?.....	45
2.9 Las relaciones interpersonales y los síntomas presentes.....	47
2.10 Experiencias emocionales correctivas.....	47
2.11 Pacientes aconsejables y no aconsejables para formar parte de una terapia de grupo:.....	49
2.12 Psicoterapia grupal en la tercera edad.....	50
2.13 Beneficios de la psicoterapia de grupo en el adulto mayor.	52
Capítulo III: Objetivos y metodología.....	54
INTRODUCCIÓN.....	55
3.1 Objetivo General.	56
3.2. Objetivos específicos.....	56
3.3 Características del programa:.....	57
3.4 Metodología del proceso	58
3.5 Instrumentos de evaluación.	59
3.6 Técnicas psicoterapéuticas utilizadas en el programa.....	60
3.7 Edad y nivel de instrucción de los participantes.....	62
3.8 Puntajes obtenidos de los pacientes en el test de Hamilton antes del programa y rasgos de personalidad.....	63
3.9 Personalidad del grupo:	64
3.10 Ansiedad vs edad de los participantes antes del programa.	65

Capítulo IV: Intervención psicoterapéutica grupal, desde el modelo integrativo en la personalidad, para disminuir síntomas de ansiedad.	66
4.1 Procedimiento de las sesiones.....	67
4.2 Aplicación del programa.....	69
4.3 Resultados y análisis obtenidos después del programa	92
4.4 Análisis de la encuesta de evaluación del programa.	97
Conclusiones.....	98
Recomendaciones	101
Bibliografía	102
Anexos	105

Índice de gráficos

Gráfico 1. Personalidad del grupo.....	64
Gráfico 2. Ansiedad vs edad, obtenido en el test de Hamilton antes del programa.....	65
Gráfico 3. Ansiedad vs edad, según los puntajes obtenido en el test de Hamilton después de aplicado el programa.....	92
Gráfico 4. Puntajes obtenidos en el test de Hamilton vs edad antes y después del programa.	93

Índice de tablas

Tabla 1. Explicativa del modelo de Erikson.....	12
Tabla 2. Teoría de Havighurst analizado desde la teoría de Erikson.....	13
Tabla 3. Factores predisponentes de la ansiedad desde el modelo cognitivo	30
Tabla 4. Factores precipitantes desde el modelo cognitivo	31
Tabla 5. Factores a determinar a formar grupos psicoterapéuticos.	44
Tabla 6. Mecanismos terapéuticos de la terapia de grupo	46
Tabla 7. Edad e instrucción de los participantes del programa	62
Tabla 8. Puntuaciones de ansiedad obtenidos en el test de Hamilton y personalidad	63
Tabla 9. Tabla de puntajes y datos obtenidos antes y después del programa.....	94
Tabla 10. Porcentajes de ansiedad obtenidos antes y después del programa en personalidades anancásticas y dependientes.....	95

Índice de fotografías

Fotografía 1. Sesión 1	70
Fotografía 2. Sesión 2	75
Fotografía 3. Sesión 3	75
Fotografía 4. Sesión 6	80
Fotografía 5. Sesión 10	86
Fotografía 6. Sesión 10	86
Fotografía 7. Sesión 13	90

Índice de anexos

ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	106
ANEXO 2: Escala de Hamilton para la ansiedad.....	108
ANEXO 3: Inventario de depresión de Beck.....	109
ANEXO 4: Cuestionario de personalidad SEAPSI.....	111
ANEXO 5: Guía del proceso psicoterapéutico	115
ANEXO 6: Carpeta de trabajo.....	116
ANEXO 7: Encuesta de evaluación del programa.....	136
ANEXO 8: Fichas clínicas.....	137

Resumen

El presente trabajo de grado tuvo como objetivo disminuir síntomas de ansiedad en adultos mayores que asisten a los Servicios Sociales del IESS, con edades comprendidos entre 65 a 75 años. Programa que constó de catorce sesiones de intervención grupal, desde un enfoque cognitivo – conductual y gestáltico. Cabe recalcar que este estudio estuvo dirigido a disminuir la sintomatología de los pacientes y no a intervenir en un trastorno en específico.

Abstract

ABSTRACT

The objective of the present graduation paper was to reduce symptoms of anxiety in older adults between the ages of 65 and 75 who receive social services from the Ecuadorian Institute of Social Security (IESS). The program consisted of 14 group intervention sessions with a cognitive-behavioral and gestalt focus. It's worth noting that the study aimed to reduce the symptomatology of the patients and not to intervene in any specific disorder.



Translated by


Ing. Melita Vega

August 11, 2014

Responsabilidad

El presente trabajo de investigación es de exclusiva y total responsabilidad de su autor.

Diego Lazo G.

AUTOR

Introducción

La motivación que nos llevaría a realizar este trabajo investigativo, se debió en primera instancia a la experiencia profesional que he venido obteniendo al trabajar con personas de la tercera edad en los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS. Este lugar tendría como finalidad brindar al adulto mayor una atención integral, a través del cuidado de la salud física y mental.

A consulta psicológica suelen ser referidos por el médico pacientes con algún tipo de problema sintomatológico, que en varios casos no tendrían causa alguna aparente como: dolor en el pecho, sensación de ahogo, insomnio, temblor, taquicardia, sudoración excesiva, etc. Quizá esta mayor predisposición a sufrir ansiedad podría estar relacionada al mayor temor a la muerte y especialmente a la menor capacidad de afrontamiento ante las circunstancias que tendría que afrontar el adulto mayor al atravesar este ciclo de vida. A esto se añadiría otras circunstancias de pérdida como de: soledad, pérdidas afectivas, menor remuneración, mayor tiempo libre sin ocuparse, lo cual también favorecería a generar pensamientos negativos vinculados a anticipaciones de tipo catastrófico.

Hamilton, en su libro, "Psicología del envejecimiento" haría referencia a diversas investigaciones, estimando que el número de adultos mayores para las próximas décadas aumentará considerablemente a nivel mundial, especialmente en aquellos países en vías de desarrollo como el nuestro; por tal motivo la implementación de nuevas propuestas y estudios como este, brindará al adulto mayor una alternativa más de apoyo, ayudándoles a encontrar una mejor manera de vivir su tercera edad. (Hamilton, 2002).

Según la OMS el aumento de personas mayores, se debería al mayor índice de esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad. Considerando que para el año 2050, podría haber 2 millardos de personas mayores de 60 años, con un 80 % de ellos viviendo en países en vías de desarrollo. (Organización mundial de la Salud., 2002).

A continuación se menciona brevemente los capítulos a tratar en esta investigación:

Capítulo #1: Este capítulo presentará en primera instancia el proceso del envejecimiento en el ser humano, sus cambios psicológicos, emocionales y sociales, a más de abordar como las personas suelen enfrentar su vida al llegar a la tercera edad, para lo cual nos basaremos desde teorías psicosociales como las postuladas por: Beck, Havighurst y Peck. En segunda instancia se buscará conocer de qué manera la ansiedad se presentaría en el adulto mayor, su sintomatología y trastornos de este tipo más frecuentes. Finalmente se aborda la etiología de la ansiedad y su relación con la depresión, a más de los posibles tratamientos psicológicos explicados desde dos enfoques exclusivamente: cognitiva- conductual y de la gestal.

Capítulo #2: Orientada a explicar la manera de abordar la psicoterapia de grupo en el adulto mayor, sus beneficios, alcances, objetivos y técnicas en tratamientos de índole emocional. Igualmente se explicará los tipos de grupos y su evolución en el tiempo, a más de las distintas aportaciones de algunos de sus principales exponentes. También se tratará otros aspectos esenciales al momento de formar grupos psicoterapéuticos especialmente en la tercera edad.

Capitulo # 3: Explicará el tipo de estudio realizado en este programa, los criterios que se llegaron a tomar en cuenta para la conformación del grupo, a más de la metodología e instrumentos clínicos utilizados como: test y otras fichas de valoración. También se expondrán en este apartado datos

obtenidos de los pacientes antes del programa, para lo cual se presentará mediante gráficos y tablas explicativas.

Capítulo #4: Abordando las fases del programa y las técnicas aplicadas en cada una de las sesiones. A este último capítulo se incluirán los resultados obtenidos en los pacientes después de concluido el programa, para lo cual también se ha elaborado tablas y gráficos explicativos, a más de las conclusiones y recomendaciones finales.

Capítulo I: Envejecimiento y ansiedad.

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se realizará un análisis de los distintos cambios físicos y psicológicos al llegar a la vejez, también se ha considerado explicar algunas de las teorías psicosociales de importancia como las postuladas por Erikson, Havighurst y Robert Peck, con el propósito de comprender como el adulto mayor enfrentaría positiva o negativamente esta crisis en la última etapa de su vida, logrando así trascender ante sus distintas pérdidas y limitaciones.

Con respecto a la ansiedad en la tercera edad, este problema quizá estaría vinculado a un temor negativo y anticipado de no poder valerse por sí mismo en un tiempo futuro. A esto se añadiría las diferentes pérdidas físicas como afectivas que iría experimentando la persona al seguir envejeciendo, lo que aumentaría el riesgo a presentar un trastorno de ansiedad. Para un entendimiento más profundo del mismo, analizaremos este problema de la ansiedad a partir de algunos factores predisponentes como precipitantes desde el modelo cognitivo- conductual y gestáltico. También se explicará la relación que existiría entre la ansiedad y la depresión en el adulto mayor.

1.1 Definición de envejecimiento.

De acuerdo al “Ministerio de Salud Pública” el envejecimiento del ser humano, es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo vital y de manera indistinta en cada individuo, razón por la que no todas las personas envejecerían de la misma forma. “Evidencias científicas describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, estarían directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se haya tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta”. A esto se podría sumar la zona geográfica en la que viva una persona, educación, asistencia sanitaria, etc. (SNS, 2010, pág. 10).

Según la “psiquiatría Geriátrica” existe una gran diferencia entre la palabra vejez y envejecimiento. La primera expresaría a esta como algo estático, mientras que envejecer haría referencia a un proceso dinámico y constante, con su mayor aceleración al final de la juventud, con procesos de cambios, desarrollo y maduración. (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006, pág. 25).

1.2 Grandes cambios en la tercera edad.

El envejecer llevaría consigo una serie de cambios, a los que la persona tendría que irse ajustando para poder llevar una mejor calidad de vida. Entre estos cambios se mencionan: Biológicos, físicos, orgánicos, psíquicos y sociales. A continuación se exponen brevemente estos criterios. Tomado del libro: (Santrock, 2006, págs. 621-629).

1.2.1 Cambios biológicos

Según, (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006) Hasta la fecha solo existen teorías sueltas que aún siguen tratando de determinar las causas del envejecimiento. Otros como (Bellamy, 1988); mencionan que esta sería un proceso intrínseco que afecta a todos los organismos vivos y que se caracteriza por dos hechos primordiales:

- Disminución progresiva de la vitalidad.
- Descenso de la capacidad de adaptación a los cambios.

Santrok (2006) señala que este proceso estaría asociado a un problema de degeneración del organismo, incluso aun cuando la persona mantenga un excelente estado de salud. Otros autores como Tortosa han referido que a partir de los 30 años una persona presentaría ya una disminución del 25% al 30 % de las células que conforman parte de los diferentes órganos, lo cual conllevaría a una mayor vulnerabilidad, aumentando el riesgo de contraer enfermedades de cualquier índole. (Tortosa, 2002).

Entre otros estudios a este nivel se han mencionado otras posibles causas de envejecimiento como: la teoría del reloj celular, teoría de los radicales libres, teoría mitocondrial y la teoría del estrés hormonal. (Santrock, 2006) & (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 9).

1.2.2 Cambios físicos y orgánicos:

Físicos	Pérdida de la estatura, hasta de cinco centímetros entre los 25 y 75 años, pérdida del cabello, volviéndose más fino y canoso, cambio del color de la piel, arrugas, enlentecimiento psicomotor, etc. (Tortosa, 2002).
Sensoriales	Problemas oculares: Pérdida de elasticidad del cristalino para poder enfocar imágenes, Pupilas más pequeñas, cataratas, problemas de retina, presbicia. A nivel de oído, pérdida especialmente en los hombres a partir de los 55 años. Otros Sentidos como del gusto y olfato, parecen disminuir tenuemente, por lo que las personas suele ser menos consciente en su decremento. (Papalia & Olds, 1997).
Circulatorio-pulmonar	Aumento de diámetro de los ventrículos y peso del corazón, angostura de los vasos sanguíneos, endurecimiento de las fibras musculares, con la pérdida de la capacidad de contracción. Con respecto a la capacidad pulmonar, entre los 20 y 80 años de edad, esta disminuiría en un 40% su capacidad, a pesar que no se padezca de alguna enfermedad. (Santrock, 2006).
Digestivo-excretor	Pérdida de piezas dentales que perjudicarían la correcta masticación, menor capacidad metabólica para asimilar nutrientes y menor elaboración de enzimas digestivas que faciliten la deglución, generando diarreas, estreñimiento, etc. Menor capacidad del riñón y sistema excretor para eliminar desechos, razón por lo que organismo suele aumentar la frecuencia miccional. (Santrock, 2006).
Sexualidad	La disfuncionalidad sexual especialmente en el hombre llegaría a ser un serio problema de desajuste psicológico, debido que para funcionar no solo requiere de decisión, sino también de demostrar una erección y poder mantenerla, por lo que suele ser imposible ocultar la incapacidad. " (Papalia & Olds, 1997).

1.2.3 Cambios psicológicos y modificaciones psicoafectivas.

Desde esta perspectiva con la edad se produciría un envejecimiento en las distintas capacidades cognitivas en el ser humano. Ante esto Mirbet (2012), indica que al partir de los 30 años, iniciaría ya un declive de ciertas capacidades intelectuales. (Mirbet, 2012).

CMacham sobre la inteligencia en los adultos mayores manifiesta:

“la esencia de la sabiduría no está en lo que se conoce, sino en cómo se guarda y utiliza ese conocimiento”. Catell (1966) de igual forma hace mención de que “la experiencia permitiría compensar los efectos negativos que produce el envejecimiento sobre el desarrollo intelectual” (Tortosa, 2002, págs. 58-62).

Otros autores con respecto al lenguaje y la expresión, mencionan que estos también suelen verse alterados, pero que la capacidad imaginativa, el carácter y la personalidad tenderían a mantenerse; a menos que esta se vea afectada por alteraciones patológicas, con reducción significativa de la capacidad de adaptación. (Mirbet, 2012, pág. 15).

De este modo el envejecimiento llevaría consigo una serie de cambios que quizá antes habrían sido de gran satisfacción para esa persona, pero que ahora se verían disminuidos o afectados por la edad, por lo que Goda, (1999), indicaría: “todo esto llevarían a que la persona se cuestione de su propia identidad, por lo que requeriría de un importante esfuerzo de adaptación, que en ciertas ocasiones podría provocar una crisis con un envejecer tipo patológico, o en el caso positivo una mayor integridad personal, resultado de una madurez alcanzada ante la crisis”. (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006, pág. 52).

1.2.4 Cambios Sociales

La vejez es considerada como el periodo más extenso de todas las etapas del desarrollo humano, dando inicio en varios países ya a los 60 años y en otros países como el nuestro a los 65 años. Expertos como (Charness y Bosman, 1992) hacen una diferencia entre anciano Joven que iría desde los 65 a 74 años y del anciano desde los 75 en adelante. (Santrock, 2006).

(Baltes y Smith, 2003) añadiría un periodo más de ancianidad muy mayor, a partir de los 85 años en adelante. Pero todos estos autores concuerdan que para determinar la edad de una persona, habría que tomar en cuenta otros factores como la edad biológica, psicológica, social y especialmente fenomenológica, que nos ayudaría a conocer la edad funcional de una persona ya que un individuo de 85 años de edad, podría encontrarse en un mejor estado de salud biológico y mental que otra de 65 años. (Santrock, 2006, pág. 617).

Según Abellán García (1996), el envejecimiento estaría entendido desde la propia perspectiva de cada sociedad, la cual también estaría influenciada por variables históricas y socioeconómicas; así como de otras influencias como: costumbres, mitos y la propia percepción que tenga cada individuo de sí mismo. (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006).

Jesica Toro desde una perspectiva igualmente psicosocial adjudicaría que el concepto de jubilación surgiría de la propia sociedad, quien asociaría la edad con la productividad. De esta forma la misma sociedad determinaría quienes son Niños, adultos y ancianos. (Toro J. , 1997).

1.3 Teorías del desarrollo y la personalidad

Con la finalidad de entender el desarrollo de la salud mental en el adulto mayor dentro de un proceso de socialización y de afrontamiento ante la crisis de llegar a la tercera edad, se ha considerado importante tratar brevemente algunos aportes y perspectivas de autores como: Erikson, Havighurst y Peck, que se han desatacado en explicar esta temática.

- Erick Erikson (1982,1986).

Expone que el desarrollo humano y la salud mental estarían relacionados con la búsqueda de identidad centrada en una evolución del desarrollo del ego, para lo cual hace un recorrido de ocho etapas y cada una con una crisis a ser resuelta. Estas etapas darían inicio en la infancia y culminarían en la vejez. (Santrok, 2006, pág. 36).

Erikson (1982, 1986) con respecto a la naturaleza de cada crisis también indica que esta se caracterizaría por una bipolaridad (positiva – negativa) y un sentimiento que determina la orientación del comportamiento. Este autor explica que los adultos mayores se enfrentan a un importante dilema en la última etapa de sus vidas y que dependerá de su manera de resolución para encontrar un sentido de integridad, en vez de llegar a la desesperación por la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente; en este sentido señala:

“Las personas que han tenido éxito en esa tarea integradora final, construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande de su pasando presente y futuro”. (Tortosa, 2002, págs. 83-84).

MODELO DE ERIKSON		
ETAPA	CRISIS	EVOLUCIÓN POSITIVA
1. Primera infancia	Confianza/desconfianza	Esperanza, motivación
2. Infancia	Autonomía/duda	Voluntad
3. Edad juego	Iniciativa/Culpabilidad	Finalidad objetividad
4. Edad escolar	Laboriosidad/inferioridad	Competencia
5. Adolescencia	Identidad/confusión	Fidelidad
6. Adulto	Intimidad/aislamiento	Afiliación , amor
7. Madurez	Generatividad/estancamiento	Productividad
8. Vejez	Integridad/desesperación	Sabiduría

Tabla 1. Explicativa del modelo de Erikson.

(Muñoz Tortosa, 2002, pág. 84).

- Robert J. Havighurst (1972):

Inspirado por la teoría de Erikson, adjudicaría su estudio más a las tareas a realizarse en cada una de las etapas del desarrollo ya mencionadas, lo que ha manera positiva daría como resultado mayor madurez un ajuste emocional que le ayudarían a prepararse para tareas en el futuro y el fracaso de estas conllevaría a que la persona llegue a sentir desaprobación social, ansiedad, incluso incapacidad para funcionar como persona madura. Este autor con respecto a la etapa de la vejez, explica que daría inicio alrededor de los 65 años de edad, culminando con la muerte. (Rice, 1997).

Este autor explica que durante el final de la madurez el adulto se desligaría de algunas de las funciones que tuviera años atrás, dándose mayor libertad para implicarse en otras funciones como las de ser: abuelo, ciudadano, miembro de un club o amigos. Al igual que Erikson, Havighurst divide a la vida en estadios, asignando a cada una tareas evolutivas que se explican en el cuadro a continuación. (Rice, 1997, págs. 334-335).

EDAD	ERIKSON	HAVIGHURST
Primer año	Confianza Vs. Desconfianza	Con maduración de los sistemas sensoriales y motores. Desarrollo de sus emociones, apegos como y otras funciones cognitivas.
2 – 3 años	Autonomía Vs. duda	Independencia, autocontrol y del desarrollo de la fantasía para el juego; desarrollo del lenguaje y la comunicación efectiva.
3 – 6 años	Iniciativa Vs. Culpa	Identificación de género, desarrollo moral temprano, juego en grupo, desarrollo de una autoestima primitiva.
6 – 12 años	Laboriosidad Vs. inferioridad	Relaciones de amistad con similares. Con una imagen más compleja y estructurada de sí mismos. Pensamiento operatorio concreto y aprendizaje de habilidades académicas básicas.
12 – 18 años	Identidad Vs. confusión	Sexualidad ya definida, aceptándose así mismo, buscando mayor Independencia emocional de los padres, prepararse para el mundo profesional, adquisición de valores, éticos y esperando un comportamiento responsable.
18 – 30 años	Intimidad Vs. Aislamiento	Integridad en el mundo laboral, selección de una persona, aprendiendo a vivir en pareja. Tener una propia familia, responsabilizarse de su hogar y criar a sus hijos, encontrar un grupo social estable.
30 – 60 adelante	Generatividad Vs. Estancamiento	Responsabilizarse de sus hijos y pareja, desarrollo profesional, actividades de ocio adultas. Aceptar los cambios fisiológicos de la mediana edad, adaptarse al envejecimiento de los padres.
Más de 60 años.	Integridad Vs. Desesperanza	Aceptar la disminución de su salud en general. Acoplarse a una jubilación y reducción de ingresos. Aceptar la muerte de su pareja y la viudedad. Adaptarse a los roles sociales de manera flexible. Establecer un estilo de vida satisfactorio.

Tabla 2. Teoría de Havighurst analizado desde la teoría de Erikson.

- **Robert Peck (1955):** Ampliaría aún más el análisis de Erikson acerca del desarrollo psicológico en la edad adulta tardía, destacando que el ser humano a medida que envejece iría perdiendo resistencia física y atractivo, por lo que valerse de otros medios como su experiencia, a través de lo que se conoce como sabiduría, ayudará a generar una mayor adaptación y suavizar otras pérdidas. Este autor enfatiza especialmente tres importantes adaptaciones necesarias (Papalia & Olds, 1997, pág. 601).

1. Una autodefinición más amplia vs preocupación por el trabajo:

Reconociendo que su ego es más rico y diverso que la suma de solo sus tareas laborales.

2. Trascendencia del cuerpo vs preocupación por el cuerpo:

Personas que solo enfocaron su bienestar físico como base de felicidad, les será más difícil aceptar sus diferentes pérdidas y cambios.

3. Trascendencia del ego vs preocupación por el ego:

Reconociendo que permanecerá a través de sus hijos y de todo lo que han forjado, al contribuir al bienestar de otros. Esta trascendencia, según Peck, sitúa a los seres humanos aparte de los animales.

Ante los aportes propuestos por Erikson y Havighurst se considera importante la resolución de cada una de las crisis y las tareas a resolverse en las distintas etapas de vida, pero cabe destacar aquello expuesto por Robert Peck, sobre sus estudios realizados en la tercera edad, al referirse de que solo a través de la sabiduría adquirida con el paso de los años, permitiría a la persona trascender y adaptarse con mayor facilidad ante las distintas pérdidas y declives que conllevaría esta etapa de vida.

1.4 Envejecimiento normal y patológico.

Peña y Lillo (2012) abordaría el envejecimiento como un proceso natural, considerando a las patologías del cerebro, como no exclusivas pero si frecuentes en personas de avanzada edad. Ante esto explica que: "Existiría un 5 a 10% de personas mayores de 65 años con deterioro intelectual franco y demencia. Pero indica al mismo tiempo que más del 90% de los hombres y mujeres de edad avanzada conservan lucidez mental y son capaces de tener una existencia creativa y responsable". (Sergio Peña y Lillo, 2012).

Este autor igualmente expone, que el envejecimiento normal vendría a ser el buen ajuste social como de juicio personal y su forma patológica el bordear esa normalidad estadística. Peña y Lillo refiere que el envejecer causaría una curva descendente de las funciones cognoscitivas, pero que estaría compensada por una curva ascendente, dada por la madurez, serenidad reflexiva y conocimiento más profundo de la experiencia vivida, originando lo que se ha denominado la "Metamorfosis de la Sabiduría" (Sergio Peña y Lillo, 2012, pág. 192).

Tortosa (2002), explicaría que el envejecimiento no llegaría a ser sinónimo de patología, debido a que solo parte de los trastornos orgánicos y cognitivos son irreversibles y que más bien el problema surgiría cuando se trata de precisar cuándo un síntoma o comportamiento se consideraría normal o patológico. Así su teoría sostendría que: "todos los sistemas sensoriales y cognitivos decaen en el adulto mayor paulatinamente, pero sin llegar hasta una gravedad extrema, a lo que la conoce como gradación difusa" (Tortosa, 2002, pág. 22).

1.5 Teorías del proceso de socialización en el adulto mayor.

Teoría de la desvinculación

Catalogando a la desvinculación social como normal y satisfactoria para el adulto mayor, siempre y cuando la sociedad se encargue de sus responsabilidades económicas, sanitarias y sociales. Esta teoría sostiene que las personas mayores no encontrarían su bienestar y felicidad en sentirse útiles, sino que más bien el bienestar estaría dirigido a estar alejados de la sociedad. Simmons (1945) ante esto afirma que “el deseo de ser útil en la persona mayor, correlaciona con la necesidad de buscar seguridad como consecuencia de sentirse rechazado y desamparado” (Tortosa, 2002, págs. 95-96).

Teoría de la actividad

Teoría formulada originalmente por Havighurst (1963). También se habla de Tartler (1961) y de Atchley (1977) como representantes. Para Havighurst (1963) el envejecer de manera exitosa, seguiría las mismas reglas que el envejecimiento normal, con pérdida de ciertos roles, pero con la adquisición de otros como el de ser abuelo, nuevos hobbies, etc. Esta teoría es considerada como una alternativa de acción y con miras a sustituir los vacíos existentes en la teoría de la desvinculación, para lo cual se basa en estas premisas básicas. (Santrok, 2006, pág. 679) y (Tortosa, 2002, pág. 97)

1. Mientras más activos estén los adultos mayores estén en su entorno, mayores probabilidades tendrá de estar satisfechos con sus vidas.
2. La cuantía de ocupación está determinada por los estilos de vida pasados alcanzados con satisfacción, que a la vez le servirán para continuar ejerciendo durante su madurez y toda su vida.

3. Un envejecimiento con éxito estaría relacionado en desarrollar niveles adecuados de actividad en las distintas esferas como: física, mental y social.

Desde el punto de vista de este autor, lo normal en el adulto mayor vendría a ser la actividad y solo justo antes de la muerte se llegaría a producir una verdadera desvinculación. (Papalia & Olds, 1997).

Teoría de la continuidad

Desarrollada por Neugarten (1964), quien haría referencia que las personas desarrollan actitudes, hábitos y valores más estables a medida que van pasando por el ciclo de la vida.

Con respecto a los rasgos de personalidad, estos se conservarían en cierta medida al llegar a la vejez, permitiéndoles disminuir esos cambios bruscos y ayudándoles adaptarse. (Tortosa, 2002, pág. 99).

Este autor entiende que esta teoría se puede resumir en siete postulados:

1. La evolución psicológica es distinta en cada persona.
2. Desde el nacimiento hasta la muerte el individuo constituye una sola identidad coherente.
3. Cuando una persona llega al final de su evolución, integraría una estructura de sí mismo más estable llamada autoconcepto. Esta determinaría más adelante sus actitudes ante nuevas situaciones.
4. Las personas tienden a fabricar su entorno a través de la coherencia y de su funcionamiento interno.

5. La personalidad es el mejor predictor de actitud y adaptación a la vejez.
6. El envejecimiento llegaría acentuar las líneas de la estructura de la personalidad.
7. Aunque la personalidad presenta estabilidad, siempre continuaría transformándose durante toda su vida.

1.6 Ansiedad en el adulto mayor.

El concepto de ansiedad ha llegado a definirse por autores de múltiples maneras, aunque todos incluyan elementos comunes a experiencias vivenciales como: estado emocional tenso, dolor torácico, palpitaciones, disnea, sudoración excesiva, con anticipación irreal de peligro y ha esto una menor capacidad de afrontamiento según avanza este problema. Este trastorno a su vez implicaría aspectos a tomar en cuenta como: duración, frecuencia, intensidad suficientemente y significativas para restar la calidad de vida de la persona. (Stein & Hollander, 2010, pág. 86).

Maya (2010), en su libro Gestal para la ansiedad refiere este concepto como la anticipación de la persona a protegerse del peligro, donde dice: "la ansiedad es un estado desagradable semejante al miedo, aunque no haya ninguna situación manifiesta aparente de peligro". (Maya, 2010, pág. 13). De este modo la ansiedad y miedo llegarían a ser experiencias emocionales diferentes, aunque las dos están orientadas a la supervivencia. Con respecto al miedo y ansiedad, Greenberg y Paivio atribuye una explicación mediante una serie de diferencias:

- **Miedo:** Situación transitoria donde el individuo se volvería más vigilante a su entorno, llegando a integrar mente y cuerpo para enfrentar o escapar del peligro. A esto se sumaría momentáneamente alteraciones en el sistema fisiológico con un aumento de los niveles de adrenalina y epinefrina, lo que pondría a una persona en alerta, focalizando su atención en una situación específica. (Greenberg & Paivio, 2000).

- **Ansiedad:** Temor relacionado a una situación simbólica de peligro en vez de una presencia inmediata o real de esta, generando más bien un estado de desequilibrio en los diferentes procesos cognitivos como son: la atención, memoria, estados de conciencia y sin una respuesta de acción concreta. Este autor explica que la ansiedad vendría a ser “una preocupación de la persona, acerca de la propia habilidad para funcionar eficazmente, o para sentirse seguro en la situación a enfrentar”. (Greenberg & Paivio, 2000, págs. 263-264).

Dentro del proceso psicoterapéutico la ansiedad llegaría a jugar un papel central en cualquier tipo de psicoterapia, razón por la que muchos terapeutas suelen preferir empezar primero por los síntomas que esta les manifiesta. (Yalom, 2000).

1.7 Historia breve de los trastornos de ansiedad:

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad, esta nos habría servido desde entonces para ayudar a protegernos ante las amenazas y peligros preparándonos para la lucha o huida y el motivo de ser considerada como parte de nuestra condición humana, habría sido también una de las causas de los pocos estudios a este nivel. Estudiosos como los griegos y otros de la época clásica, se sabe que habrían contado para entonces con términos para una gran serie de trastornos, pero ninguno para denominar la ansiedad. Berrios y Link (1995), ante esto señala: “los

síntomas y malestares de la ansiedad, habrían sido tratados como una enfermedad física u orgánica y no mental". (Stein & Hollander, 2010, págs. 3-5).

En la época medieval y renacentista, la ansiedad sería incluida al concepto de melancolía, pero en una forma relacionada al mal de amores. Luego médicos encontrarían que pacientes muy deprimidos con frecuencia presentaban un malestar significativo de temor anticipado, por lo que a partir del siglo XVIII el término ansiedad empezaría a incorporarse en el vocabulario médico de las enfermedades mentales. (Stein & Hollander, 2010).

En el siglo XIX se desarrollaría en Francia la idea que la ansiedad en sus formas más intensas merecía formar parte del estudio psiquiátrico por estar vinculada a un proceso triple: de inquietud, ansiedad y angustia. (Littre y Robín, 1958). Así en Alemania Wilhelm Griesinger (1817- 1868) diría que tanto las enfermedades mentales como las somáticas llegarían a ser una sola y concibiendo de que no todo comportamiento tendría una determinación consciente; por lo que aquí el temperamento como la personalidad ya empezaría a tener su influencia. (Stein & Hollander, 2010). Griesinger (1861) tanto como Wilhelm Neumann (1814- 1884); consideraban la enfermedad mental como un proceso dinámico de control de impulsos especialmente los sexuales, que al verse perturbados o insatisfechos podrían dar origen a la ansiedad. "En este sentido la teoría de estos personajes, se anticiparían a la revisión por Freud de su teoría de la ansiedad en 1923. (Stein & Hollander, 2010, pág. 8).

En el siglo XX, se discutiría sobre el origen de la ansiedad, atribuyéndose a este un factor de tipo biológico y hereditario. Aquí se seguiría conservando el concepto original de Freud, sobre la importancia de la energía de los impulsos del lívido, que al no ser satisfechos ocasionaría una acumulación de energía al sistema nervioso. Este modelo mecanicista sería modificado

por el mismo Freud, donde mencionaría que la ansiedad no se debía medir por la energía mal distribuida, sino que más bien esta sería una señal de alarma de muy poca energía, que indicaría un peligro para el equilibrio psíquico. (Stein & Hollander, 2010, pág. 10).

Finalmente al inicio del siglo XXI se empezarían a reconocer las relaciones biológicas de la ansiedad, con el tipo de personalidad. Mencionándose que ciertas personalidades tendrían una menor propensión a padecer ansiedad, como podría ser en el caso de la personalidad antisocial, pero que esta tendría mayor propensión a un trastorno de tipo psicopático. (Stein & Hollander, 2010).

1.8 Etiología y diagnóstico de la ansiedad en personas mayores:

Con respecto a la ansiedad geriátrica, no existen aún datos específicos sobre sus causas, simplemente se atribuido su aparición a cambios y deterioro que acompañaría esta etapa de vida, junto a otras circunstancias que actuarían como precipitantes. (Stein & Hollander, 2010). Gabay con respecto a la ansiedad en cambio explica que esta generalmente daría inicio al comienzo de la vida adulta y no antes. Y que más bien en la vejez esta solo llegaría hacerse crónica con recaídas en diversos grados. (Gabay & Bruno, n.d).

Dan Stein & Eric Hollander en su libro "Tratado de los trastornos de Ansiedad" menciona que las tasas de prevalencia de estos trastornos en los adultos mayores se han documentado sobradamente, pero que la epidemiología de esta casi nunca se abordado ampliamente, seguramente a que muchos autores han coincidido al decir, que la ansiedad es muy rara adquirirla en esta etapa de vida. (Stein & Hollander, 2010, pág. 513).

Según (Small, 1997; Turnbull, 1989) indican que los ansianos son muy resistentes al sufrimiento emocional, pero que tienden a disfrazar este problema en síntomas físicos, interpretados como problemas de enfermedad somática u otros trastornos psiquiátricos como: depresión, demencia o algún otro tipo de enfermedad. (Smyer y Qualls, 1999), exponen que la ansiedad no es muy frecuente entre los adultos mayores, pero esto no significa que no sea causa de preocupación ya que dentro de cualquier edad la ansiedad es una de las enfermedades mentales más comunes y que también está a menudo se encuentra asociado a la depresión. (Hamilton, 2002).

Como guía diagnóstica según varios autores, recomiendan la utilización del DSM-IV o del ICD-10, a más de baterías psicológicas, con el fin de conocer la cuantificación del cuadro sintomático, sin olvidar el diagnóstico diferencial y de esta manera descartar otras causas probables como: ingesta de medicamentos, muerte de seres queridos, dolencias corporales, cambios del medio ambiente, cambios de residencia, e incluso cambios de habitación o de cama, sobre todo de aquellos que viven en geriátricos. (Gabay & Bruno, n.d, pág. 3).

1.9 Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Según la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), se enuncia las siguientes categorías formales de los trastornos de ansiedad. Tomada de (Stein & Hollander, 2010, pág. 15).

- Trastorno de angustia, o trastorno de pánico, con o sin agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia social y fobia específica
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno obsesivo- compulsivo

- Trastorno por estrés pos traumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducida por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificada.

“Cabe mencionar que está planteada una inclusión más en el (DSM –IV) del trastorno mixto ansioso- depresivo, que actualmente se encuentra en el apéndice de los trastornos que merecen un estudio adicional, para su posible adición al DSM- V” (Zinbarg y cols., 1994). (Stein & Hollander, 2010, pág. 15). A su vez en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association dentro de los trastornos de ansiedad, también se incluiría el trastorno de ansiedad por separación, incluyendo este criterio diagnóstico tanto para niños como en personas adultas.

Trastornos Fóbicos:

Temor irracional a un elemento o cualquier acontecimiento específico como por ejemplo: temor a espacios cerrados, las arañas, etc. Según Eaton, Cols y Lindesay, este trastorno se ha reconocido como uno de los más comunes en el adulto mayor, especialmente entre las mujeres mayores de 65 años y el segundo más común, en varones después de los trastornos cognoscitivos. (Eaton y cols; 1989; Lindesay, 1991), señalan que la agorafobia suele ser la fobia más común entre los ansianos, especialmente en el comienzo senil.” (Stein & Hollander, 2010, págs. 515- 516).

Ansiedad generalizada:

Este tipo de ansiedad estaría relacionado por una preocupación excesiva y constante, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que una persona comúnmente despeña y con una prolongación mayor a los 6 meses. (DSM-IV-TR, 2002). Con respecto a este trastorno en la tercera edad, se ha considerado como una de las más comunes. Autores como (Larkin y cols; 1992; Parmele y cols; 1993) concederán que hasta en un 70 % de los casos suelen estar vinculados a síntomas depresivos. (Stein & Hollander, 2010).

Trastorno obsesivo compulsivo:

Trastorno que suele ser raro de comienzo en la tercera edad, debido a que generalmente su inicio suele ser antes y que simplemente estos rasgos en la vejez se volverían más notorios. Dentro de la población geriátrica, no parece existir diferencias de género en este trastorno, pero en caso de iniciar en esta etapa de vida, probablemente afecte mayormente al sexo femenino. (Stein & Hollander, 2010).

Trastorno de angustia:

Caracterizada por crisis repetidas de temor abrumador, con disnea, sentimientos de pérdida de control. El mayor número de pacientes con este problema generalmente suelen ser mujeres. Este trastorno también con frecuencia suele estar asociado a una serie de problemas médicos como: cardiovasculares, gastrointestinales y pulmonares, a más de ciertos problemas depresivos. (Stein & Hollander, 2010) Cita a (Hassan y Pollard, 1994; Raj y cols., 1993).

Trastorno de estrés postraumático:

No existe estudios referentes a este nivel, ni de sus tasas de prevalencia. Los pocos estudios conocidos se han basado en personas sobrevivientes al holocausto. (Kuch y Cox, 1992) y veteranos de guerra (Speed y Cols., 1989), así como de otros grupos de adultos mayores que habrían sobrevivido a un terremoto en donde se encontró una incidencia de este trastorno. Hallazgos obtenidos al respecto indican que un porcentaje mínimo de ancianos tendrían el riesgo de manifestar este problema a partir de un trauma en esta edad. (Stein & Hollander, 2010).

Trastorno de ansiedad por separación:

“Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada, concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego”. En este trastorno existiría la preocupación persistente de presentar algún acontecimiento adverso como: perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse a causa de una separación de una figura de gran apego. “El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente durante al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos. Esta alteración causaría un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento”. (American Psychiatric Association, 2014, pág. 182).

1.10 Ansiedad y depresión

Estudios han encontrado que un 75% de los pacientes diagnosticados con depresión, suelen también referir preocupaciones con ansiedad o temores. Por otro lado también se encontraría que la ansiedad sería generadora de llevar a los pacientes a presentar algún problema de tipo depresivo. Realizar un diagnóstico diferencial de estas dos patologías suele ser muy confuso,

razón por lo que se recomienda una evaluación exhaustiva con varias entrevistas y material clínico de apoyo. (Maya, 2010).

(Toro & Roldan; 2004) menciona que "la depresión puede presentarse en cualquier etapa de la vida; pero hablar de depresión en ancianos, nos referimos a los cuadros depresivos que se manifiestan por primera vez después de los 60 años, que en su mayoría corresponden a trastornos unipolares". Hablar de depresión en el adulto de este modo viene siendo un tema muy controversial, por los múltiples factores que podrían estar originando este trastorno, razón por lo que algunos autores han preferido hablar más de calidad de vida. (Toro & Roldan, 2004, pág. 385).

Toro & Roldan (2004), en cuanto a la sintomatología en depresión geriátrica, manifiesta que esta suele presentarse con una amplia gama de manifestaciones pero clínicamente diferentes a lo que suele sucede en personas más jóvenes, por ejemplo: problemas de memoria, ansiedad, problemas somáticos, hecho al que nos llevaría a pensar como describe (Kielhoiz) "la presencia de una depresión enmascarada, presentándose con mayor frecuencia en pacientes ambulatorios". Cabe mencionar que Tanto en la depresión como en la ansiedad suelen también estar involucrados de manera similar neurotransmisores, como es el caso de la serotonina. Razón por lo que una gran variedad de medicamentos son utilizados muchas veces en similares circunstancias de ansiedad o depresión. (Toro & Roldan, 2004, págs. 385-386).

En conclusión, es de importancia considerar al momento de un diagnóstico en adultos mayores, no solo estimar síntomas temporales de tristeza o ansiedad. Si no valorar la existencia de un verdadero trastorno afectivo, tomando en cuenta su: intensidad, frecuencia, duración y grado de sufrimiento que este representa ante la persona.

1.11 Modelo cognitivo- conductual de la ansiedad.

La terapia cognitiva conductual ha sido considerada como una de las alternativas preferidas al momento de tratar trastornos de ansiedad, debido a sus principios teóricos y técnicas de sus dos tipos. Desde esta perspectiva el tratamiento de la ansiedad partiría en la modificación de patrones de conductas desadaptativos a través del principio del aprendizaje expresados generalmente en una presentación o exposición de lo temido, sea esta de manera imaginaria o en vivo. (Maya, 2010). Entre las estrategias antagónicas a utilizar por esta escuela se podría mencionar: la respiración consiente y profunda, técnicas de relajación y desensibilización sistemática, imaginería etc., así como de otras técnicas a través del modelamiento y la autovigilancia de la conducta, mediante la utilización de registros de monitoreo. (Maya, 2010, pág. 96) & (Alonso & Swiller, 1995).

(Alonso & Swiller, 1995), Indicaría que el condicionamiento operante consideraría a la conducta en función de sus consecuencias, mencionando que: "el organismo actúa y el ambiente responde de una manera que influye la conducta futura". Esto dentro del condicionamiento, vendría a ser considerado como reforzante, el cual podría ser positivo o negativo, según la dirección deseada. Además se supondría que en la mayoría de los trastornos de ansiedad, inclusive el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo- compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, son receptivos a la intervención grupal, como a técnicas de relajación muscular progresiva, meditación y autohipnosis. (Alonso & Swiller, 1995, págs. 445-449).

Desde el modelo cognitivo esta terapia estaría dirigida a confrontar con el paciente sus distorsiones cognitivas, a través del dialogo socrático, con el fin de ayudarlo a reinterpretar de una manera menos subjetiva sus creencias irracionales que estarían afectando su conducta como sus emociones. (Maya, 2010). (Beck y cols; 1895; Wells, 1997).

Desde esta misma perspectiva Stein y Hollander establece supuestos básicos para el entendimiento de este trastorno. Tomado del libro (Stein & Hollander, 2010, págs. 87- 88).

1. La ansiedad patológica vendría a ser la respuesta a una percepción errónea de peligro, dado por un defecto de adaptación.
2. Existiría una interrelación entre los sistemas: cognitivos, fisiológicos, motivacionales, afectivos y conductuales, los cuales contribuirían a la aparición de episodios de ansiedad.
3. Las personas con ansiedad suelen emitir falsas alarmas de activación emocional, como: tensión y malestar subjetivo, manteniendo al organismo en una total alerta.
4. Pensamientos y sentimientos involuntarios repetitivos, contribuirían a la aparición de ansiedad.
5. "Los pensamientos automáticos provienen de estructuras cognitivas profundas denominadas esquemas, generadores de las creencias o supuestos básicos de una persona."
6. "Los pensamientos automáticos y los esquemas pueden ser exclusivos entre personas con ansiedad, con representaciones de amenazas y peligro, contrariamente a los temas de pérdida que suelen ser característicos de individuos deprimidos".
7. Los síntomas de ansiedad se pueden llegar a entender de manera más global esclareciendo pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas, y los supuestos de cada persona.

8. Las personas ansiosas tienden a activar y centrarse en esquemas de peligro o amenaza, descartando estímulos incompatibles con este.
9. Las personas con exceso de ansiedad suelen procesar erróneamente su información mediante pensamientos: catastróficos, abstracción selectiva, pensamientos dicotómicos, etc.
10. Las personas ansiosas pueden presentar una hipersensibilidad neurológica del sistema límbico.
11. La hipersensibilidad neurológica en el sistema límbico, podría estar causada por una excitación repetida de tipo: ambiental, cognitivo-afectivos y características de la personalidad.

Maya (2010), señalaría que Aaron Beck aborda la ansiedad y la depresión desde la triada cognitiva, explicando que tanto pacientes ansiosos como depresivos suelen presentar patrones cognitivos imprecisos acerca de sí mismos, de su futuro y de su experiencia, con ciertas diferencias individuales. (Maya, 2010). Desde el modelo cognitivo de la ansiedad (Beck y cols; 1985) mencionan cinco factores predisponentes y precipitantes de la ansiedad. Cuadro elaborado a partir del libro "Tratados de los Trastornos de Ansiedad" (Stein & Hollander, 2010, págs. 88-89-90).

1.11.1 Factores predisponentes:

Herencia genética	Trastornos de angustia, fobia y obsesivos- compulsivo, suelen darse con mayor frecuencia entre parientes de primer grado. Desde la teoría cognitiva los pacientes generarían este trastorno con mayor facilidad, siempre y cuando se den las condiciones oportunas dentro de factores: psicológicos, sociales y ambientales. (Barlow y Cerney, 1988).
Enfermedades somáticas	La presencia de problemas somáticos no descarta la presencia de problemas de ansiedad y ocasionalmente ambos trastornos requieren de tratamiento.
Traumas psicológicos	(Beck y cols; 1985) explican que traumas mentales que se presenten en el desarrollo, podrían aumentar una predisposición a tener ansiedad, especialmente si estas son parecidas al del trauma inicial. Así el trauma conjuntamente con la memoria, asociaría circunstancias parecidas de amenaza generando ansiedad.
Ausencia de mecanismos de defensa.	Pacientes ansiosos podrían sufrir debido a carencias de afrontamiento, o por una mala utilización de estrategias, como son las respuestas evitativas que solo suelen reforzar la ansiedad, no permitiéndole afrontarlas. "Por lo contrario si los recursos superan el riesgo, no surge la ansiedad". (Beck y cols; 1985).
Creencias, Procesamiento cognitivo distorsionados	Centrados solo en factores cognitivos, representados por esquemas mentales que impulsarían activar: pensamientos, conductas y emociones, encaminados a reforzar aún más estos esquemas.

Tabla 3. Factores predisponentes de la ansiedad desde el modelo cognitivo

1.11.2 Factores precipitantes

(Beck y cols; 1985) propone varios factores posibles que precipitarían la ansiedad.

<p>Problemas somáticos o sustancias tóxicas</p>	<p>Un problema de tipo somático podría precipitar la ansiedad, mediante síntomas varios que la persona podría considerar como algo grave, cuando en realidad, solo se trate de un proceso benigno.</p> <p>Substancias psicotrópicas puede ejercer el mismo efecto somático. (Everly 1989) "la cafeína como las anfetaminas podría precipitar una respuesta de estrés eludiendo el mecanismo de percepción cognitiva". A su vez tendrían similares efectos los medicamentos como los anticongestivos, broncodilatadores, con el aumento de la frecuencia cardiaca y aturdimiento. (Stein & Hollander, 2010).</p>
<p>Factores estresantes externos</p>	<p>Factores externos muy estresantes podría llevar a la persona a presentar ansiedad como: pérdida de un ser querido o de trabajo. (Las y cols; 1984)</p>
<p>Estrés de larga duración</p>	<p>Factores estresantes crónicos, podría llevar al paciente al agotamiento de recursos de afrontamiento produciéndole ansiedad.</p>
<p>Factores estresantes que afectan a la vulnerabilidad y el umbral de exigencias</p>	<p>Circunstancias carenciales podrían generar una disminución de la capacidad individual para afrontar con éxito las dificultades que se le presente y lo que antes le resultaría fácil de tolerar, ahora se podrían haber vuelto insuperables. En terapia cognitiva se recomienda evaluar los diversos factores de vulnerabilidad como: dolor crónico, problemas familiares, abuso de sustancias, conductas suicidas, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, personalidad, alimentación, maltrato físico y psicológico abuso sexual, etc. (Stein & Hollander, 2010).</p>
<p>Otros factores precipitantes</p>	<p>Las personas al envejecer disminuirían su actividad, y por razones similares de fatiga les llevaría a reducir estrategias para resolver problemas. Añadiendo a esto otros acontecimientos externos como fallecimientos, vivir sola, sintiendo que quizá ya no importa a nadie.</p>

Tabla 4. Factores precipitantes desde el modelo cognitivo

Albert Ellis diferenciaría dos formas de ansiedad:

a. Ansiedad del ego: Relacionada con sentimientos de culpa, vergüenza, perfeccionismo abrumador, miedo al fracaso, yendo mucho más allá de una preocupación normal, por lo que estaría relacionada con la depresión.

b. Ansiedad situacional: Considerada como más común y menos grave, como suele ser ciertos miedos a las alturas, espacios cerrados, arañas, etc., También esta etaria asociado más a la baja tolerancia y a la incomodidad, considerándose de dos tipos: primaria y secundaria. (I, E, & Ellis, 2002).

1.12 Modelo gestáltico de la ansiedad.

A manera de entender esta teoría en el tratamiento psicoterapéutico de la ansiedad, se considera de importancia mencionar antes las bases filosóficas y los fundamentos que lo sustentan. (Maya, 2010, págs. 90-95).

-Filosofía Oriental enfocada en:

- **“Aquí Y Ahora”:** buscando trabajar los problemas en un momento presente. Es decir traer ciertos momentos pasados al presente y trabajarlos.
- **“Lo “Obvio”:** Haciéndoles aterrizar a los pacientes en su realidad y no vivir en sus fantasías, suposiciones e interpretaciones.
- **“Ir y venir”:** Que una determinada acción puede ser adecuada en una situación y no en otra y que nada es permanente.

-Filosofía existencialista: influenciada por varios autores como: Sartre, Buber, Nietzsche, etc. enfocados en: "Yo- Tu". "Ser" y "Tener" y especialmente en la "Libertad y Responsabilidad" en todo momento, de elegir como reaccionar, sentirse, expresar y acción tomar. Al mismo tiempo haciendo responsable de las consecuencias de sus acciones. (Maya, 2010, pág. 91).

-Psicología Humanista:

Aportaciones como las de Carl Rogers, Jacob Levy Moreno, Carl Gustav Jung, Wilhelm Reich y Alexander Lowen aportarían directa o indirectamente a la creación y utilización de estrategias terapéuticas. También existirían fundamentos neurofisiológicos, sistémicos y comunicacionales que aportarían con sus investigaciones en esta escuela. (Maya, 2010).

-Fundamentos neurofisiológicos: debido a buscar entender como procesa la información el paciente en sus hemisferios cerebrales, determinando la razón de sus conductas.

-Teoría de lo sistémico: enfocados de que "los seres humanos somos seres interactuantes, interinfluyentes e interdependientes con respecto a nosotros mismos y a los demás".

-Fundamentos comunicacionales: Basadas en un tipo de comunicación analógica, en donde se considera que es imposible no comunicar, para lo cual el lenguaje no verbal del paciente será de gran ayuda para conocer la manera de cómo se siente en ese momento. . (Maya, 2010, pág. 93).

CONCLUSIONES

A manera de conclusión, el ser humano está sujeto a una serie de cambios dentro de cada una de las etapas del ciclo vital. Aportaciones como las de Erikson, explicarían este desarrollo a través de ocho crisis a ir resolviendo desde la infancia hasta la vejez. Havighurst luego ampliaría esta teoría al plantearse tareas evolutivas a cumplirse dentro de este proceso, las cuales generarían condiciones de dominio o fracaso con un sentimiento, el cual influiría en la madurez o inmadurez que pueda alcanzar la persona al envejecer. Robert Peck en cambio centraría sus estudios en el desarrollo psicológico de la vejez. Explicando que si bien en esta etapa existen una serie de pérdidas, también habría un factor compensatorio como la experiencia o sabiduría que lo llevaría adaptarse y trascender frente a todas estas deficiencias.

Con respecto a la ansiedad en la tercera edad, no existen datos muy específicos sobre sus causas, simplemente se atribuido su aparición a los distintos cambios y pérdidas que acompañaría esta etapa, junto a otras circunstancias que actuarían como factores precipitantes. De tal forma el diagnóstico de síntomas de ansiedad en personas mayores, en ocasiones suele llegar a ser confuso a comparación de otras personas más jóvenes, debido a que los problemas emocionales suelen estar interrelacionados con otros factores o problemas de orden físico o de deterioro cognitivo. La utilización conjunta de test psicológicos y técnicas como la observación y la entrevista, serán herramientas de evaluación eficaces al momento de realizar un diagnóstico diferencial en estas personas.

Capítulo II: Psicoterapia grupal en el adulto mayor

INTRODUCCIÓN

Antes de dar paso a este capítulo de terapia de grupo, se considera necesario mencionar que la psicoterapia es el tratamiento que se basa principalmente en métodos psicológicos para producir cambios de conducta. De las cuales existirían algunas formas de psicoterapias y entre estas la terapia de grupo. (Balarezo, Lucio, 2007).

Este capítulo tendrá como objetivo explicar la influencia y el alcance de la psicoterapia de grupo en el adulto mayor. Pero antes se ha considerado conveniente dar a conocer una reseña historia de esta, entre otros aspectos de importancia al momento de aplicar terapia grupal.

2.1 Reseña histórica de la psicoterapia de grupo:

La terapia de grupo ha sido influenciada por algunas aportaciones filosóficas y personajes en la historia. Desde un documento electrónico de la web, de la psicoterapia de grupo de Grillo, se explica brevemente la evolución de esta.

-Joseph Patt (1905): primero en proponer un tratamiento psicoeducacional en pacientes tuberculosos, buscando a través del conocimiento y discusión la curación de los mismos. El mérito de Pratt habría sido "haber utilizado en forma sistémica y deliberada las emociones colectivas en la consecución de una finalidad terapéutica". Hoy en día algunas técnicas de Patt aún son utilizadas en grupos como de alcohólicos anónimos; donde la persona enferma acoge las cualidades y los patrones de conducta del miembro sano que ha logrado abstinencia. (Grillo, 2012, págs. 18-19).

-Edward Lazell (1921): adoptando el método de discusión grupal de Patt, pero aplicada en esquizofrénicos. Esta habría tenido una orientación psicoanalítica, a más de brindar lecturas de apoyo. Su técnica habría sido de carácter didáctico como fraternal, pero menos impositiva como las anteriores. (Grillo, 2012, pág. 19).

-Burrow: Médico Psiquiatra quien introdujo el psicoanálisis en la terapia de grupo con pacientes familiares y profesionales, llegando a ser así uno de los fundadores en 1927 de la Asociación Psicoanalítica Americana. (Grillo, 2012).

-Slavson (1942): investigaría la influencia del grupo en niños, adolescentes y adultos, enfatizando la importancia de la comprensión de las emociones en las relaciones de cada miembro, con el terapeuta y con el grupo. Priorizo el insight como sostén para el cambio terapéutico e hizo uso del contexto de

grupo, considerando la influencia terapéutica proveniente del líder. (Grillo, 2012, pág. 20).

-Wolf (1949): Aplicando en el grupo principios del psicoanálisis como la asociación libre, análisis de los sueños y la transferencia. "Este autor consideraba que la psicopatología se localizaba a nivel intrapsíquico, en función del material reprimido y conflictivo, cuyos aspectos específicos a la conciencia durante el tratamiento". (Alonso & Swiller, 1995, pág. 13)

-Levy Moreno (1919), describiendo el uso de técnicas de grupo, a través del método de la dramatización, para conseguir una elevada conciencia de conflictos reales y sus posibles resoluciones. Entre los mecanismos de curación de Moreno se mencionan: "la catarsis de integración" y el "insight dramático". La primera consistiría en "trasladar al individuo y su mente fuera de sí y objetivarlos dentro de un universo tangible y controlable para, en una segunda fase, volver a subjetivar, reorganizar y reintegrar lo que ha sido objetivado. Y el insight dramático como la posibilidad de adquirir una visión nueva diferente de sí mismo a partir de la producción realizada a través de la acción". Para este autor, tanto la acción y la creatividad son elementos fundamentales del psicodrama y de la psicoterapia de grupo. (Grillo, 2012, pág. 21).

-Wilfried Bion (1943): para este personaje el grupo sería un todo y estaría influenciado por las demás. Estas interacciones serían necesarias como soporte de las emociones internas en la organización grupal. Wilfried abordaría términos como: mentalidad grupal y cultura de grupo. Delimitando tres supuestos básicos: dependencia, emparejamiento y ataque-fuga, a los que correspondería un determinado tipo de líder. (Grillo, 2012).

-Foulkes, Lewin y Perls: Estarían influenciados por la Gestalt, donde el fondo y la forma llegarían a ser un todo, ellos harían referencia a que los actos de un individuo deben explicarse a partir de las fuerzas sociales a los que se hallen expuestos. El concepto central del grupo haría referencia a un nivel más de escucha de comprensión e interpretación en un aquí y ahora, como en lo vivencial, teniendo en cuenta "solo la transferencia del grupo y no las transferencias individuales".

-Carl Rogers (1970): Presentaría luego un enfoque de la psicoterapia de grupo centrada en el cliente. (Grillo, 2012, pág. 22).

Finalmente este autor abordaría a cerca las tecnologías modernas. Haciendo referencia que el internet hoy en día permitiría enlazar a millones de personas en nuevos espacios de comunicación y agrupación, pero que a la vez estaría cambiando notablemente la forma en la que la que pensamos, la naturaleza de nuestra sexualidad, la forma de ser de nuestras comunidades e incluso nuestra verdadera identidad (Grillo, 2012).

2.2 Concepto de Grupo.

"Dos o más individuos ligados por una conciencia común entre quienes existen acciones e interacciones encaminadas a la satisfacción de un objetivo". Para este autor los grupos se clasificarían de acuerdo: al tamaño, variables establecidas, categorías, metas, organización, propósito u objetivos. (Balarezo, Lucio, 2007, pág. 279).

Carabelli en su libro: "entrenamiento en Gestal", hace una clasificación básica de tres tipos de grupo: operativo, de desarrollo personal y grupo de terapia. (Carabelli, 2012, pág. 255).

- **Grupo operativo:** "Aquellos que tendrían un objetivo o tarea determinada, sin mayores ambiciones de transformación personal". Ejemplo: Grupos de profesionales empresarios, donde su propósito sería un solo objetivo en concreto "cumplir la meta planteada".
- **Grupo de desarrollo personal:** Generando un compromiso mayor, a través de buscar el autodescubrimiento, mediante un desarrollo emocional y psicológico. El coordinador no sería un líder imponente, sino un guía facilitador de ayuda entre sus miembros. Este tipo de grupo generalmente trabaja con técnicas supresivas y expresivas, encaminada al conocimiento de sus emociones y logre descubrirse generando su máximo potencial.
- **Grupo de terapia:** Presentando una mayor fuerza de cohesión entre sus miembros y enfocándose en buscar la resolución de algún tipo de conflicto interpersonal. Este tipo de terapia generalmente estaría bajo la tutela de un profesional en el área, con una serie de técnicas terapéuticas, con el propósito de lograr generar una transformación individual como grupal; razón por la que el secreto es una regla muy importante dentro de este tipo de grupos. (Carabelli, 2012).

2.3 Alcance de la psicoterapia de grupo.

La terapia de grupo aborda una gran cantidad de prácticas que van desde los grupos interactivos de pacientes externos a largo plazo, hasta los grupos a los que acuden por crisis agudas; pero aquello se derivaría de tres características flexibles: los escenarios, los objetivos y los marcos temporales, que a continuación se expone cada uno de ellos. Tomado de (Vinogradov & D.Yalom, 1996, págs. 17-18-19).

Los escenarios:

Yalom expresa que estos variarían ampliamente, afectando a la estructura y rendimiento del grupo. A su vez haría referencia que existirían generalmente dos escenarios clínicos muy diferentes, pero con excepciones entre estos, debido a que algunos grupos internos formarían grupos homogéneos basados en el nivel de rendimiento. De la misma manera los grupos de pacientes externos suelen abarcar una mayor variación, que van desde el grupo mensual, donde se reúnen pacientes crónicamente enfermos, hasta grupos interactivos que se juntan dos veces por semana en una consulta privada para tratar otros problemas médicos.

Pacientes internos:

- Tienen lugar en una unidad psiquiátrica
- Se reúnen diariamente
- Se componen de individuos que padecen diversos problemas psiquiátricos graves
- Son obligatorios
- Los miembros del grupo cambian constantemente debido a la corta duración del periodo de hospitalización.

Pacientes externos:

- Son grupos voluntarios de composición estable
- Se reúnen una vez por semana
- Se componen de individuos que muestran niveles de rendimiento similar y estable.

2.4 Objetivos de terapia de grupo.

Sophia Vinogradov & D. Yalom,(1996), Indican que los objetivos en la terapia de grupo suelen ser diversos, pero que suelen encontrarse entre dos extremos como: Aquellas terapias interactivas, donde suelen existir metas como el de buscar alivio de síntomas, cambiar el carácter y entre otras que se limitarían a la recuperación de la función. Sin embargo es de aclarar que lo primordial en cualquier terapia vendría a ser el mantenimiento del rendimiento psicosocial apropiado de los grupos. (Vinogradov & D.Yalom, 1996).

2.5 Marcos temporal.

Explicando la duración de la vida de los grupos, expresada en la duración número de sesiones y asistencia al mismo. Con respecto a este factor, los grupos internos generalmente suelen presentar invariabilidad en el programa del tratamiento manteniéndose muchos de ellos por tiempo indefinido. En cambio los grupos de pacientes externos suelen constituir un grupo más variable, asistiendo a las sesiones solo cuando hay necesidades. (Vinogradov & D.Yalom, 1996, pág. 18).

2.6 Grupos abiertos y cerrados

La decisión de trabajar con un grupo abierto o cerrado, dependerá fundamentalmente de los objetivos, el escenario clínico y de la duración identificada del grupo. (Vinogradov & D.Yalom, 1996).

- **Características de los grupos abiertos:**

- Tienen a ser más flexibles en cuestión de la integración de miembros y de la estructura y un conjunto más amplio de metas terapéuticas.
- Suelen reunirse indefinidamente a pesar del abandono de algunos de sus miembros, que ya creen a ver alcanzado metas terapéuticas.
- Suelen integrarse nuevos miembros al grupo terapéutico.

- **Características de los Grupos cerrados:**

- Con un número determinado de sesiones
- Se inicia con un número determinado de participantes cerrando sus puertas a partir de la primera sesión sin aceptar luego de esta a nuevos miembros.

2.7 Factores a determinar al formar grupos psicoterapéuticos.

<p>Evaluar las limitaciones clínicas.</p>	<p>Intrínsecas: Situaciones que quizá no se podrían cambiar. Extrínsecas: Aquello más accesible a un cambio, al elaborar una estructura grupal óptima. Sin olvidar limitaciones intrínsecas.</p>
<p>Establecer la estructura básica del grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Población de pacientes • Apoyo del personal • Limitaciones temporales generales • Duración del tratamiento • Meta general del tratamiento
<p>Formular objetivos específicos para el grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apropriados a la situación clínica • Realizables dentro de limitaciones temporales. • Adaptados a la capacidad de los miembros del grupo.
<p>Determina escenario, como el tamaño exacto del grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A criterio del psicoterapeuta.
<p>Establecer el marco temporal exacto del grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de las sesiones, número y duración de reuniones. • Utilización de un grupo abierto o cerrado.
<p>Decidir sobre trabajar con un coterapeuta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A consideración del terapeuta
<p>Cambiar la terapia de grupo con otros tratamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A consideración del terapeuta

Tabla 5. Factores a determinar a formar grupos psicoterapéuticos.

Tomado de (Vinogradov & D.Yalom, 1996, pág. 44).

2.8 ¿Cómo funciona la terapia de grupo?

Ante este aspecto se ha considerado once mecanismos terapéuticos que participan en la terapia de grupo. A continuación se representa un cuadro elaborado a partir de las aportaciones de Sophia Vinogradov e Irvin D. Yalom.

1. Infundir esperanza	Basando su mejoría en la fe y en el observar como aquellos en similar circunstancia han podido superar su problema.
2. Universalidad	Experimentando alivio al darse cuenta que no se encuentran solos en su problema y que existen otras personas en similares situaciones o peores circunstancias.
3. Trasmitir información	Instrucción didáctica encaminada a desarrollar mecanismos de afrontamiento y poner en práctica técnicas de reducción de estrés o de relajación.
4. Altruismo	Potenciar la autoestima del paciente haciéndole sentirse útil y que pueda compartir su experiencia a otros en similares circunstancias. Este permitiría a que pueda dirigir su energía mental a otras situaciones menos obsesivas restando su sufrimiento
5. Desarrollar técnicas de socialización	Desarrollar habilidades sociales que les permita hacer más funcionales sus comportamientos tanto en lo social como en lo adaptativo.
6. Comportamiento imitativo	El paciente tendría la posibilidad de observar e imitar aspectos que ha podido ayudar a mejorar a otras personas.

7. Catarsis	Factor terapéutico dirigido en expresar emociones lo que suele ser un alivio poco duradero, pero de gran ayuda al momento de compartir su mundo interior. "El paciente debe proceder a integrar el suceso catártico a través de la comprensión de su significado, primero en el contexto del grupo y segundo en el contexto de su vida exterior". (Vinogradov & D.Yalom, 1996).
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario	La terapia de grupo suele permitir al paciente tener la posibilidad de volver a recapitular su primer núcleo familiar de una manera más funcional. Debido a que gran número de pacientes tienen una historia de experiencia insatisfactoria en el seno de su más importante grupo como es la familia.
9. Factores existenciales	El enfoque existencial en el grupo siempre será de gran importancia al tratar problemas propios del ser humano como: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido.
10. Cohesión del grupo	Bienestar que cada participante ejercería sobre el grupo y sobre cada uno de sus miembros. Investigaciones han encontrado que los grupos con mayor cohesión suelen tener mejor resultados terapéuticos.
11. Aprendizaje interpersonal	Las interrelaciones interpersonales pueden utilizarse en la terapia tanto para comprender, como para tratar los trastornos psicopatológicos.

Tabla 6. Mecanismos terapéuticos de la terapia de grupo (Vinogradov & D.Yalom, 1996, págs. 25-33).

2.9 Las relaciones interpersonales y los síntomas presentes.

Los pacientes y especialmente el adulto mayor no suelen ser conscientes de la influencia que suele tener las relaciones interpersonales en su estado de ansiedad o depresión, razón por la que se ha recomendado que primero el terapeuta se identifique con el paciente determinando los problemas interpersonales que pueda estar atravesando como por ejemplo: dependencia, servilismo, incapacidad de expresar ira o hipersensibilidad al rechazo. Una vez detectado estos factores, el tratante podría abordar cuestiones más concretas dentro de la terapia, haciéndolas susceptibles al análisis y al cambio. De esta manera el trabajo psicoterapéutico consistiría en forma de "secuencia alterna de experimentación y expresión de afecto y en segundo lugar, de comprensión de dicho afecto". (Vinogradov & D.Yalom, 1996, pág. 33).

2.10 Experiencias emocionales correctivas.

Franz Alexander (1946) menciona: "el paciente debe sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada a la reparación de la influencia traumática de experiencias previas". Estos principios Vinogradov y Yalom, mencionan que serían básicos y necesarios tanto en la terapia individual como grupal. (Vinogradov & D.Yalom, 1996, pág. 34).

Sophia Vinogradov e Irvin D. Yalom, indican ciertas interacciones necesarias para que estas se traduzcan en experiencias emocionales correctivas:

1. los miembros deben considerar que el grupo es lo suficientemente seguro como para poder expresar sus problemas y que a su vez son capaces de expresarles su apoyo.

2. Debe existir una buena retroalimentación y la franqueza suficiente como para enfrentarse con seguridad a la realidad.

Con respecto a la duración del tiempo en la terapia se menciona que esta podría ser entre 60 a 120 minutos. Donde 20 a 30 minutos sirvan para el proceso de caldeoamiento y 60 minutos para el trabajo terapéutico en sí. Pero en grupos formados por pacientes de bajo rendimiento y de menos capacidad de atención, es recomendado estas sean más cortas, entre 45 y 60 minutos. De la misma manera no se ha llegado a establecer un número de frecuencia de reuniones, pues esta variará y dependerá de las limitaciones clínicas y de los objetivos que se fije el terapeuta. (Vinogradov & D.Yalom, 1996).

Sobre la frecuencia de sesiones en personas mayores, Agüera daría su criterio al decir que no existe un número exacto establecido, pero recomendaría que estas sean de corta duraciones como de seis sesiones hasta máximo de un año y con una frecuencia de dos veces a la semana. Además hace hincapié que las ultimas terapias sean más progresivas para asegurar una posible continuidad del tratamiento en el futuro. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

La aplicación de terapia grupal en pacientes deprimidos o ansiosos, suele exigir un alto nivel de desempeño por parte del terapeuta, debido a la atención de detalles que pueden ser cruciales en terapia. Por ello autores como Beck, Rush, entre otros, han recomendado que exista un terapeuta adicional cuando el grupo sobrepasa de seis personas. "Aunque poco se sabe sobre factores relacionados con este tema que facilite o dificulte el avance de la terapia cognitiva de grupo". (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, págs. 36- 37).

Balarezo al referirse al tamaño de grupos, menciona que suele obtenerse mejores resultados en grupos de cinco y hasta de ocho participantes, porque los grupos más numerosos "suelen debilitar las relaciones colaterales y el terapeuta se inclina a una mayor directividad". Sin embargo un grupo podría ampliarse a 10 y 12 integrantes y en ciertas modalidades extenderse a un número de 40 o 50 pacientes. (Balarezo, Lucio, 2007, pág. 286).

Carabelli, 2012 con respecto a la terapia de grupo hace referencia a que tipo de pacientes, son y no son aconsejables incluirles dentro de un proceso grupal. (Carabelli, 2012, pág. 263).

2.11 Pacientes aconsejables y no aconsejables para formar parte de una terapia de grupo:

Aconsejables:

- Pacientes predispuestos a trabajar en este tipo de terapia
- Personas que viven encerradas en sí mismo.
- Personas con sentimientos de soledad, sin experimentar experiencias interpersonales
- Pacientes con rigidez cognitiva.
- Pacientes con cierta sensibilidad emocional, pero con dificultad de establecer contactos con otros.
- Personas con un yo integrado y predispuestos a trabajar sobre diferentes aspectos de su vida por su forma de pensar inflexible.

No aconsejables:

- Personalidades psicopáticas.
- Pacientes manipuladores porque podrían sabotear la terapia.
- Pacientes psicóticos en general(salvo que sea un grupo focalizado)
- Pacientes con trastornos de personalidad borderline.
- Personalidades con rasgos muy marcados (narcisistas y esquizoides) o atemorizados. Recomendándose en estos casos primero trabajar individualmente y luego integrarlos.
- Pacientes en general con poca integración y movilización yoica.

2.12 Psicoterapia grupal en la tercera edad.

Hasta la actualidad existen pocos estudios controlados en el adulto mayor. Habría la creencia que las técnicas psicoterapéuticas en esta etapa de vida son menos eficaces; Incluso Sigmund Freud, llegaría a exponer ciertas razones como: poca flexibilidad cognitiva, vago interés y credibilidad a la terapia, por lo que los beneficios a conseguir serían muy escasos. (Schaie & Willis, 2003).

Con respecto a los objetivos psicoterapéuticos en personas mayores, Schaie y Willis recomiendan que estos debieran ser flexibles y no pretender conseguir cambios profundos en la personalidad, es decir el objetivo estaría más bien dirigido ayudarles a generar mayor autoconfianza, como independencia, funcionamiento social y familiar. (Schaie & Willis, 2003, pág. 487).

Entre otras aportaciones, Aguera explica que la psicoterapia en la tercera edad no variaría considerablemente a la de los adultos jóvenes, pero que es de importancia tener en cuenta factores como: motivación al proceso psicoterapéutico, deterioro cognitivo, personalidad, así como el plan de

tratamiento y cuidados en general. A la vez los objetivos terapéuticos en estas personas deben ser intermedios pero no por eso menos importantes. Hay que recalcar que lo que se esperaría conseguir en estas personas es mejorar su calidad de vida. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

Schaie & Willis harían también referencia al problema de la tercera edad. Indicando que por lo regular los problemas de estas personas suelen ser más de naturaleza biopsicosocial, razón por lo que la terapia de grupo llegaría a ser la forma más eficaz al momento de buscar cambios en su autoestima y aislamiento social. (Schaie & Willis, 2003, pág. 487). Algunos otros terapeutas de grupo como (Lakin, 1988) "conciben a esta técnica como una recreación simbólicamente de un grupo familiar que posibilita al paciente realizar un trabajo psíquico en un encuadre correctivo emocional" (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 863). Se considera el recordar que tanto la terapia de grupo como la terapia individual y multidisciplinaria, son de gran beneficio siempre y cuando tengan claros sus objetivos, como el tipo de tratamientos y terapias a utilizarse en cada caso.

2.13 Beneficios de la psicoterapia de grupo en el adulto mayor.

Se ha encontrado que el trabajo a nivel grupal, brinda un gran número de beneficios. A continuación se considera varias de estas ventajas. (Aros, 2005, pág. 45).

- Aumentar la autoestima
- Pacientes suelen descubrir que existen otras personas con problemas similares luchando por salir adelante.
- Relucir problemas de orden psíquico, que de otro modo nunca hubieran sido posible tratar, incluso en terapia individual.
- Contagiar sentimientos de humor al resto de participantes, sirviendo finalmente como redes de apoyo.
- Establecer modelos de conductas alternativos y más funcionales.
- Terapia considerada como menos regresiva que la terapia individual, porque el paciente al ver a otros buscar no recaer, se ayudaría a generar fuerzas para no recaer en el desánimo.
- Suele generar una mejor catarsis, debido a que es más fácil explicar los problemas a alguien que los comprende e incluso los comparte.
- Mejora las habilidades sociales, debido a que buscará hacerse entender por el grupo, luego aprender a escuchar, manteniendo la calma en momentos de tensión y a su vez aprendiendo a expresar sus deseos y emociones.

CONCLUSIONES

La flexibilidad cognitiva en el adulto mayor se veía por lo regular disminuida conforme el paso de los años, con una menor capacidad para procesar y guardar información para crear nuevos conceptos de los ya adquiridos. Sin embargo aquellos adultos mayores que tendrían sus funciones cognitivas estables, con o sin problemas emocionales, llegarían a ser personas muy receptivas abiertas al dialogo y ante todo con una historia de vida que contar. Por esta razón la aplicación adecuada de terapia de grupo en estas personas, no solo generaría una oportunidad de mejora afectiva-emocional al tratar sus problemas en la terapia, sino que también les brindaría momentos gratos de compartimiento y socialización entre iguales, fortaleciendo de esta forma su red social, la cual luego de terminado el programa quizá le servirá de apoyo en caso de querer volver a recaer en ansiedad u otro problema emocional.

Realizar un programa psicoterapéutico grupal en adultos mayores tendrá una mayor efectividad siempre que se hayan establecido correctamente sus objetivos, analizado las características como: fortalezas, limitantes, de cada uno de sus integrantes y como grupo.

Capítulo III: Objetivos y metodología.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de la ciudad de Cuenca-Ecuador, ofrece beneficios a nivel médico como psicológico. Brindando también talleres de terapia ocupacional, psicoeducativos- preventivos, como de intervención, orientados todos al cuidado integral de la salud de los adultos mayores. Este estudio realizado desde el modelo integrativo de la personalidad, estaría dirigido a buscar disminuir síntomas de ansiedad en 13 pacientes adultos mayores, mediante la aplicación de 14 sesiones de terapia grupal, con técnicas cognitiva – conductuales y gestálticas.

En cuanto a los resultados que presentamos más adelante, estos no podrán ser generalizados, debido a que el número de la muestra de personas no llega a ser lo suficientemente representativa. Sin embargo este estudio servirá como una pauta para otras posibles investigaciones de la ansiedad en la tercera edad.

3.1 Objetivo General.

Diseñar y aplicar un plan de intervención psicoterapéutico grupal desde el modelo integrativo focalizado de la personalidad, para disminuir síntomas de ansiedad en pacientes que asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS.

3.2. Objetivos específicos.

- Diagnosticar síntomas de ansiedad por medio de un test psicométrico.
- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.
- Aplicar el plan de intervención psicoterapéutico
- Evaluar resultados obtenidos mediante un retest

Para establecer el grupo de estudio se procedió a considerar los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos mayores afiliados y jubilados por el IESS
- Pacientes que formen parte de talleres preventivos- psicoeducativos que brinda la institución o sean referidos por el médico de la institución.
- Pacientes hombres y mujeres con edades comprendidas entre 60 y 75 años.
- Pacientes con niveles nulos o leves de depresión, pero con puntajes altos de ansiedad, entre moderada y grave.

Criterios de exclusión:

- Personas con deterioro cognitivo significativo.
- personas con problemas de tipo visual u auditivo limitantes.
- Pacientes que estén medicados por un tiempo menor a un año por el psiquiatra, debido algún trastorno de tipo depresivo o de ansiedad.
- Pacientes que no sepan leer o escribir.
- Personas que por uno u otro motivo no admitan ingresar a formar parte de este programa.
- Personas que estén atravesando recientemente algún proceso de duelo.

3.3 Características del programa:

- Actividades psicoterapéuticas orientadas al trabajo grupal.
- Intervención de un grupo con 13 pacientes.
- No se tomó en cuenta el sexo de los participantes
- Grupo cerrado, por lo que no se permitió ingresar nuevos miembros luego de iniciado las sesiones.
- El taller contó con un solo terapeuta.
- El tiempo aproximado para cada sesión fue de hora y media.
- Las sesiones fueron impartidas en las instalaciones propias de la institución del IESS.
- El proceso psicoterapéutico y las técnicas a tratar estuvieron dirigidas aminorar los síntomas causados por la ansiedad en general, más que tratar algún trastorno de ansiedad específico.

3.4 Metodología del proceso

Esta investigación se basó en un proyecto de tipo de estudios de casos y un análisis pre - post test. Población que estuvo constituida por 13 miembros, los cuales fueron escogidos de un universo de 117 adultos mayores hombres y mujeres que asisten a talleres preventivos de la institución a más de aquellos pacientes que acudieron a consulta psicológica referidos por el médico de la institución.

Entre las técnicas utilizadas para la selección del grupo, nos valimos primeramente de la base de datos del centro que nos facilitó conocer aspectos de los 117 personas como: edad, estabilidad cognitiva, problemas a nivel emocional y toma de medicamentos psiquiátricos, de lo cual se obtuvo que: 48 pacientes tendrían edades comprendidas de 60 a 75 años, tendrían un nivel cognitivo adecuado, pero presentarían algún problema de tipo emocional y no estarían tomando alguna mediación psiquiátrica un tiempo menor a un año.

A este grupo de 48 personas se procedió a entrevistarlos individualmente con la finalidad de verificar su estado cognitivo, nivel educacional, funcionalidad visual y auditiva a más de detectar síntomas de ansiedad mediante la aplicación del test de Hamilton y luego el test de Beck para descartar depresión. De esta selección y evaluación se llegaría a obtener 9 pacientes mujeres para el programa, siendo completado el resto del grupo a través de pacientes enviados del departamento médico para evaluación, incluyendo así a cuatro personas más: dos varones y dos mujeres, completando el grupo de 13 pacientes para aplicar el programa.

Como segundo paso de preparación antes de realizar el programa, a los 13 pacientes seleccionados se les realizó una entrevista más exhaustiva, utilizando la ficha clínica FIEPS y el test de personalidad de SEAPsi, con la finalidad de conocer rasgos de personalidad de cada integrante y poder

luego determinar los resultados que tendría este programa en cada uno de los participantes.

Al culminar las sesiones, se realizó una entrevista individual con la aplicación de un retest (Hamilton), para poder determinar la efectividad que tuvo este programa en la disminución de ansiedad. A petición del centro del IESS y con la finalidad de medir el impacto que tuvo este estudio en los pacientes, se procedió a realizar una encuesta de satisfacción en forma grupal.

3.5 Instrumentos de evaluación.

Escala de Hamilton:

(Puntuaciones utilizadas en la escala de Hamilton)	
0 a 5 puntos	Sin ansiedad
6 a 14 puntos	Ansiedad leve
15 a 24 puntos	Ansiedad moderada
25 en adelante	Ansiedad grave

Ver anexo # 2

Test de Beck:

Puntuaciones utilizadas para medir niveles de depresión (Inventario de Beck)	
0 a 4 puntos	Depresión ausente o mínima
5 a 7 puntos	Depresión leve
8 a 15 puntos	Depresión moderada
15 en adelante	Depresión grave

Ver anexo #3.

3.6 Técnicas psicoterapéuticas utilizadas en el programa.

Este programa de intervención grupal se fundamentó desde dos enfoques psicológicos: Gestáltico y cognitivo conductual, debido a sus siguientes beneficios y aplicaciones:

Técnicas Gestálticas:

- Iniciar el programa con técnicas Gestálticas, como menciona (Maya 2010) permitieron generar en los pacientes un mayor conocimiento y aceptación de sí mismos, a más de reconocerse como únicos responsables de sus emociones y de lo que estas se expresan como síntomas.
- Trabajar con terapia Gestal brindó la oportunidad de que el paciente traiga sus recuerdos y temores a un tiempo presente en un "aquí y ahora" y trabajarlos dentro del grupo. Maya (2010, Pag.101)
- Las técnicas gestálticas, permitieron brindar mayor calidez y soporte de integración dentro del grupo, lo cual facilitó luego a que se lleve con mayor confianza y efectividad la aplicación de técnicas cognitivo –conductuales.
- Técnicas de tipo Gestal aplicadas a personas ansiosas, ayudaron a desbloquear aquello que se conoce como "fase de la Sensación", ya que estos pacientes suelen ser capaces de sentir con gran facilidad lo que regularmente le reporta su cuerpo como: temblores, sudoración, agitación, opresión, etc. (Maya, 2010) & (Salama, 2002).

Técnicas cognitivas- conductuales

- Desde la teoría cognitiva de Aaron Beck, trabajar con el análisis de las distorsiones cognitivas, ayudó a conseguir a que los pacientes puedan entender y clasificar mejor sus pensamientos y emociones, expresadas en sensaciones a través de la sí ansiedad. Estas técnicas también les ayudaron a comprender que aunque estos sentimientos suelen ser muy molestos no son peligrosos cuando son controlados. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, pág. 166).
- Desde este enfoque se explicó brevemente la “triada cognitiva”, debido a criterios expuestos por autores como Beck (2003) y Maya (2010) y otros autores, al mencionar que la depresión y la ansiedad suelen estar en ocasiones interrelacionadas. Incluso al analizar la historia clínica de varios de los pacientes y los resultados del test de Beck para evaluar depresión se denotó que en su pasado algunos de ellos habrían experimentado ciertos problemas depresivos y que a pesar de no presentar notoriamente síntomas de estos aún se expresaban de forma leve en los test.
- Desde el modelo de Albert Ellis, se buscó ayudar a los pacientes a flexibilizar sus pensamientos, sin generarse exigencias o deberías y elaborar un formulario de metas a corto y largo plazo.
- Otro aporte a considerar desde estos dos enfoques de Beck y Ellis, fueron los registros de monitoreo de pensamientos y conductas, los cuales ayudaron a que los pacientes puedan ser más conscientes de sí mismos y buscar nuevas alternativas de pensar y actuar.

3.7 Edad y nivel de instrucción de los participantes.

Nombre	Edad	ESCOLARIDAD
Z J	61	Superior
B Y	65	Secundaria
N Z	66	Secundaria
V D	67	Superior
S C	68	Secundaria
D A	71	Secundaria
L S	72	Primaria
R P	72	Primaria
E C	73	Primaria
T S	73	Secundaria
MS	74	Primaria
AM	75	Secundaria
PV	75	Primaria

Tabla 7. Edad e instrucción de los participantes del programa

En el siguiente cuadro podemos observar a los 13 participantes con sus respectivas edades y con su nivel de escolaridad. Identificando así 5 personas con instrucción primaria, 6 personas con instrucción secundaria y 2 personas con instrucción superior.

3.8 Puntajes obtenidos de los pacientes en el test de Hamilton antes del programa y rasgos de personalidad.

Nombre	Test de Hamilton	Personalidad-SEAPsi.
Z J	20	Anancástico
B Y	18	Dependiente
N Z	21	Anancástica
V D	22	Ciclotímica
S C	22	Anancástico
D A	24	Histriónica
L S	23	Dependiente
R P	23	Anancástico
E C	24	Anancástica
T S	26	Dependiente
MS	22	Ciclotímica
AM	21	Dependiente
PV	25	Dependiente

Tabla 8. Puntuaciones de ansiedad obtenidos en el test de Hamilton y personalidad

En esta tabla podemos evidenciar los puntajes del nivel de ansiedad de cada uno de los pacientes antes del programa. También se expondrían rasgos de personalidad de los mismos, observándose un mayor número de rasgos de personalidades anancásticas y dependientes.

3.9 Personalidad del grupo:



Gráfico 1. Personalidad del grupo

La gráfica #1 indica en porcentajes y en número los rasgos de personalidad de los pacientes que conformaron este programa, de lo cual se puede evidenciar la existencia de un mayor número de rasgos anancásticos y dependientes.

3.10 Ansiedad vs edad de los participantes antes del programa.

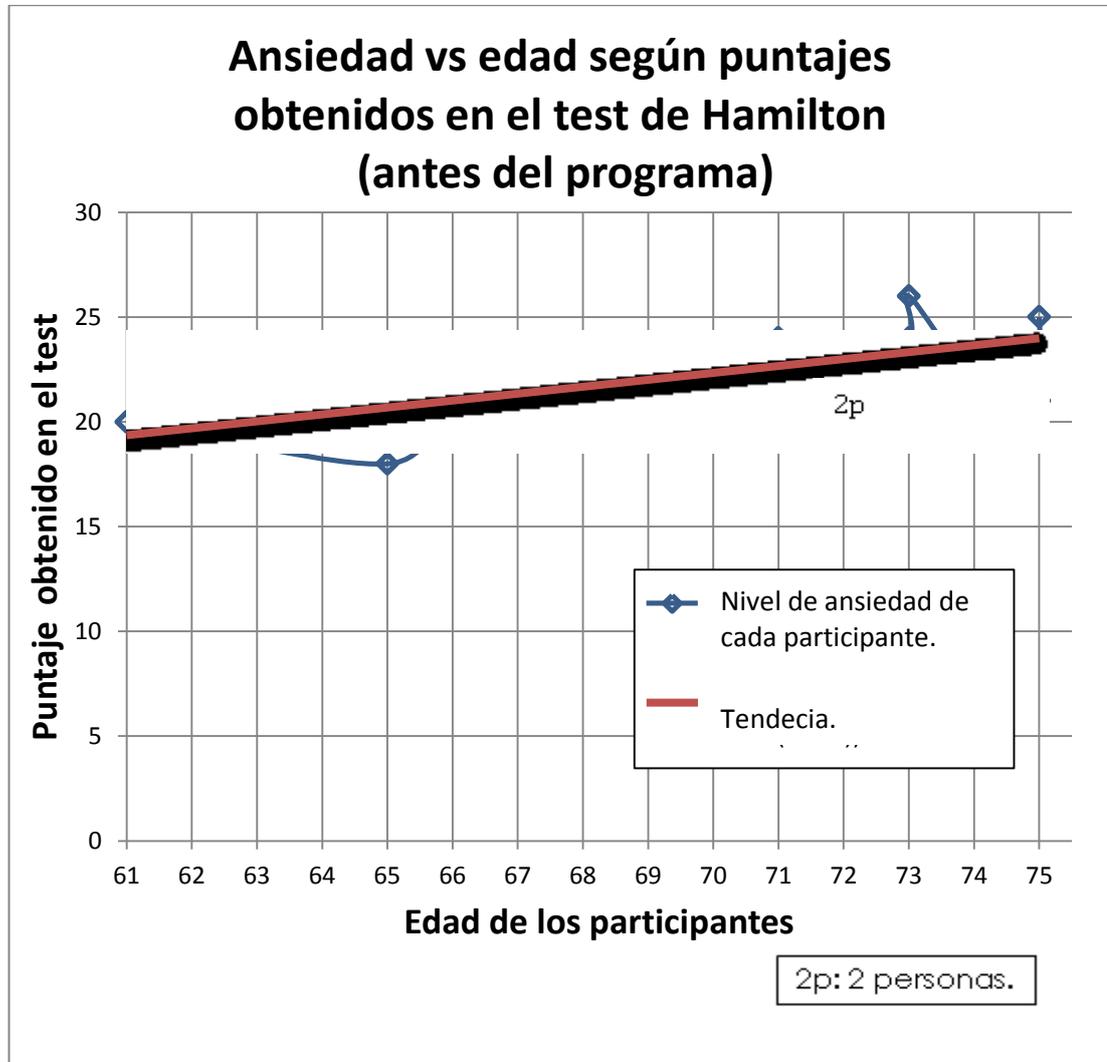


Gráfico 2. Ansiedad vs edad, obtenido en el test de Hamilton antes del programa.

La gráfica #2 indicaría el nivel de la tendencia de ansiedad versus edad de los pacientes que conformaron el grupo antes del programa. De lo cual se puede evidenciar que existiría una tendencia en el incremento de los síntomas conforme se avanza en edad.

Capítulo IV: Intervención
psicoterapéutica grupal, desde
el modelo integrativo en la
personalidad, para disminuir
síntomas de ansiedad.

4.1 Procedimiento de las sesiones.

- **Primera fase:** 3 sesiones. (Psicoeducativas)

Las tres primeras sesiones en esta fase tuvieron el propósito de psicoeducar al paciente sobre la ansiedad y las causas de esta. Ayudándoles a tener así una mejor comprensión, aceptación y autocontrol de sí mismos. En estas primeras sesiones también se buscó crear el máximo ambiente de calidez y confianza con la finalidad de propiciar una mayor seguridad al paciente, para luego poder aplicar con mayor facilidad técnicas cognitivo- conductuales.

- **Segunda fase:** 9 sesiones. (intervención y monitoreo de ansiedad)

Las sesiones que componen esta fase buscaron generar un cambio positivo a nivel cognitivo y conductual, mediante la confrontación de pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas. También se motivó a los pacientes a monitorear en casa sus conductas diarias para en terapia estudiar su grado de funcionalidad. Entre otras técnicas se aplicaron igualmente aquellas técnicas destinadas a generar desensibilización y disminución de la tensión muscular, como son las expuestas por Jacobson y las de entrenamiento autógeno de Schultz, mediante la relajación concentrativa en seis zonas diferentes del cuerpo. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, pág. 249).

- **Tercera fase:** 2 sesiones. (cierre del programa)

Dirigida a generar el cierre del programa y fortalecer aspectos importantes que fueron tratados en las sesiones con la finalidad de prevenir recaídas. En esta fase también se procedió aplicar una encuesta de satisfacción del grupo hacia el programa, la cual fue solicitada por la institución. Ver anexos 6.14

También se aplicó una entrevista individual y la aplicación de un retest con la batería de Hamilton para la ansiedad, con la finalidad de comparar resultados con la ya obtenidos antes del programa y de esta forma poder comparar si se consiguió disminuir la ansiedad de los pacientes.

A continuación se exponen cada una de las técnicas utilizadas en las sesiones de este programa. Cabe indicar que las fotografías presentadas tienen la autorización de quienes están en las mismas.

4.2 Aplicación del programa.

PRIMERA FASE

Psicoeducación

Sesiones 1- 2- 3

SESION N° 1:

1. Presentación formal del programa.

- Bienvenida a los pacientes al programa.
- Entrega de la carpeta de trabajo, explicando reglas y sugerencias esenciales a considerar. Revisar anexo. #6.1.

Tiempo 20 minutos.

2. Dinámica de integración y disminución de ansiedad:

- Se realizó un círculo mencionado su compromiso al programa y mientras lo hacían botaron una pelota y pasaban al compañero para que también se presente. Esta dinámica ayudó a fomentar a generar una integración grupal y mermar el nivel de ansiedad de los participantes. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, pág. 166).
- Tiempo: 15 minutos.

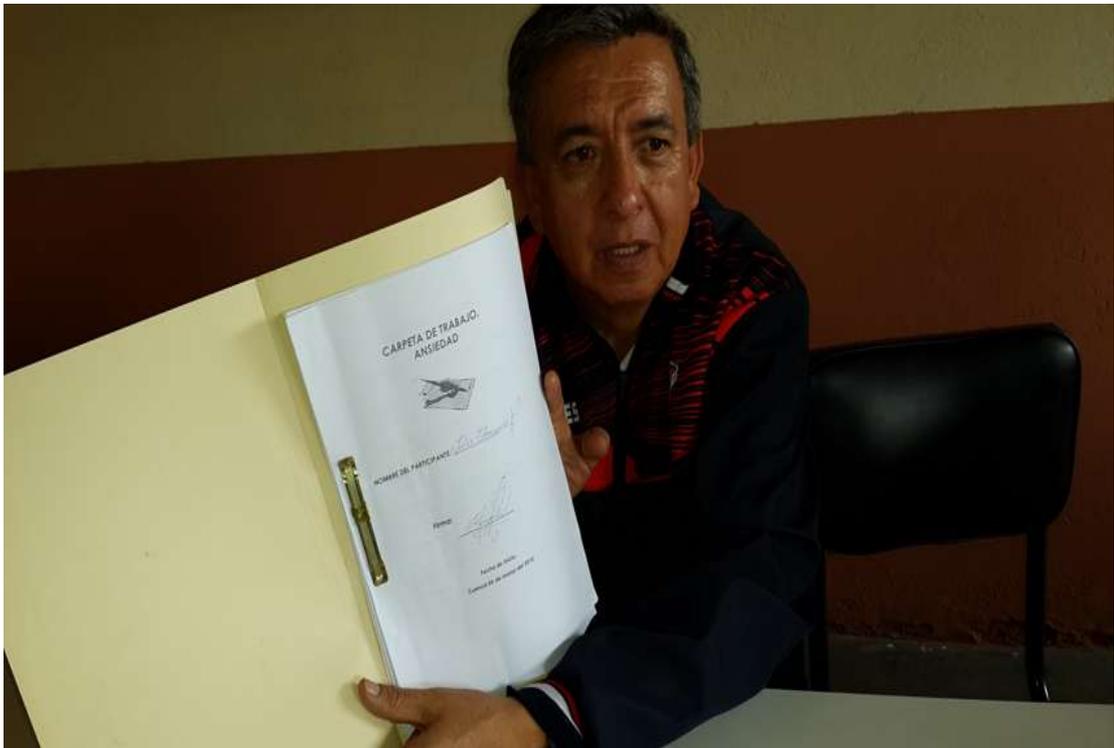
3. Psicoeducación sobre la ansiedad.

El psicoeducar sobre la ansiedad, tuvo la finalidad de generar un diálogo al respecto, tratando de minimizar la visión de temor ante esta. Para lo cual se le explicó que la ansiedad, puede ser muy

manejable si saben convivir con ella, ya que vendría a ser como una alarma propia del ser humano para protegernos del peligro.

También los participantes llenaron preguntas sobre la historia de su ansiedad y como esta se le suele presentar. Preguntas encontradas dentro de la carpeta de trabajo. Anexo # 6.2. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, pág. 313).

Tiempo: 1 hora. **Cierre de sesión.**



Fotografía 1. Sesión 1

Participante con carpeta de trabajo al iniciar el programa.

SESION N° 2:

1. Experiencia vivencial corporal.

Dinámica: Aceptar nuestra existencia y mi relación con el mundo por medio de los sentidos. (Zona externa). Esta dinámica ayudó a que el paciente pueda conectarse con el presente en un "aquí y ahora" y a la vez pueda encontrar un clima de cercanía y confianza en el grupo. (Salama, 2002, pág. 75).

Procedimiento: Procedieron a desplazarse con libertad por la sala, sintiendo su cuerpo a través del movimiento. Luego se incrementó la marcha, tocando las palmas y hombros del compañero. AL finalizar la dinámica se explicará sobre el propósito de la experiencia. (Maya, 2010, págs. 67- 109). Tiempo: 20 minutos.

2. Ejercicio de relajación.

Esta técnica se dirigido a crear conciencia de la zona interna de los pacientes, buscando armonizar las funciones orgánicas, como a encontrar aquellas fortalezas que le brindarán ayuda a conseguir su objetivo en este programa.

Procedimiento: Cerrar los ojos, prestando atención al ritmo respiratorio y resto de funciones corporales. Se le inducirá a buscar en su silencio aquellas fortalezas que le ayudará a mejorar su salud emocional. Al finalizar la relajación se dialogará sobre su experiencia (Aros, 2005) Tiempo de la sesión (25 minutos).

Cierre de sesión.

SESION N° 3:

1. Valores gestálticos y asertividad

A través de estas técnicas de autoconocimiento se buscó enseñar a los pacientes a ser más asertivos al poder conocer sus emociones sin engañarse a sí mismos. Anexo # 6.4.

(Maya, 2010) Con respecto a esto menciona: "Cuando el paciente diseña su propia filosofía, tiene más valores para él y es una herramienta que podrá aprovechar por el resto de su vida aun cuando haya dejado la terapia". La teoría gestal establece como importante que los pacientes ansiosos como depresivos, desarrollen correctamente los siguientes valores: (Maya, 2010, pág. 77).

Autoconocimiento - Autoestima:

Dirigido a enfocar primero el valor hacia sí mismo y después hacia los demás. Para esta dinámica los pacientes de pie y cerrado los ojos, procedieron analizar sus necesidades, lo que les gusta, no le gusta, lo que le molesta y ¿Por qué?, a más de reconocer cómo actúan ante esto y que sienten. (Maya, 2010).

La Gestal indicaría que: "mientras nuestra autoestima se mantenga dependiente de la aprobación de los demás, vamos a estar preocupados por lo que otros piensen de nosotros y trataremos todo el tiempo de cumplir sus expectativas. Una sólida autoestima es el resultado de ir descubriendo que tenemos la fuerza interna para apoyarnos a nosotros mismos y ser nuestro propio soporte". (Maya, 2010, pág. 72).

Responsabilidad.

Desde la teoría gestal se expone que el momento que admitimos que somos responsables de nosotros mismos, en lugar de buscar responsables de lo que sentimos, nos abrimos a crecer y cambiar. La oración en este tipo de terapia hace mucho énfasis de que cada quien es responsable de lo suyo y que nadie tiene por que cumplir mis deseos y expectativas. (Maya, 2010). Se le pedirá al paciente habrá su carpeta para leer la oración entre todos.

- Yo soy responsable de que mis deseos se cumplan
- Yo soy responsable de mis elecciones y acciones
- Yo soy responsable de la energía que invierto en mis reacciones y de las consecuencias que estas tienen.
- Yo soy responsable de mi felicidad personal
- Yo soy responsable de la manera que enfoco mis problemas
- Yo soy responsable de mi conducta conmigo mismo y con los otros.

Respeto:

Necesarios para encontrar salud mental; entendiendo que: "el respeto hacia los demás es una consecuencia natural del propio respeto". Aquí valdría mencionar aquello que se conoce "nadie da lo que no tiene".

Honestidad:

Como honestidad, vendría a ser expresarme con la verdad, dando a cada quien lo que corresponde, incluyéndome a mí mismo. Lo que significa ser: real, objetivo, congruente, autentico y no debemos auto engañarnos ya que podrían alterar nuestras decisiones. (Maya, 2010, pág. 76).

Tiempo para la sesión 2 horas.

Oración gestal, a través de la concientización y el análisis de la misma.

“Yo soy yo, y tú eres tú
Yo soy responsable de mi vida,
Tú eres responsable de la tuya
Yo hago lo mío
Tú haces lo tuyo.
No estoy en este mundo para cubrir tus expectativas
NI tú las mías.
Si por casualidad nos encontramos en el camino,
Sería maravilloso
Sino así tuvo que haber sido”.

Fritz Perls

(Maya, 2010, pág. 70)

Cierre de sesión.



Fotografía 2. Sesión 2



Fotografía 3. Sesión 3

En esta fotografías se puede observar a los pacientes analizando valores gestálticos.

SEGUNDA FASE.

Aplicación cognitiva - conductual

Sesión 4-12

Objetivos:

1. Crear conciencia de sus pensamientos y conductas y su relación con la ansiedad.
2. Reducir síntomas de ansiedad.

Procedimiento:

En esta fase se emplearon técnicas cognitivas-conductuales desde el modelo cognitivo - conductual de Aaron Beck y la terapia racional emotiva de Albert Ellis, con técnicas sugestivas y antagónicas como las de relajamiento muscular de Jacobson y las técnicas de Schultz, entre otras técnicas gestálticas de apoyo como el psicodrama.

“La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas por ejemplo: depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Basado en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, pág. 13).

Autores como: Ellis, 1962; Beck, 1976; Shelton y Arkerman, 1974), subrayan la importancia de tareas en casa, ya que ofrecería una mayor comunicación entre paciente y terapeuta, ayudando de esta forma a centrarse a trabajar más específicamente en el problema, para que los cambios sean más duraderos, debido a que de esta manera el paciente no se limitaría tan solo a escuchar, sino a participar de manera activa. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003).

Entre otros beneficios estos autores recalcan que: "el trabajo en casa ayudaría tanto al paciente como al terapeuta a obtener datos para refutar muchos de los pensamientos y creencias negativos" y que Además, los datos proporcionados de estos trabajos en casa, servirían a que la terapia deje de centrarse en conceptualizaciones subjetivas, trabajando en hechos más detallados, objetivos y realistas.

Sesión N. 4

1. Influencia de los pensamientos sobre las emociones

Para demostrar la relación entre pensamiento y emoción, se realizó la técnica de imágenes inducidas, la misma que permitió poner en manifiesto el impacto emocional de las imágenes que ellos mismos se forman a través de sus pensamientos.

Los pacientes imaginaron primero escenas desagradables generadoras de ansiedad; Luego procedieron a imaginar contrariamente escenas muy agradables que les generen placer y tranquilidad. Cada paciente describió brevemente la experiencia de esta dinámica. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, pág. 139).

Al finalizar la técnica se explicó:

Que son los pensamientos y la influencia que tiene en las emociones. Ver anexo #6.5 (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003, págs. 137-138).

Tiempo: 40 minutos.

2. Técnicas de relajación y sus beneficios.

Se explicó la importancia y los beneficios de la relajación. Para esto se procedió a psicoeducar a los pacientes, sobre la postura correcta, manera correcta de respirar, entre otros aspectos importantes. (Aros, 2005). & (Balarezo, Lucio, 2007). Ver instrucciones en anexos #6 #7. Tiempo 1 hora.

Cierre de sesión.

Sesión 5 - 6

3. Esquemas y distorsiones cognitivas en la ansiedad.

Crear conciencia sobre la relación existente entre pensamiento y emoción causante de ansiedad. Se expuso una breve explicación sobre la teoría de Aron Beck, aclarando cada uno de los puntos a tratar a continuación.

<p>Triada cognitiva de Beck: como se ve así mismo, interpretación negativa de sus experiencias y visión negativa a cerca de su futuro.</p>
<p>Esquemas cognitivos: Esquemas subjetivos que se elaborarían a través de la experiencia y las vivencias personales, para transformarlas luego en datos o supuestos personales inconscientes que se guardarían en la memoria, para desde ahí elaborar la manera de percibir el mundo como así mismo Etc. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003).</p>
<p>Errores en el procesamiento de la información: Inferencia arbitraria, Abstracción selectiva, sobre generalización, maximización y minimización, personalización, pensamiento dicotómico, etiquetas personales. Anexo #8.</p>

- Tiempo para la sesión 4 horas.

Cierre de sesión.



Fotografía 4. Sesión 6

En esta foto se observa a los pacientes trabajando en el análisis de las distorsiones cognitivas.

Sesión N. 7.

1. Mediante una ficha de registro de pensamientos, el grupo trabajó detectando pensamientos irracionales que podrían presentar personas con ansiedad, luego con todo el grupo se analizó y se discutió sobre algunos pensamientos alternativos más funcionales. Anexo #6. 8.

A manera de estrategia no se les pidió anotar sus propios pensamientos disfuncionales, ya que al tratarse de una terapia grupal podría existir algún tipo de bloqueo o mecanismo de defensa por temor a ser juzgados.

Tiempo: 1 hora y media.

A continuación se expone de manera breve el modelo utilizado:

Situación que podría provocar ansiedad	Pensamientos automáticos - pensamientos erróneos	Pensamiento alternativo
---	---	--------------------------------

(Maya, 2010, pág. 140).

2. Ficha de monitoreo de la ansiedad. (Tarea para la casa)

Monitorear la ansiedad ayudó a que los pacientes tengan una mayor conciencia y control de la intensidad de esta. (Maya, 2010).

Entre sus beneficios se consideran:

- Prestar mayor atención a las emociones.
- Evitar negar emociones perturbadoras, impidiendo que estas se agudicen.
- Tomar en cuenta que la ansiedad suele subir y bajar no gobernando nuestra vida como se suele pensar.
- Sentir que podemos ejercer control sobre lo que ocurre en nuestro interior,
- Permittiéndonos evaluar nuestros progresos.

A continuación se muestra un ejemplo de la ficha de monitoreo.

DIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	PROMEDIO
Lunes	3	6	8	5.6
Martes	4	2	7	4.3
Miércoles	5	5	6	5.3
Jueves	2	4	3	3
Viernes	1	5	4	3.3
Sábado	4	5	5	4.6
Domingo	4	5	5	4.6
PROMEDIO	3.57	4.28	5.71	4

Ver fichas de monitoreo en anexos # 6.9

(Maya, 2010).

Cierre de sesión.

Sesión 8.

1. Revisión de la tarea de monitoreo de la ansiedad.

Para la explicar cómo evaluar esta ficha, se tomó una tarea realizada por uno de los participantes. Tiempo. 40 minutos.

2. Relajamiento muscular progresiva

Técnica de relajación muscular de Jacobson, para relajar de manera progresiva y voluntaria la contracción del tono muscular. Se procedió a experimentar relajación primero con un brazo, luego con los dos y finalmente con todo el cuerpo. Al finalizar esta técnica los participantes explicaron su experiencia. (Balarezo, Lucio, 2007, pág. 119)

Tiempo aproximado: 1 hora.



Fotografía 5. Sesión 8

En esta fotografía podemos observar a una de las pacientes realizando la práctica de esta técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Sesión 9

1. Terapia cognitiva- conductual (TREC)

Desde esta propuesta se da a conocer que pensamientos, sentimientos y conductas se encuentran estrechamente relacionados entre sí y que la perturbación emocional provendría no de las situaciones en sí, si no de la manera de “pensar irracionalmente”, mediante evaluaciones rígidas o absolutistas consideradas como “deberías”, generadoras de depresión o ansiedad. Así su forma contraria y funcional de evaluar un acontecimiento lo llamaría este autor “pensamiento racional”. Ver cuadro de trabajo en anexo #11. (I, E, & Ellis, 2002).

Con respecto a la ansiedad la TREC sostiene: “si las personas simplemente prefirieran algo, el no poder cumplirlas quizá podrían hasta hacerles sentirse profundamente tristes, pero no deprimidos. Sin embargo cuando consciente o inconscientemente, sus deseos y preferencias progresan a exigencias, convenciéndose de que “deben” bajo cualquier circunstancia o cualquier momento conseguir el éxito, crean su propia depresión al fracasar y es a partir de este marco de referencia absolutista desde donde más tarde se derivan las distorsiones cognitivas” (I, E, & Ellis, 2002). Se realizó ejemplos en clase utilizando la técnica de Ellis con la ficha A-B-C-D. Ver en anexos #6.11.

Tarea para la casa: Escribir una lista de pensamientos irracionales o deberías que podrían generarle ansiedad al no cumplirse. Se explicó la forma de usar la tabla. Carpeta de trabajo. Ver anexo #6.12.

Pensamientos irracionales o deberías	Pensamientos racionales o más flexibles
--------------------------------------	---

(I, E, & Ellis, 2002, pág. 32).

Tiempo destinado para toda la sesión: 2 horas.

Cierre de sesión.

Sesión N. 10.

1. Revisión de tarea enviada a casa.

Cada paciente buscó individualmente pensamientos alternativos más realistas o racionales como "preferiría", "me gustaría" en oposición de aquellos pensamientos irracionales o deberías, analizando luego con todo el grupo. Tiempo 1 hora.

2. Identificar errores cognitivos mediante la técnica del psicodrama:

Cuatro personas voluntarias del programa adoptaron una actitud diferente ante la misma situación. Por ejemplo: pesimista, optimista, insegura y seguro de sí mismo.

La dinámica consistió en cuatro amigos que se reunían antes de ir a una fiesta, así cada uno expresaría lo que pensaba, sentía y por ende actuaría acorde a la actitud que le tocó interpretar. Esta dinámica ayudó a crear conciencia de que determinadas formas de pensar pueden determinar y condicionar nuestros sentimientos, conductas y generarnos ansiedad.

Se incitó a los pacientes a contestarse preguntas como: ¿de qué te das cuenta ahora?; ¿con quién de esas personas te identificaste más?; ¿Cuál de esos personajes te gustaría ser en la realidad'. Estrategia basada de acuerdo a las técnicas de (Salama, 2002, pág. 147).

Tiempo aproximado 1 hora.

Cierre de sesión.



Fotografía 5. Sesión 10



Fotografía 6. Sesión 10

Estas dos fotografías #5 y #6 enseñan a cuatro participantes del programa realizando una técnica de psicodrama para identificar actitudes distintas ante una misma situación.

Sesión N. 11.

1. Predicciones negativas en positivas.

A manera de hacer frente a las predicciones negativas, que los pacientes con ansiedad suele llevar, se les incentivó a escribir predicciones positivas con el argumento de: ¿qué tienes que perder? Pensar de esta manera llevaría incluso a desgastar menos energía que cuando tenemos predicciones absurdas y catastróficas. Esta tarea ayudó también a reducir la ansiedad a niveles más manejables, haciéndola un poco más fácil de confrontarla para los pacientes. Al finalizar la sesión cada uno expresó lo que piensa de esto y como se siente. (Maya, 2010, pág. 137). Tiempo a realizar la técnica 20 minutos.

2. Tarea para la casa.

Monitorear nuevamente su ansiedad y calificar en casa. A su vez se les incentivo a realizar y monitorear actividades o tareas, con la finalidad de buscar conductas que les ayuden a enfrentar sus miedos y generándoles mayor seguridad. Finalmente se les explicó la manera de trabajar con la ficha, utilizando un ejemplo para la explicación. Ver ficha en anexo #6.13. (Rossello & Bernal, 2007).

Ejemplo:

ACTIVIDADES.	PREDICCIÓN.	RESULTADO	COMENTARIOS
Escoge 3 a 4 actividades positivas que consideres te podrían ayudar a disminuir tu ansiedad.	¿Cuánto crees te ayudará a disminuir tu ansiedad? del 0 al 100%	¿Cuánto en efecto te ayudó realizar esta actividad? Del 0 a 100 %.	

Cierre de sesión.

Sesión 12.

1. Revisión de monitoreo y actividades:

Los participantes procedieron a comparar el monitoreo de esta semana con el ya realizado semanas atrás. Luego se revisó en conjunto la ficha de actividades positivas, la que les demostró que el realizar actividades gratificantes puede ayudar a generar una mayor seguridad ante aquellas cosas o situaciones que absurdamente muchas veces nos causan miedo.

Tiempo: 1 hora y cuarto.

2. Dinámica de relajación. (Técnica de Schultz).

Encaminada a conseguir los siguientes objetivos:

- Autorregular las funciones involuntarias del organismo, disminuir o suprimir síntomas dolorosos por somatización, conseguir mayor autodomínio interior. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Antes de efectuar la técnica, se dio indicaciones necesarias para su realización. Este entrenamiento autógeno estuvo dirigido a relajar seis zonas diferentes: Músculos, vasos sanguíneos, corazón órganos de la respiración órganos abdominales cabeza. (Balarezo, Lucio, 2007, pág. 102).
- Al finalizar la relajación se compartió experiencias. con los pacientes. Tiempo. 40 minutos.
- **Cierre de sesión.**

TERCERA FASE
Cierre del programa

Sesión: 13 - 14

Objetivo general:

- Prevenir posibles recaídas
- Establecer metas y compromiso reales consigo mismo y con el grupo.
- Comparar ansiedad de los pacientes antes y después del programa.

Sesión 13

1. formulario para establecer metas.

La siguiente práctica tuvo el propósito de ayudar a los pacientes a establecer metas más reales a corto y largo plazo, con la utilización de imágenes guiadas. Entre otro propósito estuvo combatir la baja tolerancia a la frustración que suelen llevar estas personas por la ansiedad. (Lega, Caballo, & Ellis, 2002, pág. 133). Ver ficha en anexo #15.

Tiempo utilizado: dos horas.



Fotografía 7. Sesión 13

En esta fotografía se puede observar a los pacientes realizando un restablecimiento de metas personales.

Sesión 14

1. Retroalimentación sobre el programa

- Valores y asertividad.
- Relación entre pensamiento y emoción.
- Conductas disfuncionales, distorsiones cognitivas y deberías.

Tiempo: 1 hora

2. Relajación muscular progresiva.

Se procedió nuevamente aplicar la técnica de relajación de Jacobson, con el propósito de ayudar a los pacientes a disminuir aquellos síntomas de dolores y tensión muscular. (Balarezo, Lucio, 2007, pág. 119). Tiempo: 30 minutos.

3. Agradecimiento de cierre de programa:

Para la gestal el agradecimiento es una palabra clave y muy útil en la búsqueda de la felicidad. Esto estaría basado en que lo positivo contrarresta lo negativo. (Maya, 2010).

De esta manera se despidió el programa, aceptando que la ansiedad es parte de nuestra naturaleza humana y que no se puede deshacer de ella totalmente, ya que forma parte de un sistema de alarma que nos protege de peligros y que solo debemos ejercer un mayor control para hacerle nuestra funcional protectora. (Maya, 2010, pág. 169).

Tiempo aproximado: 10 minutos.

Cierre del programa.

4.3 Resultados y análisis obtenidos después del programa

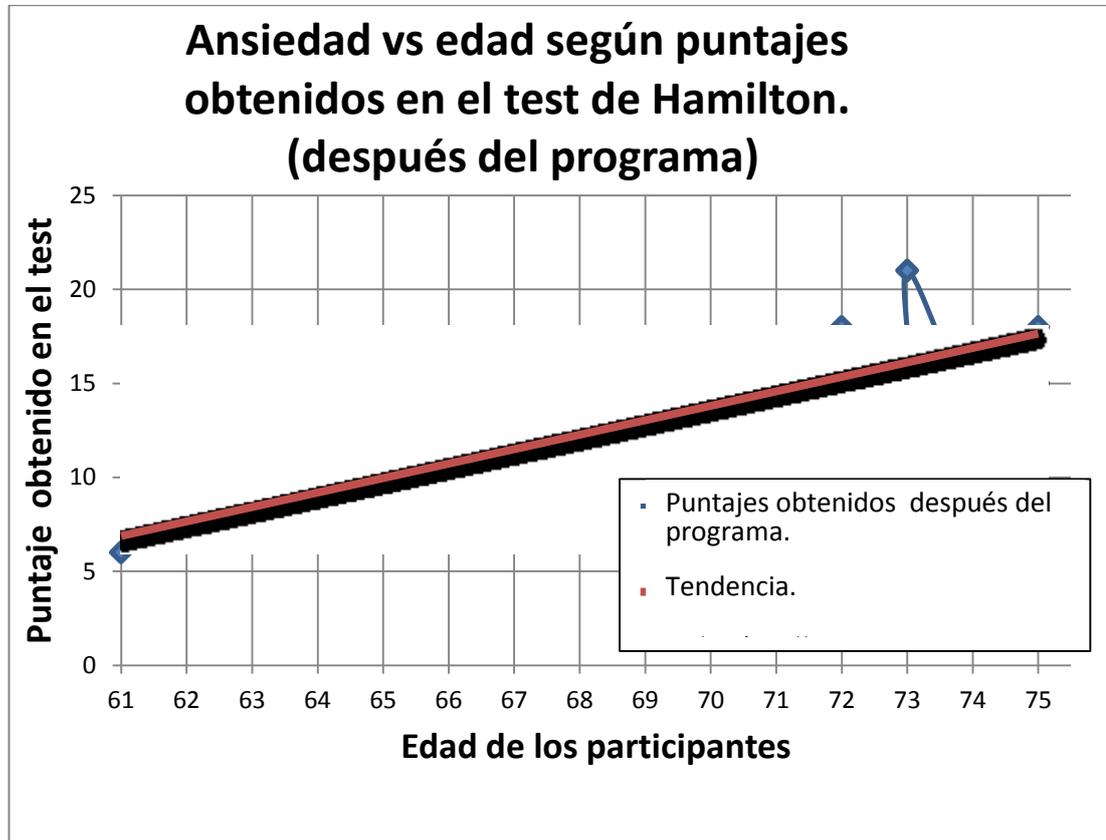


Gráfico 3. Ansiedad vs edad, según los puntajes obtenidos en el test de Hamilton después de aplicado el programa.

En el gráfico #3 se puede observar que un número de personas menores a 70 años presentarían una mayor disminución de sus síntomas de ansiedad después de aplicado el programa. En cambio pacientes con edades mayores a setenta años demostrarían una menor respuesta al tratamiento psicoterapéutico grupal, a pesar que también llegaron a demostrar mejoría, expresada entre 15 a 21 puntos, como demuestra la gráfica. Esta diferencia de recuperación reafirmaría lo que varios estudios e incluso Freud habría expuesto, al decir que a mayor edad de un paciente menor la capacidad de procesamiento cognitivo y mayor inflexibilidad del pensamiento.

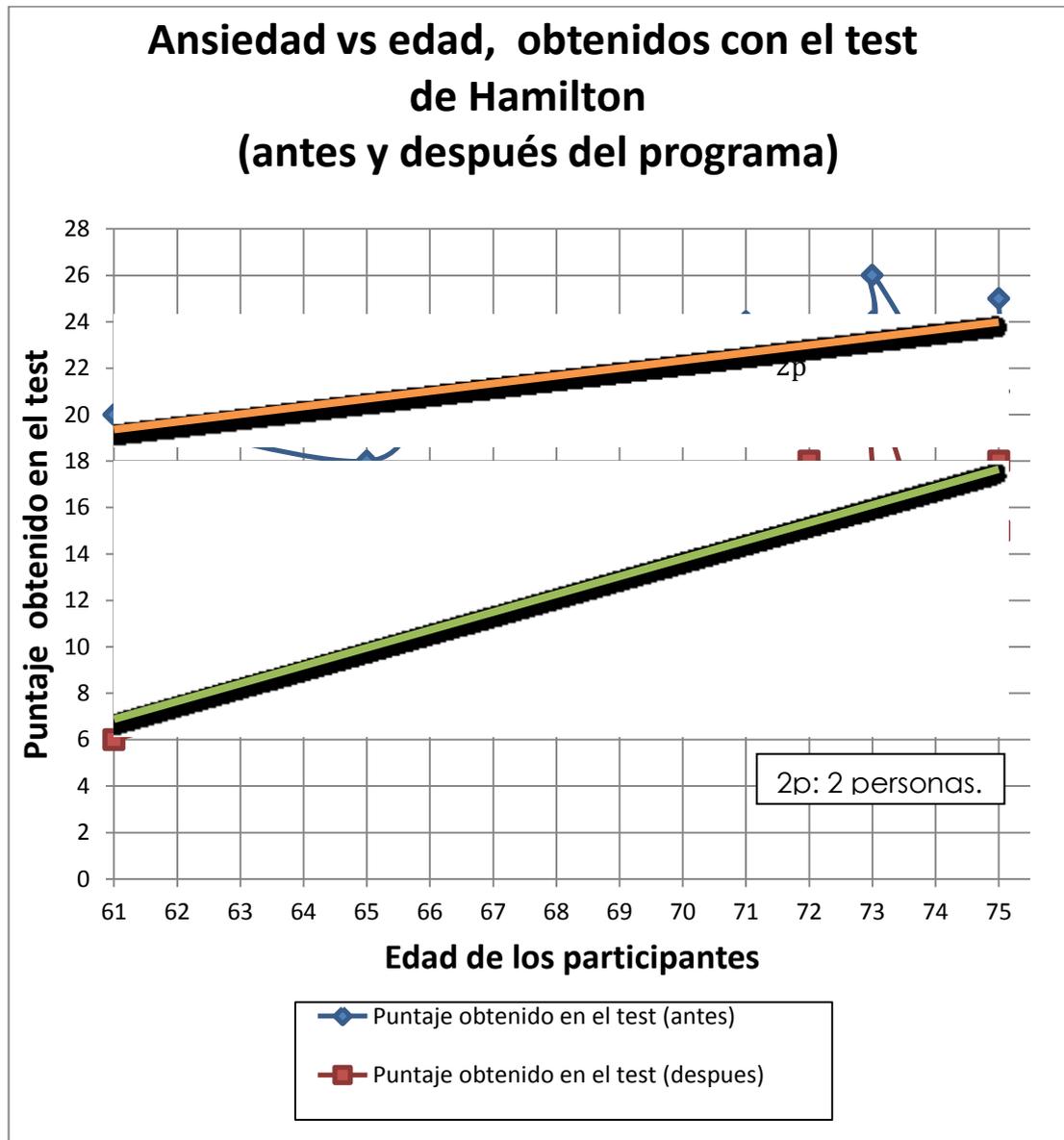


Gráfico 4. Puntajes obtenidos en el test de Hamilton vs edad antes y después del programa.

El gráfico # 4 presenta una comparación de los síntomas de ansiedad antes y después del programa. Observándose que antes de este, los índices de ansiedad de los pacientes oscilaban entre 18 y 26 puntos como indica la curva de color azul. En cambio al concluir el programa se daría una disminución de los síntomas de ansiedad en todos los pacientes entre 6 y 21 puntos, especialmente en aquellas personas de menor edad.

Pct.	Ed	Hamilton puntuación antes	Nivel de ansiedad antes	Hamilton puntuación después	Nivel de ansiedad después	Personalidad-SEAPsi.
ZJ	61	20	Moderada	6	Leve	Anancástico
BY	65	18	Moderada	9	Leve	Dependiente
NZ	66	21	Moderada	13	Leve	Anancástico
VD	67	22	Moderada	11	Leve	Ciclotímica
SC	68	22	Moderada	11	Leve	Anancástico
DA	71	24	Moderada	15	Moderada	Histriónica
LS	72	23	Moderada	18	Moderada	Dependiente
RP	72	23	Moderada	16	Moderada	Anancástico
EC	73	24	Moderada	14	Leve	Anancástico
TS	73	26	Grave	21	Moderada	Dependiente
MS	74	22	Moderada	14	Leve	Ciclotímica
AM	75	21	Moderada	15	Moderada	Dependiente
PV	75	25	Grave	18	Moderada	Dependiente

Tabla 9. Tabla de puntajes y datos obtenidos antes y después del programa.

La tabla # 9 evidencia distintas variables de los participantes como: edad, rasgos de personalidad y puntajes de ansiedad de antes y después del programa. Observándose una disminución en general del nivel de ansiedad de todos los pacientes luego del programa; incluso se puede observar que muchos participantes habrían pasado de un nivel de ansiedad grave a un tipo de ansiedad más moderada y otros de moderado a leve. En la tabla siguiente se abrevia el número de pacientes y niveles de ansiedad que habría antes y después del programa.

Niveles de ansiedad antes y después del programa

Tipo de ansiedad	Evaluación antes del programa	Evaluación después del programa
Leve	0	7
Moderada	11	6
Grave	2	0

Promedio de puntajes de ansiedad obtenido en el test de Hamilton antes y después del programa, en relación a rasgos de personalidad anancásticos y dependientes.

Personalidad	ansiedad antes del programa	ansiedad después del programa	Disminución de ansiedad
Anancástico	22,0	12,0	45,5%
Dependiente	22,6	16,2	28,3%

Tabla 10. Porcentajes de ansiedad obtenidos antes y después del programa en personalidades anancásticas y dependientes.

La tabla #10 hace una comparación de porcentajes de ansiedad de antes y después del programa con dos rasgos de personalidad. De lo cual se puede evidenciar que personalidades cognitivas con rasgos anancásticos y personalidades con predominio déficit relacional con rasgos dependientes, llegarían a presentar una respuesta favorable al programa con disminución de síntomas. Entre otros aspectos observados se podrían mencionar:

- Tanto personalidades con rasgos anancásticos y dependientes, denotarían cierta facilidad para adherirse a la terapia, aunque demostrando una mayor mejoría aquellas personas con rasgos anancásticos, factor que quizá estaría dado, a que pacientes con estos rasgos, habrían generado mayor compromiso desde el inicio del programa, mayor grado de seguridad en sí mismos y mayor capacidad participativa en comparación de pacientes con rasgos dependientes, los cuales habrían en las primeras sesiones demostrado cierta timidez a la participación, la misma que iría desapareciendo con el transcurso del programa.
- El programa desde la cuarta sesión abarco determinadas técnicas cognitivo-conductuales. Pacientes con rasgos anancásticos llegaron a denotar una mayor facilidad al trabajar las mismas.

- También se encontraría en este estudio que pacientes con rasgos anancásticos, generarían mayor ansiedad, debido quizá a un mayor número de distorsiones cognitivas del tipo deberías, a más de una mayor inflexibilidad cognitiva. En cambio personalidades de tipo emocional como: ciclofímicas, histriónicas, o personalidades con déficit relacional como serían las personalidades dependientes, presentarían niveles elevados de ansiedad debido a un mayor grado de sensibilidad con poca asertividad y baja autoestima.
- Cabe indicar que no se realizó comparación entre personalidades ciclofímicas e histriónicas, debido a que la muestra no era cotejable.

4.4 Análisis de la encuesta de evaluación del programa.

Con respecto a las respuestas obtenidas al finalizar el programa, se puede observar lo siguiente. Ver encuesta anexo # 7.

1. El total de los pacientes mencionaron haber cumplido el programa con seriedad y responsabilidad, de lo cual se considera verdadero, debido a la asistencia constante y la motivación que mostraron cada uno de ellos dentro del programa.
2. En la pregunta concerniente al grado de dificultad que tendrían con las tareas a realizar en el programa, se obtuvo que 4 personas mayores de 70 años y con instrucción primaria presentarían cierta problemática al realizar técnicas cognitivo-conductuales especialmente las de monitoreo.
3. Sobre la influencia de este programa en la mejoría de sus síntomas de ansiedad, consideraron los pacientes que este les llegó a ayudar a disminuir de considerable manera.
4. En cuanto a la consideración y trato que sintieron percibir por parte del terapeuta hacia ellos dentro del programa, fue muy positivo.

Conclusiones

El objetivo planteado en este proyecto de tesis, fue el aplicar un programa de intervención psicoterapéutico grupal desde el modelo integrativo de la personalidad, para disminuir síntomas de ansiedad en pacientes que asisten al Seguro Social del Adulto Mayor del IESS. De lo cual cumplido el mismo se concluye lo siguiente:

- El proceso de envejecimiento en el ser humano a más de estar ligado a una serie de cambios, también estaría sujeto a un proceso continuo de adaptación. Erikson para explicarlo partiría de ocho etapas a superar desde la infancia hasta la vejez y Havighurst añadiría a estas etapas, tareas específicas necesarias a cumplirse para alcanzar estabilidad emocional al llegar a la vejez. Finalmente Robert Peck ampliaría este estudio desde una visión más específica, enfocándose en la tercera edad y explicando que si bien el paso del tiempo al envejecer dejaría una serie de pérdidas, igualmente brindaría mayor sabiduría, la cual sería un factor que le ayudaría a trascender por encima de estas pérdidas.
- La ansiedad en la tercera edad vendría a ser una enfermedad casi silenciosa que iría avanzando entre las sociedades. Algunos estudios al respecto han considerado que este trastorno suele ser de inicio poco frecuente en una etapa avanzada de la vida, por lo que han atribuido su aparición a un asentamiento de rasgos de personalidad al llegar a la vejez. Aspecto que podríamos constatar al analizar las fichas clínicas de los paciente en este programa donde se denota que sus rasgos de personalidad habrían estado actuando ya desde muy temprana edad y que ahora vendrían a ser más marcados que antes.

- En cuanto a la relación entre ansiedad y personalidad obtenida en este estudio, se pudo evidenciar una mayor predisposición de esta en pacientes con rasgos anancásticos y dependientes. Lo cual a su vez estaría sustentando por lo expuesto por autores como "Balarezo" al explicar que personalidades anancásticas y dependientes tendrían una mayor propensión a padecer este problema. (Balarezo, Lucio, 2007, págs. 103 - 105).
- Al analizar los resultados obtenidos en el test de Hamilton y al relacionarlos con el factor edad de los participantes, se llegó a encontrar que a mayor edad existiría más predisposición a presentar ansiedad. Esta situación podría estar quizá vinculada a la menor capacidad de afrontamiento y al mayor deterioro cognitivo que conllevaría el ir envejeciendo, disminuyendo así la capacidad del procesamiento de la información.
- Al comparar el nivel académico de los pacientes con la capacidad de respuesta ante la terapia grupal, se observó que pacientes con niveles de educación secundaria y superior llegarían a tener una mejor respuesta y aceptación a técnicas cognitivas conductuales y pacientes con un menor nivel educativo encontrarían mayor apoyo a técnicas gestálticas.
- Con respecto a rasgos de personalidad y su relación con la disminución de síntomas de ansiedad, se denoto una mayor mejoría en pacientes con personalidades anancásticas.
- Entre otros factores de personalidad y ansiedad encontrados en las historias clínicas y dentro de las sesiones, se podría mencionar que en personalidades anancásticas, la ansiedad estaría más derivada a creencias y pensamiento de carácter inflexible. Contrariamente a lo que sucedería en personalidades histriónicas y ciclofímicos, e incluso

en aquellos con rasgos dependientes, donde el sufrimiento se vería relacionado a una causa más de tipo emocional, por una baja autoestima, escasa asertividad y un mayor número de anticipaciones catastróficas, las cuales también les llevaría a generar a más de ansiedad síntomas de carácter depresivo.

- En conclusión se puede decir que este programa gracias a sus dos enfoques teóricos y técnicas utilizadas, logró cumplir con el objetivo planteado en la propuesta, logrando disminuir síntomas de ansiedad en adultos mayores.

Recomendaciones

- En futuros programas de intervención en adultos mayores, se puede recomendar que los grupos estén conformados de un máximo de 8 a 10 participantes, esto permitirá al psicoterapeuta monitorear de una manera más personalizada.
- Se recomendaría utilizar un dispositivo individual para casos específicos, lo que permitiría evidenciar mejor los resultados y la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal.
- Se sugiere que para futuros programas grupales en adultos mayores, se tome en consideración la homogeneidad del grupo en cuanto al nivel de instrucción, especialmente al aplicar técnicas de tipo cognitivo – conductual. En caso contrario se recomendaría se incluyan un cierto número de métodos experienciales que sirvan de apoyo a las técnicas mencionadas.
- Se sugiere que el número de sesiones en programas dirigidos a adultos mayores tengan una duración de no menos de 12 sesiones y un máximo dependiendo de los objetivos a alcanzar, pero con un tiempo no mayor a un año.

Bibliografía

1. Aguera, L., Cervilla, J., & Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. España: Graficas Hermanos Gómez S.L.L.
2. Alonso, A., & Swiller, H. I. (1995). *Psicoterapia de grupo en la clínica*. Mexico, D.F: El manual Moderno, S. A. DE C.V.
3. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC, London, Englad: Copyringht.
4. Aros, C. (2005). *¿Que puede hacer por mi la Psicología?* Barcelona - España: Oceano- Ambar.
5. Balarezo, Lucio. (2007). *Psicoterapia*. Quito - Ecuador: Centro de publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
6. Balarezo, Lucio. (2007). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería* (Segunda Edición ed.). Quito - Ecuador: Centro de publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
7. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
8. Carabelli, E. (2012). *Entrenamiento en Gestalt*. Buenos Aires Argentina: Del Nuevo Extremo S.A.
9. DSM-IV-TR. (2002). *Breviario - Criterios Diagósticos*. Bsrcelona - España: Masson, S.A.
10. Gabay, P. M., & Bruno, M. F. (n.d). *Trastornos de ansiedad en la tercera edad*. Recuperado el 2 de 12 de 2013, de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD001.pdf>
11. Greenberg, L. S., & Paivio, S. c. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. España: Ediciones Paidos Iberica, S.A.
12. Grillo, R. V. (2012). *Psicoterapia de grupo. Teoría, técnica e investigación*. Recuperado el 13 de 12 de 2013, de <http://www.octaedro.com/downloadf.asp?m=08002.pdf>
13. Hamilton, I. S. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.

14. I, L., E, V., & Ellis, C. &. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva-conductual*. España: Siglo Veintiuno.
15. Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la terapia racional emotiva- conductual 2 edición*. Madrid España: Siglo Veintiuno de España editores, s.a.
16. Maya, A. B. (2010). *Gestalt para la Ansiedad*. Mexico D.F.: Alfaomega Grupo Editor S.A. DE C.V.
17. Mirbet, E. (2012). *Psicología del adulto mayor. Para una vejez saludable*. Lima - peru: MIRBET S.A.C.
18. Organización mundial de la Salud. (2002). Recuperado el 30 de 11 de 2013, de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
19. Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C., & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. España: Gráficas Hermanos Gomez S.L.L.
20. Papalia, D., & Olds, S. W. (1997). *Serie psicología del desarrollo humano Volumen tres*. Bogota , colombia: D Vinni Editorial LTDA.
21. Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano 2.Ed: Estudio del ciclo vital*. Madrid España: Pearson Educación.
22. Rossello, J., & Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión*. Recuperado el 02 de 04 de 2014., de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf
23. Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología* (Tercera edición ed.). Mexico: Alfaomega.
24. Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid - España: Imprenta Fareso, S.A.
25. Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez quinta edición*. Madrid: Closas- Orcoyen, SL.
26. Sergio Peña y Lillo. (2012). *Envejecimiento normal y patológico*. Recuperado el 09 de 08 de 2012, de http://revistagpu.cl/2012/GPU_junio_2012_PDF/REV_Envejecimiento.pdf
27. SNS, D. d. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito- Ecuador: Smart Marketing.

28. Stein, D. J., & Hollander, E. (2010). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona- España: Lexus Editores.
29. Toro, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista latinoamericana de psicología, Fundación universitaria Konrad Lorenz*, 6.
30. Toro, R. J., & Roldan, I. E. (2004). *Fundamentos de Medicina - Psiquiatría*. Medellín-Colombia: CIB.
31. Tortosa, J. M. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Piramide.
32. Vinogradov, S., & D.Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona- España: Paidós.
33. Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. España: Paidós S.L.U.

Anexos

ANEXO 1: Consentimiento Informado.

Investigador:

Psic. Diego Fernando Lazo G.

ESTUDIANTE PROXIMO A GRADUARCE DE LA MAESTRIA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.

Descripción:

Entiendo que el Psic. Diego Lazo González, próximo a graduarse de la maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay, está realizando esta investigación grupal de 12 a 14 sesiones, con el objetivo de reducir sintomatología causada por problemas de ansiedad, en pacientes adultos mayores que asisten a los talleres de los Servicios Sociales de la Tercera edad del IESS.

A su vez entiendo que si estoy llenando este documento, es debido a que en la evaluación se me diagnosticó un alto nivel de ansiedad, de lo cual estoy consciente de padecerlo, razón por la que estoy dispuesto a ser parte de este programa y ser evaluada nuevamente al culminar el mismo. También estoy al tanto que dicha investigación se realizará en las instalaciones del IESS y que el estudiante hará uso de los resultados para su sustentación, pero sin personalización alguna.

Riesgo/ Beneficios para los participantes

Como beneficio a mi persona, entiendo que este programa tendrá como objetivo mejorar mi estado de salud y que los riesgos que se puedan suscitar son mínimos, como por ejemplo: La posibilidad de no sentirme cómodo inicialmente con el tipo de intervenciones; lo cual es muy improbable, debido a que la naturaleza de las sesiones serán de carácter motivador y sin riesgos para la salud en general.

Costos y pagos de los participantes:

Doy por entendido que no recibiré ningún pago por mi participación y tampoco este supondrá ningún costo para mí.

Confidencialidad y privacidad:

La información obtenida en este estudio es completamente confidencial y los datos obtenidos serán utilizados debidamente como indican las leyes de protección de datos.

El derecho de los participantes de retirarse del estudio:

Entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento del estudio sin penalización alguna, exigiendo amablemente que mis datos sean destruidos.

Consentimiento voluntario del participante

Después de haber leído y entendido este documento, voluntariamente me presto a participar en este estudio investigativo, para lo cual estoy dispuesto a brindar todo de mi parte para que este sea de beneficio mutuo. Cabe finalmente indicar que si en caso necesitara se me aclare alguna pregunta dentro del taller, el investigador estará presto a dar la explicación inmediata. Este consentimiento dará por terminado al momento de culminado la investigación.

Firma del participante

ANEXO 2: Escala de Hamilton para la ansiedad

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Definición operativa de los ítems	Puntos
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión[anticipación temerosa] irritabilidad)	0 1 2 3 4
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0 1 2 3 4
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0 1 2 3 4
4. Insomnio (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. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0 1 2 3 4
6. Humor deprimido (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. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0 1 2 3 4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0 1 2 3 4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0 1 2 3 4
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0 1 2 3 4
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, 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. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0 1 2 3 4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0 1 2 3 4
14. Comportamiento durante la entrevista - 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

ANEXO 3: Inventario de depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: Lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que siente hoy. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.	
1	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me encuentro triste<input type="radio"/> Me siento triste o melancólico<input type="radio"/> Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo<input type="radio"/> Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
2	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro<input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro<input type="radio"/> No tengo nada que esperar del futuro<input type="radio"/> No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
3	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento fracasado<input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas<input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos<input type="radio"/> Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
4	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No estoy particularmente descontento<input type="radio"/> No disfruto de las cosas como antes<input type="radio"/> No encuentro satisfacción en nada<input type="radio"/> Me siento descontento de todo
5	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento particularmente culpable<input type="radio"/> Me siento malo e indigno muchas veces<input type="radio"/> Me siento culpable<input type="radio"/> Pienso que soy muy malo e indigno
6	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento decepcionado conmigo mismo<input type="radio"/> Estoy decepcionado conmigo mismo<input type="radio"/> Estoy disgustado conmigo mismo<input type="radio"/> Me odio
7	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No tengo pensamientos de dañarme<input type="radio"/> Creo que estaría mejor muerto<input type="radio"/> Tengo planes precisos para suicidarme<input type="radio"/> Me mataría si tuviera ocasión
8	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No he perdido el interés por los demás<input type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes<input type="radio"/> He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos

	<ul style="list-style-type: none">○ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en lo absoluto
9	<ul style="list-style-type: none">○ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes○ Trato de no tener que tomar decisiones○ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones○ Ya no puedo tomar decisiones
10	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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

ANEXO 4: Cuestionario de personalidad SEAPSI

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre: _____ **Fecha** _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me encuentro preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas y pensamientos que no logro quitarme fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confié en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores generalmente me gusta superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confié me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas me siento triste y pareciera que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias del malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen periodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de las ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importarme el grado de cercanía que tengo con ella	

	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe de ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	MI vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente en lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro agradar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
	Tengo dificultad para hablar de mi mismo ante los demás	
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido probados	
	Soy obediente ante mis superiores o jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira o la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos y críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	

ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confié mucho en mis amigos íntimos y de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos para normales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder ante sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daño a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás		
i	Me cuesta esfuerzos controla mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencia de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		

DESARROLLO PERSONAL

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca el resultado en el recuadro al final de cada personalidad, la respuesta oscila entre 0 – 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
p	h	c	A	p	ds	l	ev	d	e	ez
	Personalidades afectivas	Personalidades cognitivas	Personalidades comportamentales	Personalidades con déficit en la relación						

Estilo de personalidad predominante: _____

ANEXO 5: Guía del proceso psicoterapéutico

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

**FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS**

No.

Fecha: _____

Elaborada por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:

Edad: _____ **Estado Civil:** _____ **Religión:** _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ **Dirección:** _____

Instrucción: _____

Informante: _____ **Parentesco:** _____

Tipo de consulta:

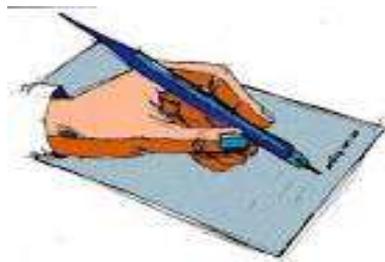
Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

Demanda:

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

ANEXO 6: Carpeta de trabajo.

CARPETA DE TRABAJO DEL PROGRAMA.



NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

Firma.

Fecha de inicio del programa

Cuenca 06 de marzo del 2014.

ANEXO 6.1: Reglas y sugerencias a tener en cuenta en las sesiones.

- **Reglas:**

1. **Llega a tiempo:**

Así no te perderás de nada y entenderás lo tratado en cada sesión.

2. **Asistencia:**

Recuerda que no todas las personas tuvieron la oportunidad de ingresar a este taller.

3. **Mantén siempre una actitud positiva:**

El cambio comienza por ti mismo.

4. **Constancia:**

Recuerda que todo cambio tiene un proceso

5. **Participa en cada sesión y realiza los ejercicios:**

Si no pones de tu parte y no practicas lo aprendido en cada sesión nunca sabrás si estas técnicas te ayudarán aminorar tu problema de ansiedad.

6. **Confidencialidad:**

Recuerda que las vivencias que compartes con tus compañeros en cada sesión son confidenciales. Sin embargo puedes compartir lo que has aprendido de la ansiedad con otras personas.

7. **Honestidad:**

Trata en todo momento de ser honesto contigo mismo y expresa lo que sientes

- **Sugerencias:**

a. Permite que tus compañeros conozcan lo que piensas:

Compartir tus pensamientos y experiencias con el grupo estimulará al resto a compartir lo que están pensando.

b. Has Preguntas:

Este programa es para aprender, por lo tanto no existen preguntas "tontas" y es muy probable que el resto de compañeros quieran saber lo mismo que tú.

c. Ayuda a otros compañeros a participar:

Puedes animar a tus compañeros de grupo, pero hazlo lo más cortésmente posible sin herir sus sentimientos.

d. No acapares la conversación:

Está muy bien que quieras hablar, pero recuerda que otros también quieren decir algo y no podrán hacerlo si consumes todo el tiempo con tus ideas.

e. Escucha atentamente lo que tus compañeros tienen que decir

Escucha a los demás de la misma manera que te gustaría ser escuchado.

f. Considera el punto de vista del resto del grupo

No trates de que todos piensen como tú, cada persona es diferente y pueden no pensar igual.

g. Participa en la discusión:

Recuerda que la discusión en este programa tiene un solo sentido.
¡Mejorar tu vida!

ANEXO 6.2: Conoce tu ansiedad

1. ¿Este síntoma es de aparición nueva o es más antiguo (es decir, cual es mi historia con este síntoma en concreto)?

2. ¿Este síntoma está más presente en mi mente. Por ejemplo: (preocupación) o en mi cuerpo (sofocación)?

3. ¿Cuándo he tenido estos síntomas en el pasado que me ha resultado de ayuda?

4. ¿Que agrava o mejorar los síntomas cuando tengo un episodio?

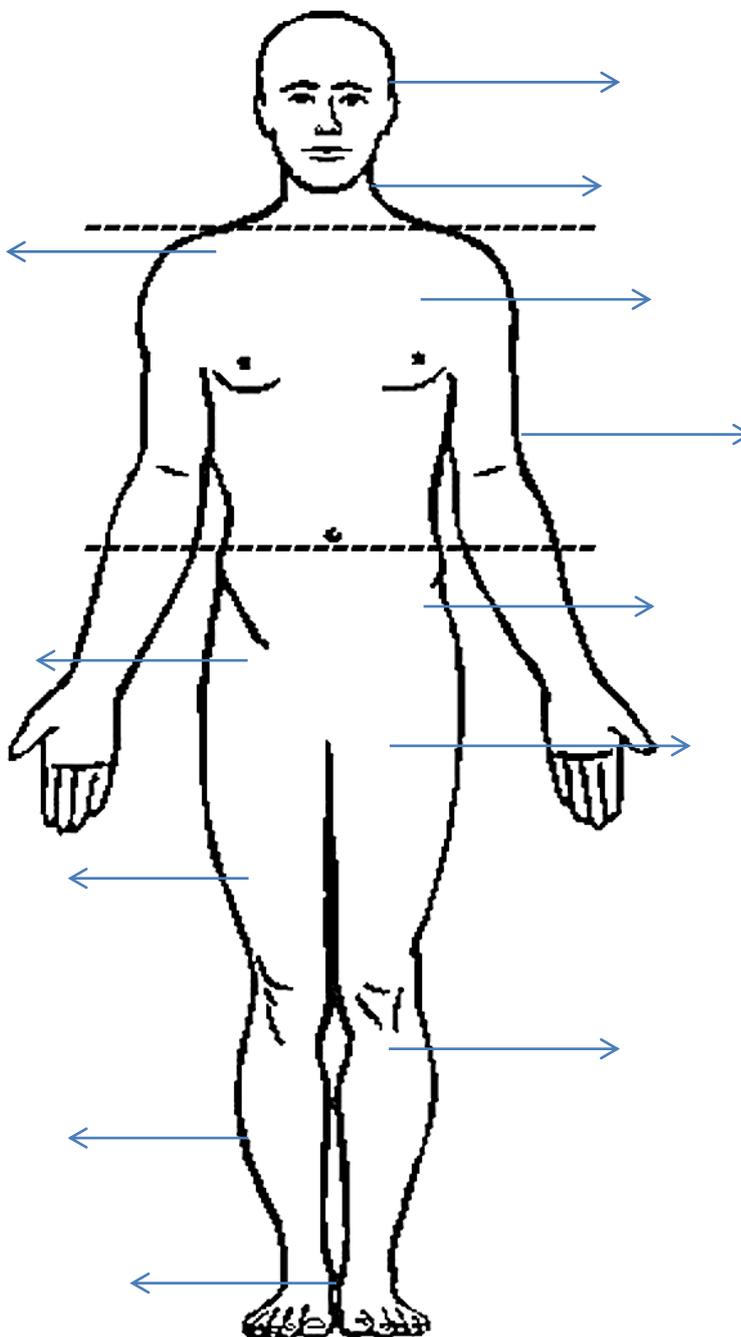
5. ¿Qué significa para mí este síntoma en concreto?

6. ¿Qué otras personas de mi familia tienen síntomas de este tipo y que les ha servido para mejorar, o que les ha empeorado?

7. ¿Qué proporción de mi angustia procede del sentimiento de sentirme solo o incapaz de valerme por mí mismo y cuanto de ello procede a causa de otras personas?

8. ¿Del 1 al 10, uno como menos intenso y diez como máxima intensidad, podría decir que me encuentro afectado en este momento por síntomas de ansiedad?

ANEXO 6.3: Ansiedad y sintomatología



ANEXO 6.4: Valores gestálticos.

1. Autoconocimiento- Autoestima:

Dirigido a enfocarse hacia sí mismo y hacia los demás (AUTOESTIMA).

“La Gestal menciona que mientras nuestra autoestima se mantenga dependiente de la aprobación y evaluación de otros, vamos a estar preocupados por lo que otros piensan de nosotros y trataremos todo el tiempo de cumplir sus expectativas. Una solidad autoestima es el resultado de ir descubriendo que nosotros tenemos la fuerza interna para apoyarnos a nosotros mismos y ser nuestro propio soporte”. (Maya, 2010, pág. 72).

2. Responsabilidad

El momento que admitimos que somos responsables de nosotros mismos en lugar de buscar responsables de lo que sentimos, nos abrimos a crecer y cambiar. La siguiente oración hace mucho énfasis de que cada quien es responsable de lo suyo y que nadie tiene por que cumplir mis deseos y expectativas. (Maya, 2010).

- Yo soy responsable de que mis deseos se cumplan
- Yo soy responsable de mis elecciones y acciones
- Yo soy responsable de la energía que invierto en mis reacciones y de las consecuencias que estas tienen.
- Yo soy responsable de mi felicidad personal
- Yo soy responsable de la manera que enfoco mis problemas
- Yo soy responsable de mi conducta conmigo mismo y con los otros.

3. Respeto

Necesarios para encontrar salud mental, entendiendo que el respeto hacia los demás es una consecuencia natural del propio respeto. Aquí valdría mencionar aquello que se conoce "nadie da lo que no tiene".

4. Honestidad:

Expresarme honestamente con los demás y sobre todo conmigo mismo. Esto significa ser: real, objetivo, congruente, autentico, expresando lo que pienso y siento. (Maya, 2010, pág. 76).

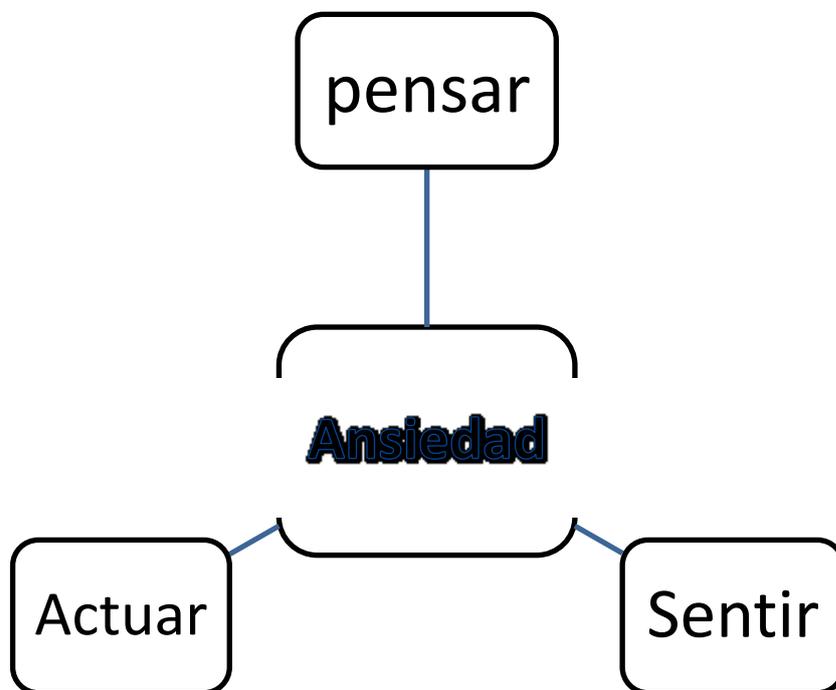
Oración gestal

“Yo soy yo, y tú eres tú
Yo soy responsable de mi vida,
Tú eres responsable de la tuya
Yo hago lo mío
Tú haces lo tuyo.
No estoy en este mundo para cubrir tus expectativas
Ni tú las mías.
Si por casualidad nos encontramos en el camino,
Sería maravilloso
Sino así tuvo que haber sido”.

Fritz Perls

ANEXO 6.5: Como generamos ansiedad.

¿CÓMO ENTENDEMOS LA ANSIEDAD?



ANEXO 6.6: Relajación - Instrucciones básicas

1. Recuerda siempre que tu relajación sea en un lugar tranquilo y con una temperatura agradable.
2. la relajación es un hábito positivo que se va ganando solo a través de la constancia.
2. El buen manejo de la respiración es imprescindible para poder meditar y conseguir relajarte.
3. Si está sentado recuerde apoyar bien su parte baja de la espalda y mantenga el resto del cuerpo erguido; igualmente coloque los pies en el suelo y que sus manos descansen sobre sus muslos. Si esta recostado, trate de relajar los músculos del cuello y deje que sus brazos descansen a ambos lados del tronco, ligeramente separados de este, y recuerde que las palmas van dirigidas hacia arriba con el puño abierto.

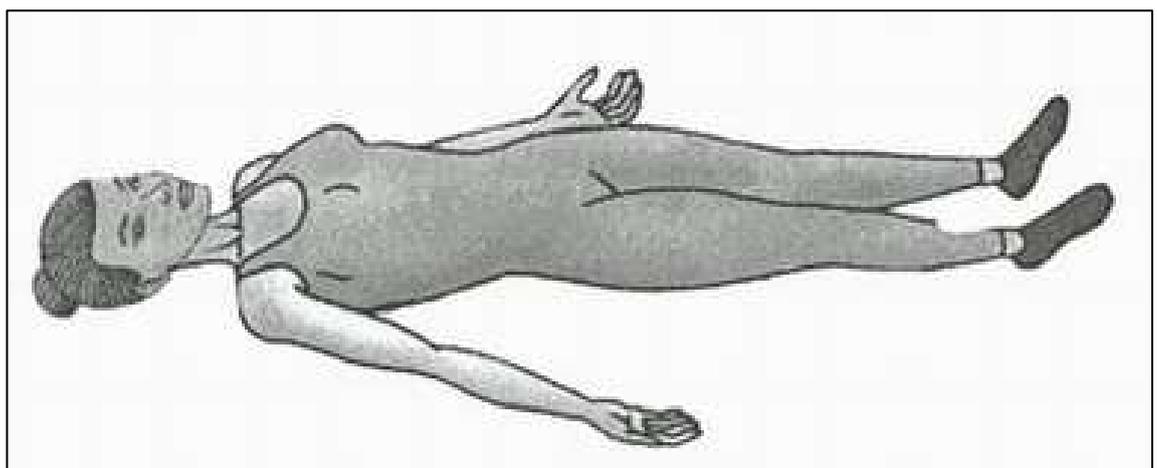
¿Que logramos con la relajación?:

- Conseguir relajarnos cada vez más.
- Mejorar la capacidad pulmonar
- Aumentar la voluntad, la serenidad y el equilibrio mental
- Eliminar enfermedades psicósomáticas
- Controlar las emociones y obsesiones para que los problemas nos afecten menos
- Vivir el presente y el contacto con la realidad.
- Entre otros aspectos.

Posturas a tener en cuenta al momento de relajarte



Manera correcta de relajarse si esta acostado



ANEXO 6.7: Errores de pensamientos

Inferencia arbitraria:

Adelantarse a dar conclusiones rápidas e impulsivas, aun en ausencia o contraria evidencia que la apoye.

- Podrías pensar: "Tengo temor a entrar a un ascensor, porque este podría dañarse y quedarme sin oxígeno".

Abstracción selectiva:

Concentrase solo en algún detalle, ignorando otras características más relevantes e importantes de una situación.

- Podrías pensar: "La fiesta estuvo terrible. Quizá solo te enfocaste en la cena que no te gusto".

Sobregeneralización:

Hacer una regla general a partir de uno o varios hechos aislados, aplicando luego dichas reglas tanto a situaciones relacionadas o aisladas.

Podrías pensar: "todos los hombres de raza negra son ladrones, quizá porque algún día una persona de color te asaltó".

Maximización y minimización:

Centrarte excesivamente en los errores y deficiencias personales, sin tener en cuenta tus fortalezas o habilidades personales.

- Podría pensar: Hoy me han felicitado por mi trabajo, pero eso no quiere decir nada, cualquiera lo podría haber hecho quizá mejor.

Personalización:

Refiriéndose a la facilidad que tiene una persona de atribuirte situaciones ajenas o externas hacia a sí mismo, sintiéndose culpable por ellas.

- Podrías pensar: "No me invitaron a formar parte de este taller porque soy una persona poco divertida y muy callada, sin darte cuenta que para la selección hubieron características muy distintas por las que no fue tomada en cuenta".

Pasamiento absolutista:

Mirar las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas, sin términos intermedios.

- Podrías pensar: No valgo para nada, todo me sale mal, Todo lo que me ocurre es un desastre, todo el mundo es igual.

Etiquetas:

Cuando por cometer algún error te etiquetas de un bueno para nada. También podrías etiquetar a otras personas o situaciones basadas en un solo error.

- Podrías pensar: "no pude o no pudo realizar este ejercicio soy o es una tonta".

Nota: Recuerda que así como estos pensamientos disfuncionales, existen otros igual de destructivos y solo tú puedes contrarrestarlos.

Intervención grupal para disminuir ansiedad en adultos mayores

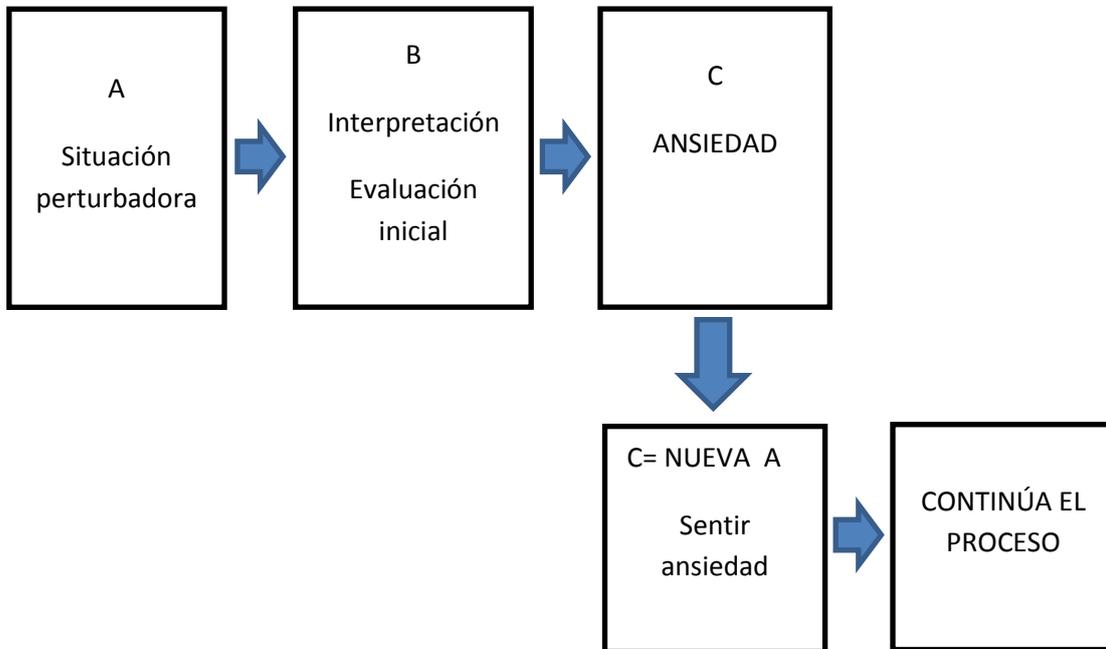
Diego Lazo González

ANEXO 6.9: Monitoreo de la ansiedad.

DIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	PROMEDIO
Jueves				
viernes				
Sábado				
Domingo				
Lunes				
PROMEDIO				

Después de haber monitoreado tu ansiedad de que te diste cuenta:

ANEXO 6.10: Modelo A-B-C de Ellis.



ALGUNOS PENSAMIENTOS PUEDEN SER

- Inconsistentes en su lógica y realidad empírica
- Absolutistas y dogmáticas
- Producir emociones perturbadoras
- Obstáculos para conseguir nuestros objetivos

ANEXO 6.11: Método A-B-C-D

<p>A. Evento ACTIVANTE (¿Qué sucedió?)</p>	<p>C. CONSECUENCIA (¿Cómo reaccionó usted?)</p>
<p>B. (BELIEF) CREENCIA DE LO QUE SUCEDIÓ. (Lo que usted se dijo a usted mismo(a) acerca de lo que sucedió y que influyó su reacción).</p>	<p>D. DISCUTIR LA CREENCIA (Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable).</p>

Intervención grupal para disminuir ansiedad en adultos mayores

Diego Lazo González

ANEXO 6.12: Identificar pensamientos irracionales

No	PENSAMIENTOS IRRACIONALES	PENSAMIENTOS RACIONALES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

ANEXO 6.13: Monitoreo de actividades

ACTIVIDADES.	PREDICCIÓN.	RESULTADO	COMENTARIOS
Escoge de 3 a 4 actividades que consideres podrían ayudar a disminuir tu ansiedad.	¿Cuánto consideras te ayudará a disminuir tu ansiedad esta actividad? del 0 al 100%	¿Cuánto te ayudó a disminuir tu ansiedad el realizar esta actividad? Del 0 a 100 %.	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ANEXO 6.14: Formulario para establecer metas.

Imagine en primera instancia su vida dentro de 5 años más adelante, en una situación exageradamente ideal tanto en su vida familiar, de salud y social, luego escriba lo más detalladamente posible. Abra los ojos. Pausar unos minutos.

Cierre los ojos nuevamente y trasládese 5 años en el futuro, imaginándose ahora en las peores condiciones que podría llegar a estar. Luego al abrir los ojos. Pausar unos minutos. Escriba lo más detalladamente posible.

Cerrar los ojos e imaginar nuevamente su futuro, pero solo dentro de un año y bajo una perspectiva positiva más real, escriba con lujo de detalles.

b. Basado en el análisis de lo realizado, escriba la meta que más quisiera lograr en este año, en términos muy específicos y concretos. Luego especifique claramente los siguientes apartados.

Meta:

¿Cómo quiero llegar a pensar?

¿Cómo quiero llegar a sentir?

¿Cómo quiero llegar a actuar?

c. En términos más reales, ¿qué debo haber logrado en puntos intermedios de tres y seis meses?

Tres meses:

Seis meses:

ANEXO 7: Encuesta de evaluación del programa.

Encuesta de evaluación

Conteste por favor con toda honestidad cada pregunta, esto nos ayudará a conocer si este programa tuvo un verdadero beneficio en su restablecimiento emocional. A la vez su sinceridad nos motivará a mejorar futuros programas.

1. Considera usted que cumplió correctamente este programa, asistiendo a todas las sesiones y realizando las tareas a conciencia.

Totalmente () considerablemente () un poco ()

2. ¿Le resulto dificultoso las actividades realizadas tanto en las sesiones como en casa?

Ninguna dificultad () Cierta dificultad () Bastante dificultoso ()

Explique ¿porque?

3. ¿El seguir este programa considera usted le ayudado a disminuir sus síntomas de ansiedad?

Nada () un Poco () considerablemente ()

Muy considerablemente ()

4. ¿Considera que fué tratado en este programa con dignidad y respeto?

Si () No () un poco ()

GRACIAS POR SU SINCERIDAD

ANEXO 8: Fichas clínicas.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 1

Fecha: 24/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo G.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: ZJ

Edad: 61 años.

Estado Civil: Casado.

Residencia: Cuenca

Instrucción: Universitaria.

Informante: Paciente.

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	
Profesional	<input type="checkbox"/>	Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente en consulta explica presentar una gran ansiedad e intranquilidad, a causa de una situación delicada que sucedió poco antes de jubilarse. Como sintomatología refiere: pensamientos persistentes, insomnio, fatiga durante el día, problemas de concentración, sofocación y hormigueo especialmente en la cara y la cabeza.

IMPLÍCITA: No se sabe.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

Paciente en su relato biográfico menciona las siguientes disfuncionalidades:

- Fallecimiento de su padre a temprana edad lo cual le habría generado siempre una nostalgia
- Baja autoestima en su niñez y adolescencia, acreditado haber sufrido mucho y pasado necesidades.
- Forzada jubilación, debido a problemas inesperados que se suscitaron
- Como síntomas expresa: pensamientos persistentes, insomnio, fatiga, disminución de la atención y de la memoria, olas de calor en el cuerpo con hormigueo, especialmente en la cara y la cabeza.

PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en Cuenca, es el último de 6 hermanos, no menciona alguna enfermedad específica en su infancia ni adolescencia. Su padre habría fallecido cuando él era niño, lo cual siempre le generaría nostalgia. Su madre falleció por vejez hace pocos años, habría vivido con ella hasta los 35 años de edad. Al hablar de sus hermanos menciona igualmente una buena relación. Considera haber sido un niño y adolescente un poco retraído, debido a la poca capacidad económica que tenía y le tocaba pasar vergüenzas.

Contrae matrimonio la primera vez a la edad de 35 años, unión que luego por mutuo acuerdo se disolvió al poco tiempo a causa de un problema de tipo económico, de este compromiso no tuvo hijos, ni tampoco le afectó la separación. Luego se casó a los 40 años por segunda vez, donde dice tener un matrimonio funcional. Hace referencia también el ser una persona perfeccionista, responsable, organizado y con buenos principios y valores. Entre otras cosas refiere estabilidad económica, a más de una buena relación armoniosa con su esposa, hijos y familiares.

Sobre sus estudios menciona haber sido dedicado, llegando a culminar la universidad en psicología y a ser profesor en la escuela (xx), lugar donde se jubiló hace 6 meses, pero a causa de un problema delicado habría tenido que jubilarse anticipadamente. Sobre este asunto explica que: "En horas del recreo, se habría suscitado un problema de abuso de algunos menores hacia un alumno de menor edad en el baño al momento del recreo. Ante esto autoridades del plantel habrían llegado a comprometerle como una falta de responsabilidad, al mencionar que esto sucedió en el turno del paciente, de lo cual el paciente asegura que no sucedió nada aquel día. Ante esta situación el paciente dice que esto le ha causado un problema emocional con síntomas como: pensamientos persistentes, insomnio, fatiga

durante el día, disminución en la atención y la memoria, calor en el cuerpo con hormigueo, especialmente en la cara y cabeza.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Hamilton para la ansiedad:** 20 (ansiedad moderada).
- **Test de Beck para la depresión:** 6 (depresión leve).
- **Test de personalidad SEAPsi:** 8. (Personalidad Anancástica).

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO:

Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad, debido a los siguientes criterios:

- Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
- Deterioro significativo de la actividad social o laboral
- Los síntomas no responden a una situación de duelo
- De tipo agudo debido a una duración menor de 6 meses.
- La ansiedad del paciente estaría relacionada con manifestaciones de: nerviosismo, preocupación, insomnio y mucha inquietud.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos debido a:

- Rigidez en las tareas y en sus pensamientos.
- Enfatizando la justicia y la responsabilidad en tareas y valores.
- Organización excesiva y demasiada puntualidad.
- Perfeccionista.
- Pensamientos obsesivos recurrentes.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES

Paciente denota un pronóstico favorable debido a presentar una buena motivación al tratamiento. A la vez tendría un estado cognitivo saludable y reflexivo. Como recomendación asistir a todas las sesiones del programa. Se considera en especial que las técnicas cognitiva – conductuales le ayudarán en gran medida a disminuir sus síntomas.

FICHA DE PAREJA E INTEGRACIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida, pero menciona que fue buena
Relación del paciente con el padre: Falleció cuando él era niño.
Relación del paciente con los hermanos: muy buena
Relación conyugal: Muy buena
Relación con los hijos: Muy buena
Observaciones: Paciente presenta una red familiar estable, la cual le ayudaría como apoyo antes su situación emocional.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno:

Paciente presenta un trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad, originado a partir de un problema en su trabajo y en el cual se vió involucrado y afectado de una manera a la que considera injusta. Esta situación habría llevado al paciente a tomar la decisión de jubilarse de una manera repentina y no planeada, la cual le llegó afectar en gran medida.

Se puede identificar elementos mantenedores de ansiedad del paciente, como el tratar de evitar relacionarse con amistades de la institución por temor a que le vuelvan a tocar el tema, a su vez evitaría pasar por lugares cercanos a la institución por temor a sentir malestar.

Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos posiblemente gestados desde su niñez. Paciente aria referencia no haber podido disfrutar de comodidades en su niñez y adolescencia, lo cual le llevó a esforzarse por alcanzar un bienestar en el futuro a través de sus logros. En su edad adulta estos rasgos ya se habrían visto aún más marcados en aspectos de responsabilidad laboral, reforzando más estos principios. Positivamente se destaca que el paciente presenta una buena integración psíquica, como un buen grado empático y flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal como:

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como técnicas de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

**EVOLUCIÓN
APLICACIÓN - TÉCNICAS**

Fecha	Evolución	Actividad
24/02/2014	Paciente en consulta menciona estar atravesando un problema emocional causado por una injusticia poco antes de jubilarse.	Se recoge datos para llenar ficha clínica. Se aplica el test de Hamilton para medir ansiedad, el cual dió 20 en la escala de ansiedad para tipo moderada. Finalmente el Paciente acepta formar parte del programa grupal.
24/04/2014	Paciente menciona una mejoría considerable y que sus síntomas casi desaparecieron en un 95 %. Hace referencia que lo que le ayudaría a mejorar es haber enfrentado sus miedos a través de sus conductas de enfrentarse a sus miedos.	Se procede aplicar un retest de Hamilton, obteniendo una puntuación de 6 en la escala de una ansiedad tipo leve.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 2

Fecha: 18/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: BY

Edad: 65 años

Estado Civil: Casada

Residencia: Cuenca

Instrucción: Secundaría

Informante: Paciente

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	
Profesional	<input type="checkbox"/>	Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente en la entrevista menciona malestar emocional, debido a reciente jubilación hace un poco más tres meses. Como síntomas menciona: angustia en horas de la mañana, intranquilidad, impaciencia, irritabilidad hacia ella y falta de concentración, temiendo ya estar presentando la enfermedad de alzhéimer. Entre otros síntomas refiere: problemas para conciliar el sueño, pensamientos persistentes de que no debía haberse jubilado, llevándole a generarse dolores constantes de cabeza.

IMPLÍCITA: No se sabe.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

- Recuerdos negativos del padre y de su madre cuando se encontraban vivos.
- Fallecimiento de un hermano
- Relación conflictiva con su esposo.
- Problemas de baja autoestima desde muy joven
- Reciente jubilación

Como síntomas refiere:

Intranquilidad, impaciencia, irritabilidad, falta de concentración, problemas para conciliar el sueño y pensamientos constantes de que no debía jubilarse, dolores de cabeza.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en la ciudad de Cuenca, es la primera de tres hermanos, uno ya fallecido. A la vez no refiere enfermedad significativa o síntomas de ansiedad en su infancia ni adolescencia. Sobre la relación con sus padres esta habría sido no muy buena, ya que eran de mal carácter y estrictos.

Su niñez refiere haber sido algo temerosa, con cierta timidez, pero llegando a culminar sin problema la escuela y parte de colegio, retirándose para trabajar. Se casó a los 17 años y de ese matrimonio concibió 4 hijos, los cuales todos están casados. Sobre su relación conyugal menciona llevar una relación no funcional, porque menciona que su esposo tendría un comportamiento muy grosero y por temor a ser abandonada prefiere hacer todas las cosas de la casa y tenerle todo listo para que esté tranquilo. Recuerda de su adolescencia que su padre la gritaba casi parecido a lo que hace su esposo, por lo cual cree tener un trauma. Sobre sus labores, trabajó en la empresa Colineal 29 años llegando a jubilar como costurera en ese lugar.

Con respecto a su problema emocional actual, este aparecería al poco tiempo de jubilarse con síntomas de angustia especialmente en horas de la mañana, a más de impaciencia, irritabilidad, falta de concentración, problemas para conciliar el sueño y pensamientos constantes de que no debía aun jubilarse, lo que generaría dolores de cabeza.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Beck para la depresión:** 7 (depresión leve).
- **Test de Hamilton para la ansiedad:** 18 (ansiedad moderada).
- **Personalidad SEAPsi:** 8 (Personalidad con rasgos dependientes).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno adaptativo con síntomas ansiosos, a causa de una reciente jubilación. La sintomatología que sustenta este diagnóstico es la siguiente:

- Como sintomatología ante esto menciona presentar:
- Angustia en horas de la mañana
- Intranquilidad, impaciencia, irritabilidad e inquietud
- Problemas de concentración.
- Problemas para conciliar el sueño
- Pensamientos absurdos constantes de que no debía aun dejar su trabajo, por lo que le generaría dolores de cabeza.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad de tipo déficit relacional con rasgos dependientes, debido a las siguientes características:

- Dificultad de tomar decisiones por si sola
- Temor a la desaprobación y abandono
- Dificultad para expresar desacuerdos con los demás
- Sentirse incómoda y desamparada cuando está sola

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES:

El pronóstico de la paciente es bueno debido a su predisposición a la terapia, a su vez tendría una buena capacidad reflexiva y su personalidad dependiente ayudará a que se adhiera mejor a la terapia.

FICHA DE PAREJA E INTERCACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: regular
Relación conyugal: regular
Relación con los hijos: buena
Observaciones: La relación con su esposo es deficiente, pero la relación con sus hijos es funcional, lo que ayudaría de manera positiva a evitar alguna recaída emocional.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno:

Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad generado a partir de su jubilación, lo que le llevaría a pensar que ya no sirve para nada. Cabe destacar que su situación de inestabilidad por su jubilación, vendría reforzada aún más por la mala relación que tiene con su esposo, lo que haría que la paciente no tenga un apoyo moral. A la vez el hecho de sentirse sola y con mayor tiempo libre generaría que se mantenga y se agudicen sus síntomas.

Formulación dinámica de la personalidad:

Su personalidad dependiente vendría generada con seguridad desde su infancia al referir identificándose con su madre quien sería servicial y sumisa. Se puede también interpretar que su esposo llegaría a representar esa figura paterna dominante por lo que se vería la paciente en la necesidad de

cumplir sus deseos y necesidades a pesar de su desacuerdo por temor a quedarse abandonada. Cabe destacar que el paciente presenta un correcto funcionamiento de sus procesos cognitivos, buen grado de empatía y flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto.

Señalamiento de objetivos

Con relación a la sintomatología.

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas:

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como técnicas de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
18/02/2014	Paciente en la entrevista hace referencia a su situación de malestar emocional, relacionado a su reciente jubilación.	Se recoge datos para llenar ficha clínica. Se aplica escala de ansiedad de Hamilton, obteniendo una ansiedad moderada con 18 puntos. Paciente acepta formar parte del programa grupal.
24/04/2014	La paciente expresa que sus síntomas han disminuido, debido a entender ahora que hizo lo correcto al jubilarse.	Se procede a revalorar a la paciente con la escala de Hamilton, obteniendo una puntuación satisfactoria de 9 puntos en la escala, acorde a una ansiedad tipo leve.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 3

Fecha: 11/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: NZ

Edad: 66 años

Estado Civil: Casada

Residencia: Cuenca

Instrucción: Secundaria

Informante: Paciente

Tipo de consulta:

Ambulatorio	x	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente menciona presentar un malestar emocional debido a estar en tratamiento médico de leucemia hace 3 años. Ante esta situación también menciona presentar tensión con un gran nerviosismo cada vez que tiene que hacerse los exámenes de control, lo cual le haría presentar dificultades para conciliar el sueño por pensamientos relacionados con la muerte, dificultad para concentrarse. Entre otros síntomas sugiere: dolor del cuello y hombros, vacío en el estómago, pesadillas especialmente vísperas a cada consulta médica.

IMPLÍCITA: Temor a empeorarse de su enfermedad.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Entre sus antecedentes disfuncionales más significativos de la paciente se puede mencionar:

- Padres fallecidos con quienes no llegó a tener una buena relación.
- Divorcio con su primer esposo debido a una traición.
- actualmente está casada pero su esposo tiene Parkinson por lo que no tienen buena comunicación y relación afectiva.
- Paciente presenta enfermedad "Leucemia mieloide", por lo cual periódicamente de realizarse controles, lo que le representa un temor constante.
- Existiría una relación distante con sus familiares tanto de ella como de su esposo.

- Una de sus hijas está realizando la rural de medicina por el oriente, por lo cual regresa a casa cada 15 días o más, causándole una preocupación igualmente constante.
- Añade presentar síntomas como: inquietud especialmente cada vez que tiene que hacerse los exámenes médicos, dolor del cuello, hombros, vacío en el estómago, preocupación insomnio y pesadillas.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Nelly es de la ciudad de Cuenca, tiene seis hermanos, con quienes no tiene una buena comunicación. Con respecto a sus progenitores cuenta que su relación no fue buena, debido a que siempre sintió que habría favoritismos hacia sus hermanos. A su padre la recuerda como muy estricto y dominante y su madre no muy afectiva con ella. Sobre su niñez y adolescencia no menciona alguna enfermedad que tenga relación con su enfermedad actual. Sobre sus estudios dice le gustaba esforzarse mucho y resaltar por su dedicación, por lo que llegó a culminar el colegio sin problema, dedicándose luego a trabajar y debido a que se quedaría embarazada ya no habría podido estudiar la universidad lo cual siente le dejó un vacío.

Sobre su situación laboral, trabajó casi toda su vida en la empresa ATP en el área administrativa. Se considera una mujer organizada, metódica y sobre todo recta en sus cosas, llegándose a jubilar hace un año y medio aproximadamente, situación comenta en los primeros meses le habría afectado.

De su vida matrimonial comenta que contrajo matrimonio a los 24 años en contra de la voluntad de sus padres, lo cual dice arrepentirse, ya que esta persona le traicionó y le dejó con dos hijos, situación que también le llevó a deprimirse, debiendo tomar por un tiempo tranquilizantes. Luego a los 36

años se casó nuevamente con un hombre de su misma edad con quien vive hasta la actualidad y tienen una hija de 23 años quien estudia medicina y está realizando la rural por el oriente, situación más que ahora le preocupa, debido a que vive sola con una amiga. Sobre su vida matrimonial también dice está muy complicada debido a que su marido tiene Parkinson avanzado y es como un extraño en casa, todo le molesta y prefiere estar aislado de nosotros, e incluso cuenta que llevan varios años durmiendo en habitaciones distintas, por lo que se siente muy sola.

Con respecto a su salud cuenta que padece de Leucemia Mieloide, de lo cual los médicos han dicho que si se controla esta no llegaría hacerse maligna. Sin embargo siempre se preocupa cuando tiene que realizarse los análisis periódicos. También menciona insomnio con pesadillas vísperas a sus valoraciones, debido a tener pensamiento de que quizá algún rato no se despierte; ya que cada vez que al médico este suele decirle que sus defensas están más bajas, por lo que le preocupa mucho.

Entre otros síntomas menciona: tensión muscular con dolor del cuello, hombros, con un vacío en el estómago y mucha preocupación con dificultad para dormir, especialmente vísperas de la consultas.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Hamilton para la ansiedad:** 21 (depresión moderada).
- **Test de Beck para la depresión:** 6 (depresión leve).
- **Personalidad SEAPsi:** 7 (Personalidad anancástica).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno adaptativo con ansiedad de tipo crónico debido a enfermedad, presentando los siguientes criterios y síntomas:

- Existe la presencia de un estresante que llegaría a ser causa de su trastorno.
- La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno especificado y los síntomas no responden a una situación de duelo.
- La alteración es considerada de tipo crónica debido a que esta tiene una duración mayor de 6 meses, debido a la respuesta de un estresante permanente.
- Como síntomas de ansiedad se menciona: Nerviosismo, preocupación e inquietud lo que le generaría a nivel físico: dolor del cuello y hombros, vacío en el estómago.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Paciente demuestra una personalidad cognitiva con rasgos anancásticos debido a las siguientes características:

- Organizada y metódica.
- Partidaria del orden y las buenas costumbres.
- Responsable y perfeccionista.
- Cierta rigidez de pensamiento.
- Apego al trabajo y la productividad.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES:

El pronóstico de la paciente es incierto debido a que el estresante es de una enfermedad permanente, sin embargo la terapia grupal y las distintas técnicas especialmente de relajación y sugestión le ayudarán a la paciente a disminuir sus síntomas.

FICHA DE PAREJA Y FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
Esposo: debido a su enfermedad de Parkinson, presentaría actualmente una personalidad con rasgos evitativos.
INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: regular
Relación conyugal: regular
Relación con los hijos: buena
Observaciones: Las redes familiares de la paciente no son cuantiosas, sin embargo la relación con sus hijos es buena, lo que ayudaría en caso de una recaída.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno:

Paciente presenta un trastorno adaptativo de ansiedad crónico. Determinándose como causa principal el sufrir desde hace 3 años de "Leucemia" (Cáncer a la sangre). Esta ansiedad se iría mantendría de forma crónica, debido a las evaluaciones periódicas que la paciente estaría sujeta a realizarse para su tratamiento. Cabe también mencionar la presencia de otros tres estresantes que influirían en su ansiedad manteniéndola constante: 1. la enfermedad de Parkinson de su esposo, lo que ha llevado con los años a degenerar sus relación, al punto que duermen en camas separadas desde hace algunos años. 2. existiría una relación distante con los familiares y finalmente una de sus hijas está viviendo sola fuera de la ciudad debido a sus estudios en medicina, lo que le generaría también una preocupación.

Formulación dinámica de la personalidad

Paciente presenta una personalidad cognitiva con rasgos anancásticos. Personalidad generada posiblemente por un exceso control parental y por sentirse menos querida por sus padres en relación con sus hermanos, lo cual le obligaría a buscar mayor perfección en las cosas para compensar sentimientos de deficiencia. Esto también denotaría en su vida laboral al ser como refiere, organizada y perfeccionista. Cabe destacar que la paciente denota una buena capacidad intelectual como de integración psíquica, buen grado de flexibilidad, una positiva capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, con un locus de control interno adecuado motivada a seguir el tratamiento.

Señalamiento de objetivos

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas

Con relación a la sintomatología

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como técnicas de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN
APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
11/02/2014	Paciente es llamada para valoración, mencionando en consulta su situación emocional por la que está atravesando.	Se procede a entrevistar y llenar la ficha clínica de la paciente. A la vez se aplica el test de Hamilton, dando un resultado de 21 puntos en la escala de una ansiedad de tipo moderada. Paciente acepta ingresar a terapia grupal.
24/04/2014	Paciente después del programa ha manifestado tener mayor tranquilidad y que seguirá aceptando su situación. Con respecto a sus síntomas dice haber mejorado mucho a pesar de algunas molestias que aun presentes.	Se procede a revalorar síntomas de ansiedad mediante la aplicación de un retest de Hamilton. Dando como resultado un puntaje de 13 de un nivel de ansiedad leve.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 4

Fecha elaborada: 20 / 02/ 2014

Elaborada por: Diego Lazo.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: V D

Edad: 67 años

Estado Civil: soltera

Residencia: Cuenca

Instrucción: Superior

Informante: Paciente

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	
Institucional	<input type="checkbox"/>	Otros	

DEMANDA

Explícita:

Paciente expresa intranquilidad con temor a que le pueda suceder algo malo, especialmente cuando está sola tanto en su casa como en la calle. Entre sus síntomas y preocupaciones refiere: disminución de la atención, tensión muscular, sueño intermitente, cierta intranquilidad al quedarse sola, especialmente en las noches.

IMPLÍCITA: No se sabe.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

- Padre habría sido una persona agresiva.
- Quedo embarazada a los 29 años y sobre todo ilusionada en su pareja, quien le habría ocasionado una gran decepción.
- Víctima de un asalto en la calle hace 12 años por un hombre de color, situación que le generaría temor hasta la fecha al ver a una persona con esas características.
- Dos fallecimientos que menciona le impactaría: El de su hermana hace varios años y el fallecimiento de una vecina hace pocos meses.
- Al hablar de su estado emocional menciona cierta variabilidad.

- Como síntomas refiere: disminución de la atención, tensión muscular, sueño pausado, intranquilidad al quedarse sola especialmente en las noches.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en Cuenca y no refiere discapacidad o enfermedad significativa. Al preguntarle sobre su niñez recuerda esta fue algo dolorosa, debido a que su padre era una persona grosera, razón por lo que quizá atribuye haber sido una persona variable emocionalmente. Con respecto a su adolescencia recuerda haber sido tranquila. A los 29 años conocería a un hombre de quien se llegó a ilusionar quedándose embarazada, pero al poco tiempo de eso se enteró que este era casado, por lo que decidiría jamás volverle a ver y a la vez generaría una total desconfianza en otros hombres, dedicándose solo a vivir para su hija, estudiar a distancia la universidad la cual no pudo llegar a concluirla, debido al tiempo que le ocupaba y trabajar para poder defenderse con su hija.

Sobre sus padres; cuenta que cuidó a su papá hasta la vejez, a pesar que sus recuerdos con respecto a él no eran buenos. En cambio el fallecimiento de su madre habría sido triste. También refiere dos muertes que le llegaría impactar mucho. Primero el de su hermana con cáncer al estómago viéndole sufrir demasiado, esto hace ya varios años y el de una vecina que era muy amiga hace pocos meses atrás.

Explica que uno de los sucesos que considera muy traumático sería hace 12 años en la ciudad de Guayaquil, donde fue víctima de un robo a mano armada mientras estaba esperando a su familia en un automóvil y que el asaltante habría sido una persona de color y que recientemente hace pocos meses atrás en la noche, por la ventana de su cuarto pudo observar que un hombre de piel morena, quería ingresar a su domicilio trepándose la puerta del garaje de su casa, por lo que tuvo que gritar y eso ocasionó a

que salga su yerno y su hija y llamen a la policía, razón por lo que dice temer estar sola y ver una persona de color.

Al hablar de su estado emocional, menciona que suele ser variable, explicándose de esta manera: Suelo despertar en las mañanas muy desanimada de lo cual suele depender a que tenga un buen o mal día. Aunque suele variar ese estado también de manera positiva. Como sintomatología refiere: disminución de la atención, tensión muscular y cierta dificultad para conciliar el sueño.

Con respecto a su situación económica menciona estar estable, trabajó en una institución pública por muchos años llegando a jubilarse en ese lugar. Su vivienda también es propia con dos departamentos, donde ella viviría en el primer piso y su hija con el esposo en el otro, manteniendo con ellos una muy buena relación.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de depresión de Beck:** 5 (depresión leve).
- **Test de ansiedad de Hamilton:** 22 (ansiedad moderada).
- **Test de personalidad SEAPsi:** 8 (Personalidad ciclofímica).

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno de ansiedad no especificado, debido a no cumplir con todos los criterios para algún otro tipo de ansiedad. Algunos de sus síntomas nos llevaría a pensar en una fobia específica de temor a personas de color o salir a la calle, sin embargo no cumple con todos los criterios para esta o para cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD.

Paciente presenta una personalidad emocional con rasgos ciclotímicos, debido a las siguientes características.

- Oscilaciones de su cambio de ánimo e hipersensibilidad.
- Contactos social fácil, agradables, alegre que se alteran con periodos de retraimiento social.
- Preocupación por los demás
- En estado positivo es activa - optimista y en estado negativo tornándose triste, pasiva y negativita.

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES:

Como recomendación iniciar tratamiento grupal. Se recomienda potenciar sus recursos personales, disminuir la sintomatología presentes y trabajar en sus distorsiones cognitivas.

FICHA DE INTERACCIÓN DE PAREJA Y FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida.
Relación del paciente con el padre: Fallecido.
Relación del paciente con los hermanos: Buena.
Relación conyugal: Soltera
Relación con la hija: Muy buena.
Observaciones: Paciente vive en la misma casa con su hija llevando una buena relación.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación Dinámica del Trastorno:

Paciente presenta un trastorno de ansiedad no especificado. Algunos de sus síntomas nos llevarían quizá a pensar que presentaría un tipo de fobia específica de temor a personas de color o salir a la calle, sin embargo no cumpliría con todos los criterios para esta, o para cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad. Sin embargo su ansiedad estaría originada en dos momentos concretamente. El primero por el asalto en Guayaquil hace doce años y el otro hace pocos meses cuando una persona de color quiso como dice la paciente ingresar a su casa. Finalmente de esta situación se originaría ciertas distorsiones cognitivas como es la Sobregeneralización ante personas de color.

Formulación Dinámica de la Personalidad.

Personalidad afectiva con rasgos ciclotímicos, posiblemente gestados al sentir amor y odio ante su padre, al recordar cómo este la sabría maltratar si compasión y después el tener que cuidar de él en su vejez. Luego su relación sentimental frustrada, la llevaría a generar conflictos emocionales llevándole a no volver a creer en otros hombres prefiriendo quedarse sola en la vida con su hija. Todas estas situaciones a más de las ya mencionadas por asaltos y pérdidas la llevarían a presentar en sus emociones cierta variabilidad generándole este tipo de personalidad.

Positivamente se destaca que la paciente presenta una buena integración psíquica, así como un buen grado empático y reflexivo. Su locus de control externo también se ve adecuado, motivada a seguir el tratamiento.

Señalamiento de objetivos

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

**EVOLUCIÓN
APLICACIÓN TÉCNICA**

Fecha	Evolución	Actividad
20/02/2014	Paciente asiste a consulta para evaluación y menciona un problema de ansiedad y estrés causado por temores a situaciones como salir a la calle y ver personas de color.	Se recoge datos para llenar la ficha clínica. Se aplica luego el test de Hamilton y se obtiene una puntuación de 22 de una ansiedad de tipo moderada. El test de Beck denotaría un bajo nivel de depresión.
28/04/2014	La paciente menciona una mejoría y que su manera de pensar es otra por ahora.	Se procede a reevaluar con el test de Hamilton, obteniendo una puntuación de 11 puntos en la escala. A su vez se procede a reforzar sus logros para evitar posibles recaídas.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 5

Fecha: 26/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo.

Nombre: S C.

Edad: 68 años.

Estado Civil: casado.

Residencia: Cuenca

Instrucción: Primaria.

Informante: Paciente.

Tipo de consulta:

Ambulatorio	x	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

DEMANDA:

EXPLÍCITA:

Paciente refiere presentar desde hace unos 3 meses: incertidumbre, agitación, intranquilidad con problemas para conciliar el sueño. Como molestias físicas refiere: Dolor en el cuello y hombros, dificultad para concentrarse, temblor en las manos y nerviosismo, molestias gástricas.

IMPLÍCITA: Ser tomado en cuenta por sus hijos.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

- Necesidades económicas cuando era niño y joven.
- Paciente refiere sentirse con falta de autoridad en su casa y presenta una relación disfuncional con sus hijos adultos que viven en casa.
- A partir de su jubilación hace 3 años su relación con sus hijos disminuyó y se siente impotente ante esta situación que dice cada día se complica.
- Como sintomatología el paciente refiere: incertidumbre, agitación, intranquilidad con problemas para conciliar el sueño, Dolor en el cuello y hombros, temblor en las manos y nerviosismo, molestias gástricas.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en la ciudad de Loja, no menciona ningún problema o enfermedad significativa en su niñez ni adolescencia. Con respecto a su familia menciona que nunca llegó a conocer a su padre, situación que siempre añora eso en su niñez. Sobre su madre tiene pocos recuerdos

agradables porque solía ser poco afectiva, pero sin embargo siempre estuvo con él y falleció hace 12 años.

Paciente refiere que estudió el colegio hasta tercer curso y luego debido a necesidades económicas se dedicó a trabajar en el campo ayudando a su madre. A los 23 años se radica en Cuenca, debido a influencia de un amigo, quien le habría encontrado trabajo de mesero. Así iría prosperando y encontrando mejores oportunidades de trabajo como de: vendedor, chofer de un camión en una empresa del gobierno y una distribuidora de material eléctrico que es donde finalmente se jubiló.

Con respecto a su esposa esta tiene 48 años y lleva una buena relación con ella. Tiene también 4 hijos quienes son todos ya adultos, solteros y profesionales viviendo en casa con él y sin aportar un centavo. Ante esto menciona que desde hace 3 años a partir de su jubilación, su relación cada vez ha sido peor con ellos. Su madre les habría sabido cuidar cuando él trabajaba y dice que quizá por eso son más apegados a ella. Pero dice que sin embargo no explica su manera de comportarse tan indiferente y fría, por lo que refiere: "Desde que se graduaron en la universidad son unos burros y son mi talos de aquiles, ya que son totalmente descariñados, necios, es como que si yo no existiera en casa y para todo es su madre, suelen decir que soy una persona muy anticuada, pero pienso que más bien tienen vergüenza de mi por mi nivel social y educacional que a la final sacrifique por darles todo a ellos".

Sobre su manera de ser; se atribuye como una persona que se hizo así misma, pues en su adolescencia maduró mucho, sacrificando amistades y fiestas que casi nunca llegó a tener por trabajar. Siempre pensaba en que algún día prosperaría y tendría todo él y su familia. Sobre él se dice ser una persona con valores, ordenada en sus cosas y su vida. Siempre busco ser honesto en su trabajo, razón por la que fue siempre tomado en cuenta para todo trabajo y quedaba bien en todas partes por su esfuerzo y perseverancia. .

Sintomatológicamente explica presentar: agitación, intranquilidad con problemas para conciliar el sueño. Como molestias físicas refiere: Dolor en el cuello y hombros, dificultad para concentrarse, temblor en las manos, molestias gástricas. También expresa no haber pasado antes una situación parecida y tampoco ha llegado a tomar pastillas para algún estado parecido.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de depresión de Beck:** 7 (depresión leve)
- **Test de ansiedad de Hamilton:** 22 (Ansiedad moderada)
- **Test de personalidad SEAPsi:** 8 (Rasgos anancásticos)

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA

Paciente presenta un problema de relación familiar con sus hijos, lo cual le estarían generando síntomas de ansiedad como: incertidumbre, agitación, intranquilidad con problemas para conciliar el sueño. Como molestias físicas refiere: Dolor en el cuello y hombros, dificultad para concentrarse, temblor en las manos, molestias gástricas.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos debido a las siguientes características:

- Rigidez en las tareas y en sus pensamientos.
- Enfatizando la justicia y la responsabilidad en tareas y valores.
- Pensamientos continuos recurrentes.
- Perfeccionista.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES

Como pronóstico se considera favorable debido a que el paciente tiene una familia funcional y una buena red de apoyo de su esposa y familiares a pesar de tener inconvenientes con sus hijos. Se recomienda seguir el programa propuesto, esto le ayudará a organizar mejor sus emociones y pensamiento.

FICHA DE PAREJA Y DE INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Nunca lo conoció
Relación del paciente con los hermanos: muy buena
Relación conyugal: Muy Buena
Relación con los hijos: Regular
Observaciones: Paciente presenta positivamente una red de apoyo familiar especialmente de su esposa, a pesar de tener inconvenientes con sus hijos.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación dinámica del problema

Su condición emocional actual de inestabilidad, estaría dada a raíz de que sus hijos terminarían la universidad formándose como profesionales, llegando a ser independientes y nada colaboradores dentro del hogar. Cabe indicar que sus hijos se habrían criado con su madre por lo que su relación tiende a ser mejor con ella, mientras su padre laboraba todo el tiempo. A raíz de la jubilación del paciente, este ahora pasaría más tiempo en casa, esperando tomar las decisiones, lo que vendría a generar dificultades con sus hijos por diferencia de ideas.

El paciente en consulta demostró una cierta actitud dominante e inflexible, atribuyendo su forma de ser a la vida que llevo de trabajo y responsabilidad en su juventud.

2. Formulación dinámica de la personalidad

Su personalidad anancástica posiblemente fue heredada de uno de sus padres, a más de ser reforzada por las circunstancias que se le irían presentando en su vida desde su niñez, por deficiencias y privaciones a las que tuvo que afrontar. A su vez esta deficiencia también lo llevaría a tener perspectivas de buscar un cambio en su futuro en base al esfuerzo y dedicación. Pero también estos cambios con gran seguridad habrían generado en él una mayor rigidez de pensamiento. Positivamente se puede destacar que el paciente presenta integración psíquica, buen grado empático y flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad.
(Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis).
(I, E, & Ellis, 2002).

- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
26/02/2014	Paciente en consulta explica la situación familiar por la que está atravesando y que le está generando problemas a nivel emocional.	Se recoge datos para llenar la ficha clínica y se aplica el test de Hamilton encontrando un puntaje de ansiedad de y test de Beck. Paciente acepta formar parte del programa grupal.
25/04/2014	Paciente ante su situación menciona estar tratando de mejorar su relación en base a no solo esperar un cambio de sus hijos, sino del mismo, por lo que positivamente esta ahora conversando.	Se procede a entrevistar nuevamente al paciente y se le realiza un retest con la escala de Hamilton, el cual indicaría un puntaje de 11 en la escala de un nivel de ansiedad de tipo leve, lo que se considera muy satisfactorio.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 6

DATOS INFORMATIVOS

Fecha: 24/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo G.

Nombre: D. A.

Edad: 71

Estado Civil: Casada

Residencia: Cuenca

Instrucción: Secundaria

Informante: Paciente.

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	
Profesional	<input type="checkbox"/>	Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente refiere que aproximadamente hace siete meses presenta preocupación a una variedad de situaciones como: Tomar el bus, contestar una llamada telefónica en la noche, ir de compras, temor a enfermarse. Como sintomatología sugiere: irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, falta de concentración, tensión muscular, sofocación Etc.

IMPLÍCITA: Llamar la atención de su hijo.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

- Fallecimiento de sus progenitores.
- Angustia cuando su hijo casado no llega a casa a visitarle.
- Preocupación por su envejecimiento.
- No soporta a su esposo por su avanzada edad y le molesta atenderle.
- Impaciencia ante diferentes situaciones cotidianas
- Como sintomatología refiere: Irritabilidad, Problemas para conciliar el sueño, falta de concentración, tensión muscular, sofocación Etc.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en la ciudad de Cuenca y tiene 71 años de edad, refiere venir de una familia funcional de 12 hermanos, con quienes tiene una relación estable. No menciona alguna enfermedad significativa en su niñez ni adolescencia. Comenta haber sido siempre una persona alegre y muy sociable, pero ahora presenta una cierta preocupación ante diversas situaciones cotidianas que antes sabría realizarlas sin problema.

Con respecto a su padre tiene pocos recuerdos de él, porque habría fallecido cuando ella era muy niña, en cambio su madre falleció hace 8 años, a la edad de 93 años, situación que le habría afectado de gran manera, ya que eran muy unidas. Sobre sus estudios llegó hasta cuarto curso, explicando que solía ser muy sociable pero un poco ansiosa, por lo que tendía a comer generalmente dulces especialmente chocolates.

Paciente recuerda haber tenido en su juventud varios enamorados pero que a ninguno les habría tomado en serio. Pero a los 29 años se casó, dedicándose solo al cuidado de sus hijos, aunque nunca dejó de salir a reuniones sociales. Sobre su relación conyugal dice: "mi esposo era muy mujeriego y apegado a su madre, por lo que siempre discutíamos constantemente", pero culmina diciendo que a pesar de eso era una buena persona, especialmente trabajadora y siempre en lo económico dio todo a su familia. Añade que desde niña habría disfrutado de comodidades que le brindarían su madre y familiares y que su esposo en ese sentido siempre le dio comodidades. Su marido hoy en día tiene 80 años, refiriéndose a él de esta manera: "ya no puedo soportarlo, me molesta atenderlo, especialmente estos últimos años se ha vuelto exigente y más viejo".

Sobre la relación con sus hijos dice esta ser muy buena, viviendo en casa con un hijo soltero de 29 años que anda comprometido, situación que le daría mucho temor porque las chicas ya no son como antes. A su vez tendría otro hijo casado que ahora ya no va seguido a su casa y eso le causaría un gran malestar. Al preguntarle cuál fue su reacción al final de su periodo de fertilidad menciona: "me afecto de gran manera, me tuve que hacer un tratamiento con hormonas, pasaba de malgenio y me costó aceptar, ya que siempre he sido vanidosa". Agrega que suele sugestionarse con facilidad y que estos tiempos se ha vuelto impaciente.

Sobre sus síntomas actuales, menciona que desde hace siete meses siente mucha preocupación por una gran variedad de acontecimientos, lo cual parece con el paso del tiempo se volverían más intensos. Entre estos temores menciona: Tomar un colectivo, contestar el teléfono en la noche, ir de compras, temor a enfermar. Entre otros síntomas menciona: irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, falta de concentración, tensión muscular, sofocación Etc.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- Test de Hamilton para la ansiedad: 24 (ansiedad moderada).
- Test de Beck para la depresión: 4 (sin depresión).
- Test de personalidad SEAPsi: 7 (personalidad con rasgos histriónicos).

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno de ansiedad generalizada debido a los siguientes criterios y sintomatología presentados a continuación:

- Preocupación en diferentes situaciones cotidianas de su vida, provocando malestar clínicamente significativo con cierto deterioro social.
- Su malestar no estaría asociado a efectos fisiológicos o directos de una sustancia.

Como sintomatología refiere:

- Irritabilidad e impaciencia
- Tensión muscular
- Sofocación
- Alteración del sueño
- Dificultada para concentrarse

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad afectiva con rasgos histriónicos de personalidad, debido a características:

- Incomodidad al no ser el centro de atención de sus hijos.
- Vanidad en su apariencia y conducta.
- Cierta dramatización al expresarse.
- En su juventud habría tenido muchas relaciones de tipo superficial.
- Tendencia a la teatralidad, con escasa tolerancia a la frustración.
- Forma de hablar subjetiva y con matices expresivos.

PRONÓSTICO Y RECOMENDACION:

Se recomienda formar parte del programa. Trabajar con valores gestálticos y cognitivos le podría ayudar a cambiar pensamientos disfuncionales disminuyendo así sus temores.

FICHA DE PAREJA DE INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: Muy buena
Relación conyugal: Regular
Relación con los hijos: Muy buena
Observaciones: Paciente presenta una buena relación con sus hijos, lo que generaría un soporte funcional ante cualquier situación emocional que se pueda presentar. Su mala relación con su esposo podría generar inconvenientes emocionales.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno

Paciente presenta un trastorno de ansiedad generalizada, evidenciada como tal aproximadamente desde hace 7 meses, debido a una serie de preocupaciones de la cual denotarían estarían volviendo incapacitantes dentro de su vida diaria. Se puede observar factores que posiblemente propiciarían esta situación, como al mencionar la paciente que desde adolescente ya habría existido cierta tendencia a ser preocupada y ansiosa. También el mencionar que existiría en ella una insatisfacción de atender a su esposo y tener que hacerlo podría estar sumándose a su inestabilidad emocional, generándole sus otros temores o miedos como de perder a sus hijos o enfermar.

Formulación dinámica de la Personalidad

Personalidad afectiva con rasgos histriónicos, generados posiblemente desde su niñez, debido a una sobreprotección y complacencia de su madre y familiares. De igual forma su esposo habría sido complaciente con ella brindándole todo lo necesario, por lo que la paciente jamás habría pasado necesidades, reforzando aún más estos rasgos de personalidad. Positivamente se destaca en la paciente una buena integración psíquica y un buen grado empático, a más de flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto y el tratamiento.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de Técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson.
- (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN - APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
24/02/2014	Paciente en la entrevista se muestra muy nerviosa y explica estar pasando por una situación emocional de inestabilidad y de muchas preocupaciones.	Se recoge datos para llenar ficha clínica. Se aplica el test de Hamilton, el cual reflejó 24 puntos de una ansiedad tipo moderada. Paciente finalmente acepta formar parte del programa grupal.
24/04/2014	Culminado el programa, la paciente expresa tener una disminución de síntomas a pesar de mencionar aún la existencia de situaciones que aceptar y mejorar.	Se valora nuevamente mediante un retest de Hamilton, obteniendo 15 puntos, lo cual expresaría seguir presentando algunos síntomas de ansiedad de tipo moderada. Sin embargo se denota mejoría que la encontrada antes del programa.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 7

Fecha: 11/ 02/2014

Elaborada por: Diego Lazo G.

Nombre: LS

Edad: 72 años

Estado Civil: viuda

Residencia: Cuenca

Instrucción: primaria.

Informante: Paciente.

Tipo de consulta:

Ambulatorio	X	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente en consulta menciona que desde hace nueve meses está sola con su empleada, debido a que su hija y nieta se habrían casado por lo que saldrían a vivir en otro lugar. Esta separación dice estarle ocasionando problemas de tipo emocional como: Intranquilidad especialmente cuando su empleada toma sus días libres. Como síntomas describe: Tos nerviosa, dolores de cabeza, pesadillas con pensamientos de enfermarse o morir, sequedad de la boca, sofocos.

IMPLÍCITA: que su hija regrese o le lleven a vivir con ella.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

- Fallecimiento de su esposo y hermano
- Casamiento hace varios meses de su hija y nieta quienes habrían vivido con la paciente en la misma casa.
- Malestar emocional cuando la empleada toma los días libres, temiendo le pueda suceder algo al estar sola.
- Diabetes.
- Problema de ansiedad con somatización en la garganta desde niña
- Como sintomatología refiere: Tos nerviosa, sofocos, tensión muscular, sequedad en la boca, con sensación nudo en la garganta, dolor de cabeza, pesadillas.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en la ciudad de Cuenca, viene de un hogar estructurado de seis hermanos, de los cuales uno falleció hace algunos años debido a un infarto de miocardio, situación que le habría golpeado mucho. Sobre sus padres cuenta que tanto su madre como su padre habrían sido muy afectivos, falleciendo de avanzada edad por causas naturales.

Al preguntarle sobre su niñez, recuerda esta se llevó sin problemas y que era muy querida por su padre. Su adolescencia de igual forma no paso necesidades de ningún tipo, pero recuerda que cuando se ponía nerviosa o le pasaba algún tipo de suceso que la alteraba, solía enfermarse con facilidad. Sobre sus estudios cursó hasta sexto grado de la escuela, luego trabajó en una fábrica de chompas hasta la edad de 20 años y después se casó. Al recordar a su esposo dice: "Era muy buena persona y muy responsable como padre y marido, siempre estuvo pendiente de mi". Su fallecimiento también habría sido otro golpe fuerte, pero gracias al apoyo de sus hijos y en especial de su última hija quien vivió con ella muchos años pudo superar esta pérdida.

Hace un año su hija de 46 años y su nieta de 24 se casaron por lo que salieron de casa, quedándose la paciente a vivir sola con la empleada, a quien considera ahora su única compañía, razón por lo que ahora cuando le tocan sus días de descanso, suele sentir una gran angustia por miedo a que le pueda pasar algo malo al estar sola. Por lo que siente un nudo en la garganta, sofocación y tiene pesadillas. Al preguntarle sobre su forma de ser, expresa ser susceptible y afectiva, con cierta dificultad para tomar decisiones, también menciona tener dificultad de hablar sobre aquellas situaciones que le incomodan por temor al abandono o desaprobación.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de ansiedad de Hamilton:** 23 (ansiedad moderada)
- **Test de depresión de Beck:** 6 (depresión leve)
- **Test personalidad SEAPsi:** 7 (Personalidad con rasgos dependientes).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno de ansiedad no especificado debido a no cumplir con todos los criterios en el DSM-IV para otro tipo de trastorno. Sin embargo al revisar el DSM-V, esta cumpliría con los criterios de un trastorno de ansiedad por separación debido a los siguientes apartados:

- Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, accidente, calamidad o muerte.
- Preocupación con miedo excesivo y persistente a enfermar al estar sola al no sentir a su lado a figuras de mayor apego.
- Entre los síntomas se mencionan: Tos nerviosa, dolores de cabeza y pesadillas, sequedad de la boca, sofocos.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Paciente presenta una personalidad con rasgos dependientes debido a las siguientes características:

- Dificultad de tomar decisiones por si sola.
- Temor a la desaprobación y abandono.
- Temores exagerados de no poder cuidar de sí mismo.
- Se siente incómoda y desamparada cuando está sola.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES:

El pronóstico de la paciente es favorable y el trabajar en las sesiones con terapias sugestivas, relajación, respiración y autocontrol ayudara a que la paciente pueda analizar sus distorsiones cognitivas y sentirse mayormente segura al estar sola.

FICHA DE PAREJA E INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: Buena
Relación conyugal: Regular
Relación con los hijos: buena
Observaciones: Paciente a pesar de vivir sola, tendría una sólida relación con sus hijos, lo cual se considera le ayudaría en caso de que la paciente sufriera alguna recaída.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del Trastorno:

Paciente presenta un trastorno de ansiedad por separación, el cual daría inicio a partir de que su hija y nieta contraen matrimonio. Ahora solo viviría con su empleada doméstica en donde se puede observar a depositado su bienestar y tranquilidad de sentirse segura. Sin embargo paciente cada vez que ella sale de descanso empezaría a sentirse insegura y desprotegida presentando síntomas como: Tos nerviosa, dolores de cabeza, pesadillas con pensamientos de enfermar o morir, sequedad de la boca, sofocos e insomnio.

Formulación dinámica de la Personalidad:

Personalidad con rasgos dependientes, que con seguridad estarían generados desde su infancia, debido a una sobre protección por parte de su padre, que sería reforzada luego en su matrimonio con su esposo, al que consideraría como proveedor y el que daba seguridad a su familia.

Después del fallecimiento de su marido, quedaría viendo muchos años con su hija y nieta, en donde pudo descargar su dependencia y últimamente hacia su empleada doméstica quien vive con ella muchos años.

Cabe mencionar que la paciente presenta un buen nivel de integración psíquica y sus procesos cognitivos conservados, a más de un buen grado empático y motivada a seguir la terapia grupal.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson.
- (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN

Fecha	Evolución	Actividad
11/02/2014	Paciente en consulta menciona su situación emocional y sus síntomas físicos molestos.	Se recoge datos para la ficha clínica. Se aplica el test de Hamilton, el cual brindo 23 puntos de ansiedad moderada. Paciente acepta ingresar al programa.
29/04/2014	Paciente expresa estar más tranquila al quedarse sola y ha encontrado actividades a realizar cuando su empleada sale de descanso, por lo que se denota una mejoría.	Se realiza un retest con la escala de Hamilton, dando como resultado 18 puntos, que representaría ansiedad moderada pero con una menor intensidad a la expuesta antes de ingresar al programa.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 8

DATOS INFORMATIVOS:

Fecha: 20/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo G

Nombre: R P.

Edad: 72 años

Estado Civil: Casada

Instrucción: Primaria.

Informante: paciente

Tipo de consulta:

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

Ambulatorio	x	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente en consulta refiere que desde hace dos meses viene presentando temores de una manera anticipada. Entre estos pensamientos preocupantes menciona: quedarse sola en casa, enfermarse gravemente y especialmente temer cuando su hijo el menor que vive con ella sale de casa y no regresa pronto o no le llama. A más de esto dice que esta situación le estaría generando ciertos inconvenientes con su hijo y su esposo. Paciente refiere sintomatología como: impaciencia, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, sofocación.

IMPLÍCITA: No se sabe.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

- pérdida de un hijo de cinco años hace 40 años atrás, llevándole esto afectar emocionalmente.
- Infidelidad de parte de su esposo, guardándole hasta la fecha cierto resentimiento.
- Desde hace dos meses presenta preocupación ante sucesos como: temor a estar sola o enfermarse gravemente, temor a que le pueda suceder algo a sus hijos.
- como síntomas: preocupación exagerada, inquietud, irritabilidad, impaciencia, dificultad para dormir y sofocación.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en Cuenca, actualmente tiene 72 años, no menciona ninguna enfermedad significativa en su infancia, pero recuerda que de adolescente solía ser un poco estresada. Con respecto a sus hermanos dice que habrían sido 15 hermanos de los cuales nueve aún están vivos. Recuerda que sus padres le enviaron a ella con una hermana a vivir donde unos tíos, debido a que tendrían mejores posibilidades económicas pero que siempre estuvieron pendientes de ellas, razón por lo que nunca consideró esa separación como algo traumático. A la vez recuerda que tanto sus padres como sus tíos habrían sido estrictos y muy apegados a la religión, por lo que dice haber sido criadas con mucha rectitud.

Paciente contrae matrimonio a la edad de 20 años, hoy en día su esposo tiene 83. De esta relación procreo 5 hijos, de los cuales uno falleció hace 40 años a la edad de 5 años con leucemia, situación que la llevaría a deprimirse. Sobre la relación con su conyugue señala que en años pasado esta habría sido muy complicada, debido a que solía ser mujeriego y eso le habría causado un gran inestabilidad emocional, pero que sin embargo hoy en día siguen casados y su relación marcha relativamente bien, aunque en el fondo ella dice tenerle un cierto resentimiento.

Sobre su forma de ser explica que habría tenido una formación religiosa estricta toda su vida y que su carácter se formó posiblemente de la misma manera. Dice: "tenía una fábrica pequeña con mi esposo y los empleados solían tenerme recelo por mi carácter, me gustaba que todo esté siempre organizado y que los empleados sean muy puntuales. Pero el pasar de los años he notado que he cambiado porque me vuelto cada día más nerviosa, susceptible y siento que ahora me está afectando todo".

Con respecto a medicamentos para su estado emocional menciona estar tomando solo Setix para dormir. Sobre su jubilación esta no le habría causado efectos negativos, ya que trabajó en el negocio propio del esposo, en la cual ella se encargaba del manejo de los empleados y lo administrativo.

Con respecto a su situación actual, explica que vive en casa con su esposo, su hijo y una empleada quien es como otro miembro más de la familia. Ante esto menciona tener mucha intranquilidad especialmente cuando su hijo quien vive con ella sale a la calle, porque piensa que le podría pasar algo. "Cabe mencionar ante esto que su hijo es mayor de edad y aún sigue soltero". Como sintomatología ante todo lo mencionado la paciente refiere: impaciencia, irritabilidad, Insomnio, tensión muscular casi todo el tiempo en la espalda a más de sofocación. Ante esto menciona que estaría teniendo ciertos inconvenientes con su hijo y su marido por su intranquilidad que dicen que es exagerada.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Hamilton para la ansiedad:** 23 (ansiedad moderada).
- **Test de depresión de Beck:** 4 (Sin depresión).
- **Test de personalidad SEAPsi:** 7 (Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno de ansiedad no especificado, debido a no cumplir con los criterios diagnósticos de ningún otro trastorno de ansiedad o de tipo adaptativo, a la vez su malestar referido no cumple con el criterio de tiempo determinado como para categorizarlo en un trastorno de ansiedad generalizada. A continuación mencionamos solo los síntomas expuestos por la paciente:

- Como síntomas psicológicos: preocupación exagerada, inquietud, irritabilidad, impaciencia.
- Síntomas físicos: Dificultad para conciliar el sueño, sofocación, tensión muscular a nivel de la espalda.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos debido a mencionar ser:

- Organizada, metódica, escrupulosa.
- tendencia a conductas rígidas.
- Partidaria de actuar con principios y valores.
- Apego al trabajo y la productividad.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES

El pronóstico es favorable, debido a no presentar problemas actuales que puedan complicar sus síntomas presentes. Se recomienda asistir al programa psicoterapéutico.

FICHA DE INTERACCIÓN DE PAREJA Y FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: buena
Relación conyugal: Buena
Relación con los hijos: muy buena
Observaciones: Paciente presenta una red social aparentemente estable, lo que ayudará a fortalecer positivamente su estado emocional.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno

La paciente presenta un trastorno de ansiedad no especificado, debido a no cumplir con criterios diagnósticos de ningún otro trastorno de ansiedad o trastorno adaptativo. En su biografía referiría la pérdida de un hijo hace 40 años que le habría generado un gran dolor y posiblemente esa pérdida ahora quizá este vinculando a ese temor de volver a perder a un hijo, especialmente aquel que aún vive con ella. También la paciente habría mencionado un cierto rencor hacia su esposo por infidelidad en el pasado. Este rencor podría estar influyendo en una mala comunicación, llevándola a mantener su ansiedad.

Formulación dinámica de la personalidad

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos posiblemente a raíz de una formación religiosa estricta desde su niñez, luego esta se vería reforzada en su adultez al tener que estar a cargo de empleados del taller de su esposo, con quienes dice tenía que ser firme para que realicen bien las cosas. A la referencia que hasta sus trabajadores le habrían tenido cierto recelo por su fuerte carácter. Positivamente la paciente denota una buena integración psíquica, así como un buen grado empático con flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto y motivación a seguir la terapia grupal.

Señalamiento de Objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de Técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuanto a la ansiedad.
(Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis).
(I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson.
(Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN – TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
20/02/2014	Paciente en la entrevista explican la situación emocional por la que está atravesando.	Se recoge datos para llenar ficha clínica. Se aplica test de Hamilton el cual da una puntuación de 23 en la escala, representando una ansiedad moderada. La paciente acepta formar parte del programa grupal.
25/04/2014	La paciente luego de culminado la psicoterapia grupal, refiere sentirse mejor y aclara tener una mayor tranquilidad de sí mismo especialmente con sus pensamientos y rencores pasados.	Se procede a realizar una nueva entrevista y un retest mediante la escala de Hamilton, el cual daría como resultado una puntuación de 16 en la escala de ansiedad moderada.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 9

Fecha: 17/02/ 2014

Elaborada por: Diego lazo G.

Nombre: EC

Edad: 73 años

Estado Civil: Viuda

Residencia: Cuenca

Instrucción: Secundaria

Informante: Paciente

Tipo de consulta:

Ambulatorio	x	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

DEMANDA:

EXPLÍCITA:

Paciente en consulta menciona estar atravesando una gran intranquilidad de ansiedad debido a una serie de acontecimientos como: Ir al banco, subirse a un bus a más de sentir temor ante su salud a más de culpabilidad. Con respecto a sintomatología haría mención de: Impaciencia, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño a pesar de sentirse muy agotada.

IMPLÍCITA: No se sabe

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Como antecedentes disfuncionales se puede evidenciar en la biografía de la paciente lo siguiente:

- Frustración de no haber podido estudiar una carrera. Causándole esto sentimientos de fracaso.
- Culpabilidad por ruptura del matrimonio de sus hijas.
- Como sintomatología menciona: Impaciencia, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, agotamiento.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en la ciudad de Cuenca, es la segunda de 8 hermanos, no menciona alguna enfermedad significativa en su infancia, pero recuerda haber sido muy educada y ordenada como lo es hasta ahora. Vivió con sus padres con quienes habría llevado una buena relación.

Con respecto a su padre comentaría que este habría sido estricto pero una buena persona y su madre una mujer callada, sumisa dedicada al hogar. Sobre sus estudios llegaría a terminar la secundaria, luego se casó a los 21 años procreando 4 hijos, de los cuales dos de ellas están separadas definitivamente y actualmente viven en su casa. Ante esto comenta sentirse culpable por las separaciones ya que habría influenciado en eso y ahora ellas suelen decir que se sienten solas y se da cuenta que le echan la culpa y sobre su vida laboral trabajó toda su vida en el cuidado de niños guarderías llegando a jubilarse.

Sobre su esposo este falleció a los 64 años de edad, pérdida que habría sido muy difícil de superarlo. Pocos años después de esto fallecería también su hermana menor por un atropellamiento de un bus, en donde poco antes de esto habría entablado una conversación con ella vía telefónica, lo que le llevó a deprimirse y acudir al psiquiatra el cual le recetaba Librazolam ½ en la noche y fluoxetina media pastilla después del desayuno, tomando por varios años. Hoy en día dice no tomar medicación, más que para dormir pero siente que su estado emocional no está bien ya que sus miedos exagerados le estarían complicando su vida. Al preguntarle de sus temores menciona lo siguientes: temo subirme a un ascensor, tomar un bus y enfermarse por lo que ir al médico suele ser aterrador.

Al hablar de su personalidad menciona ser perfeccionista, empeñosa por los detalles, considera que solía darse mucho a su trabajo y nunca le molestó la rutina. Su esposo le habría sabido decir que era exagerada por el orden ya que le gusta ser organizada y algo rígida en su forma de pensar.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Hamilton para la ansiedad:** 24 (ansiedad moderada).
- **Test de Beck para la depresión:** 4 (ansiedad ausente o mínima).
- **Test de personalidad de la SEAPsi:** 7 (rasgos anancásticos).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

La paciente atraviesa un cuadro de ansiedad generalizada, caracterizada principalmente por:

- Preocupaciones excesivas de llegar a sufrir alguna enfermedad o accidente.
- A la paciente le estaría resultando difícil controlar este estado de constante preocupación.
- La ansiedad o angustia se asocia a los siguientes síntomas: Impaciencia, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y cansancio.
- La ansiedad y la preocupación le estarían generando síntomas físicos de malestar significativos y las alteraciones no se deben a efectos directos de alguna sustancia.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos debido a mencionar:

- Perfeccionismo, preocupada por los detalles, organizada.
- No molestarle la rutina, y que contrariamente salir de ella le suele causar ansiedad
- Pensamientos obsesivos o persistentes.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES:

Se espera que la paciente pueda disminuir su sintomatología y evitar de este modo se someta nuevamente a terapia con medicación. Trabajar con terapia cognitiva conductual le ayudará a mejorar su manera disfuncional de pensar. Su personalidad anancástica también ayudará a que la paciente se adhiera a la terapia grupal funcionalmente.

FICHA DE PAREJA E INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Habría tenido una buena relación pero ya falleció
Relación del paciente con el padre: Buena relación pero fallecido
Relación del paciente con los hermanos: Buena
Relación conyugal: Buena relación pero falleció
Relación con los hijos: Buena
Observaciones: Paciente tiene una red familiar estable con sus hijas. A la vez su relación con sus padres también habría dejado un recuerdo positivo en ella.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno:

Trastorno de ansiedad generalizado debido a presentar preocupaciones constantes de alguna enfermedad o sufrir algún accidente, a más de otras preocupaciones con exceso de ansiedad. Paciente aría mención que su madre también padeció de esto en algún momento de su vida, por lo que se considera que podría existir alguna influencia de tipo biológica.

Se puede evidenciar igualmente que en su pasado habría varias pérdidas significativas de las cuales principalmente el fallecimiento de su hermana habría marcado en ella recuerdos estremecedores, ya que minutos antes de que se baje del bus y sea atropellada por el mismo carro, habrían estado conversando por teléfono con toda normalidad.

Formulación dinámica de la personalidad:

Personalidad cognitiva con rasgos anancásticos, posiblemente generando a raíz de trabajar y tener responsabilidades a temprana edad. A su vez en sus labores la paciente mencionaría que sabría exigirse mucho dándose a su trabajo, esto iría generando en ella un mayor perfeccionismo y el empeño por los detalles por lo que no le molestaba la rutina.

Positivamente se destaca que la paciente presenta una buena integración psíquica como un buen grado empático, a más de flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto. Su locus de control externo también se ve adecuado y motivada a seguir el tratamiento.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Reestructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN - APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
17/02 /2014	Paciente en la entrevista refiere su situación emocional y su sintomatología que esta le estaría presentando.	Se recoge datos para llenar ficha clínica. Se aplica test de Hamilton obteniendo la paciente 24 puntos que marcarían una ansiedad moderada. Paciente acepta formar parte del programa grupal.
28/04/2014	Paciente menciona mejoría, aunque algunas molestias aún mencionan persistieran.	Se procede a retomar un retest con la escala de Hamilton, para comparar con los resultados de antes de realizar el programa, encontrando un puntaje de 14 en la escala del test que daría una ansiedad de tipo leve, considerándola como positiva.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 10

Fecha: 26/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo.

Nombre: TS

Edad: 73 años

Estado Civil: Viuda

Residencia: Cuenca

Instrucción: Secundaria

Informante: Paciente

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	<input checked="" type="checkbox"/>
Profesional		Otros	

DEMANDA:

EXPLÍCITA:

Paciente en consulta menciona estar atravesando desde hace 4 meses una gran preocupación debido a que al realizarse exámenes de control le habrían diagnosticado un problema al nivel del intestino, por lo cual está en tratamiento, debiendo intervenir en este año, luego de que se realice otros exámenes de valoración, ante esto los médicos han referido que es necesario sobre todo que esté tranquila.

Como síntomas refiere: desanimo, problemas para conciliar el sueño, falta de concentración, sensación de opresión en el pecho con nudo en la garganta, temblor en las manos. En la entrevista se mostró preocupada.

IMPLÍCITA: Temor a morir.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Como antecedentes disfuncionales se puede mencionar los siguientes:

- Fallecimiento de sus padres y de su esposo, lo cual le habría llegado a afectar considerablemente
- Hace 4 meses le detectan un problema a nivel del estómago para lo cual tendrá que intervenir luego que cumpla un tratamiento.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en Quito, pero está radicada en Cuenca por muchos años, acaba de cumplir 73 años, de lo cual menciona haber sido siempre una persona muy sana. Según su historia familiar viene de un hogar estructurado de siete hermanos, de los cuales tres ya son fallecidos. Igualmente refiere haber tenido una muy buena relación con sus padres y con sus hermanos. Considera que desde niña fue muy consentida por su familia.

Con respecto a sus estudios, se graduó en el colegio sin problemas y al poco tiempo conoció a quien fue su esposo, quien le habría traído a vivir en Cuenca. Ante esta relación dice haber mantenido una buena relación toda su vida y procreando 6 hijos con los que tiene contacto permanente. Su esposo falleció hace seis años, refiriendo haber sido un golpe muy duro del cual especialmente gracias a sus hijos pudo superar. Hoy en día la paciente explica que vive con un nieto quien es mayor de edad y con su empleada, lo cual le da tranquilidad, haciendo que no se sienta sola.

Al indagar sobre su manera de ser, considera que siempre dependió de su marido emocionalmente, hoy en día dice que gracias a su familia quien siempre está preocupada por ella y gracias a su nieto con quien comparte le ayuda a sentirse mejor. Sobre su situación actual menciona que habría tenido desde hace unos dos años atrás problemas estomacales por lo que se realizaba exámenes y no le llegaban a detectar nada. Pero hace 4 meses en una clínica de Quito, le habrían encontrado un problema a nivel del estómago, por lo que dice estar en tratamiento, para intervenir a una operación en este año.

Sobre su sintomatología la paciente menciona: Desanimado, problemas para conciliar el sueño, falta de concentración, sensación de opresión en el pecho como si tuviera un nudo en la garganta, temblor en las manos. En la entrevista se mostró muy preocupada.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

- **Test de ansiedad de Hamilton:** 26 (Ansiedad grave).
- **Test de depresión de Beck:** 8 (Depresión leve)
- **Test personalidad SEAPsi:** 7 (Personalidad con rasgos dependientes).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO:

Paciente presenta un trastorno adaptativo agudo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido, debido criterios:

- Los síntomas emocionales estarían provocados a un estresante identificable de enfermedad hace 4 meses.
- Este malestar estaría causando una respuesta estresante y cierto deterioro social.
- La alteración no cumple los criterios para otro trastorno específico.
- Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- Se considera un trastorno adaptativo agudo, debido a que la alteración tendría un tiempo mayor de 3 meses y menor de seis.
- Como sintomatología mencionada por la paciente: Desanimo, problemas para conciliar el sueño, falta de concentración, sensación de opresión en el pecho con nudo en la garganta, temblor en las manos. En la entrevista se mostró muy preocupada.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD:

Personalidad tipo déficit relacional con rasgos dependientes, debido a los siguientes criterios:

- Dificultad de tomar decisiones por si sola.
- Temor a la desaprobación y abandono.
- Dificultad para expresar desacuerdos con los demás.
- Sentirse incómoda y desamparada cuando está sola.

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIÓN:

Se recomienda seguir el programa de terapia grupal, el cual se espera le ayude a que pueda afrontar de una manera más tranquila su situación. Como pronóstico de mejoría este es incierto, ya a que su situación estaría generada por enfermedad y una posible operación. Se considera que estas técnicas del programa, sobre todo aquellas de relajación y de sugestión, le ayuden a reducir sus síntomas.

FICHA DE PAREJA E INTERACCIÓN FAMILIAR	
Relación del paciente con la madre:	Fallecida.
Relación del paciente con el padre:	Fallecido.
Relación del paciente con los hermanos:	buena.
Relación conyugal:	Viuda.
Relación con los hijos:	Muy buena.
Observaciones:	La paciente tendría una buena relación con sus hijos, lo cual se concederá positivo ya que tendría una red de apoyo que le ayudaría a mantener su situación emocional más estable.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno

Paciente presenta un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido, ocasionado por un problema de salud diagnosticado hace 4 meses atrás. A su vez la paciente mantendría una preocupación constante dada ante una posible intervención quirúrgica y evaluaciones médicas que tendría que realizarse periódicamente.

Formulación dinámica de la personalidad.

Su personalidad dependiente vendría dada desde su infancia, a raíz de mencionar que habría sido mimada de sus padres y familiares. En su matrimonio también se puede evidenciar que de la misma manera, habría tenido una dependencia hacia su esposo. A su vez la paciente mencionaría que vivir con su nieto y sentir el apoyo de su familia le causaría seguridad.

Positivamente se destaca que la paciente presenta una buena integración psíquica, como un buen grado empático y de flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto. Se muestra muy motivada a seguir el tratamiento.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
26/02/2014	La paciente en la entrevista indica presentar una gran intranquilidad debido a una situación de enfermedad médica.	Se toma datos de la paciente para llenar la ficha clínica y se aplicó el test de Hamilton para valorar el nivel de sintomatología causada por su ansiedad, de lo cual se obtuvo 26 puntos en la escala, como un nivel de ansiedad grave.
28/04/2014.	La paciente luego de participar en el programa, menciona que este le ayudaría de gran manera. Sin embargo aún denota preocupación y ciertos síntomas de ansiedad.	Se realizó una nueva entrevista individual y se aplicó un retest de Hamilton, obteniendo un puntaje de 21 de ansiedad moderada. De esto se puede observar una cierta mejoría, la cual pasó de grave a moderada, de la cual se considera positiva.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEP

No. 11

Fecha: 16/02/2014

Elaborada por: Diego Lazo

Nombre: M S

Edad: 74

Estado Civil: viuda

Residencia: Cuenca

Instrucción: Primaria

Informante: Paciente

Tipo de consulta:

Ambulatorio	x	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA

Paciente en consulta menciona la siguiente sintomatología: Preocupación dificultad para concentrarse, pesadillas, malestar estomacal, dolores de las piernas, sensación de opresión en el pecho. Explicando a la vez y que todos estos síntomas darían inicio a partir de que su hija hace 4 meses le habría dicho que están pensando en salir a vivir con su hijos y esposo en una casa propia.

IMPLÍCITA: Que su familia no se vaya de la casa.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

- Fallecimiento de padres y familiares cercanos.
- Fallecimiento de su madre y hermanos por problemas cardiacos.
- Paciente habría vivido toda su vida con familiares especialmente con su hija.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en Paute, no menciona haber tenido alguna enfermedad grave en su infancia ni adolescencia y dice provenir de un hogar funcional de nueve hermanos de los cuales cuatro ya han fallecido. Con respecto a sus padres habría tenido con ellos una muy buena relación y de igual manera con sus hermanos. Cuenta que su madre y hermanos tuvieron problemas del corazón, causa misma que los llevó a su muerte, razón por lo que el médico le habría dicho que debería realizarse controles periódicos, pero que hasta la fecha no presenta problema alguno; sin embargo tiene miedo a que le pueda suceder esto en ausencia de su familia.

Refiere haber terminado la escuela y se dedicó atender un negocio de abacería que tenía sus padres. Se casó a los 22 y su esposo falleció hace 6 años por un problema al hígado, situación que le afectó mucho pero con ayuda de sus hijos pudo superar. Actualmente vive con la familia de su hija y refiere que a raíz que ella habría mencionado hace unos 4 meses salir de casa empezaría aparecer su sintomatología como: Preocupación, dificultad para concentrarse, pesadillas con respecto al abandono, malestar estomacal con sensación de reflujo, dolores de las piernas y opresión en el pecho.

Con respecto a su vida laboral se dedicó a trabajar en costura, realizando especialmente vestidos de fiesta, lo cual le habría ido muy bien. Pero desde el fallecimiento de su marido y su mayor problema de visión iría dejando poco a poco este negocio. Al preguntarle de su manera de ser, recuerda que desde muy joven tendía a ser una persona tranquila, temerosa y de carácter variable. También menciona ser preocupada por los demás y que suele sugestionarse con facilidad, lo que su carácter se vería alterado con facilidad, "pero que en todo caso siempre ha sabido con ayuda de Dios controlarse y llevar una vida de buena relación con los suyos". Añade que cuando está muy triste por los recuerdos de sus seres queridos fallecidos se encierra en su cuarto hasta que le pase el llanto y de este modo no causar malestares a su familia.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Hamilton para medir ansiedad:** 22 ansiedad moderada.
- **Test de depresión de Beck:** 7 depresión leve.
- **Personalidad:** 7 Rasgos con predominio ciclofímico

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Paciente presenta un trastorno de ansiedad no especificado debido a no cumplir con todos los criterios para otro tipo de trastorno en el DSM IV. Pero al revisar el DSM-V, la paciente cumpliría con criterios de un trastorno de ansiedad por separación debido a los siguientes criterios:

- Malestar excesivo cuando se prevé una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, accidente, calamidad o muerte.
- Preocupación con miedo excesivo y persistente a enfermarse al estar sola al no sentir a su lado a figuras de mayor apego.
- Entre otros síntomas menciona: Dificultad para concentrarse, pesadillas, malestar estomacal con sensación de reflujo, dolores de las piernas, sensación de opresión en el pecho.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Paciente refleja una personalidad con rasgos ciclotímicos debido a las siguientes características:

- Oscilaciones de su estado de ánimo
- Periodos de aceleramiento funcional y psíquico
- Contacto social fácil, agradable, alegre, que se alternan con periodos de retraimiento social.
- Preocupación por los demás.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES

El pronóstico de la paciente se considera favorable, debido a que su trastorno estaría relacionado a una situación específica referente a una separación anticipada. Se recomienda formar parte del grupo terapéutico.

FICHA DE INTERACCIÓN DE PAREJA Y FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: fallecida, pero fue buena
Relación del paciente con el padre: Fallecido pero fue buena
Relación del paciente con los hermanos: Buena.
Relación conyugal: Fallecido pero fue buena
Relación con los hijos: muy buena
Observaciones: Se puede observar que la paciente tiene una red funcional con su familia cercana.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del Trastorno

Paciente presenta un trastorno de ansiedad por separación causado a partir de que su hija le mencionaría que estaría buscando comprar en este año una casa para salir a vivir con su familia.

Cabe explicar que la paciente habría vivido toda su vida con familiares, lo que le llevaría a presentar una gran preocupación y sintomatología como: Preocupación y temor a quedar sola, dificultad para concentrarse, pesadillas con respecto a que su familia le está abandonando, malestar estomacal, con sensación de reflujo, dolores de las piernas, sensación de opresión en el pecho.

Formulación dinámica de la personalidad.

Personalidad afectiva con rasgos ciclotímicos, generados posiblemente desde muy joven, aunque existe muy poca evidencia de esta. Sin embargo refiere que en su adolescencia habría sido tímida y de carácter variable, los cuales se harían más notorios a raíz del fallecimiento de su esposo y más cuando habría advertido que su hija con su familia irían a vivir en otra casa. Se puede destacar en la paciente una buena capacidad intelectual e integración psíquica, a la vez afectivamente demuestra un buen grado de contacto y apertura emocional, motivada a seguir el tratamiento.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
16/02/2014	Paciente explica la situación emocional por la que está atravesando.	Se recoge datos de la paciente en la ficha clínica. Se aplica la escala de Hamilton obteniendo como resultado de 22 puntos de nivel de ansiedad en el test.
28/04/2014	Paciente menciona tener una disminución notable de síntomas de ansiedad, refiriendo que sus hijos venderán la casa y que cada quien cojera su parte y ella iría a vivir con su hija.	Se realiza una nueva entrevista al finalizar el programa y se aplicó un retest de Hamilton, el cual dió una puntuación de 14 en la escala de ansiedad leve.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS.

No. 12

Fecha: 21/ 02/2014

Elaborada por: Diego Lazo G.

Nombre: AM

Edad: 75 años

Estado Civil: casada

Residencia: Cuenca

Instrucción: primaria

Informante: Paciente.

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	
Profesional	<input type="checkbox"/>	Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente refiere en la entrevista un malestar emocional con aprensión y tristeza y mencionando síntomas como: ansiedad por comer, problemas para conciliar el sueño, presentar dolores musculares y estomacales, sofocación y llanto fácil.

IMPLÍCITA: No se sabe

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

- No llegó a conocer a su padre y el fallecimiento de su madre le habría afectado significativamente.
- problemas con su esposo
- Mala relación con su hijo.
- Sensaciones de malestar a nivel físico y emocional
- En consulta se muestra tensa, frotándose las manos, la cara y derramando lágrimas.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

Paciente nace en la ciudad de Cuenca, es hija única de su madre, pero tendrían 6 medios hermanos con quienes tiene una buena relación. Sobre sus padres estos ya fallecieron. Al hablar de su madre recuerda tendría una buena relación con ella y respecto a su padre nunca tuvo contacto con él, llegando solo algunas veces a verle visto en la calle, pero jamás entablando alguna conversación alguna con él, lo que le habría dejado cierta nostalgia. Con respecto a sus estudios culminó solo la primaria y luego se dedicó a trabajar para ayudar en su casa. Su primer trabajo sería

en una fábrica de ropa, para luego estudiar cursos de enfermería, llegando a trabajar medios tiempos en una institución y a nivel privado con personas con discapacidades.

Paciente se casó a la edad de 20 años, de lo cual recuerda que su madre le habría apoyado en la elección de su esposo, debido a que le encontraba responsable y trabajador. Pero ante esta relación comenta: “mi relación no es buena porque siempre fue muy bravo, sin embargo pienso que era mejor que haberme quedado sola. Con respecto a sus hijos dice tener una relación estable con todos ellos, excepto con uno quien vive en Chile; situación disfuncional que se daría hace un año por un problema económico y otras discrepancias con sus hermanos, viajando de este modo resentido y ahora casi nunca llama y cuando conversa siempre es algo indiferente.

Al preguntarle sobre su manera de ser, considera ser nerviosa, dedicada a su hogar y entregada aquellos que la necesitan. También alude cierta ansiedad por comer cuando está nerviosa y que este mal hábito ya se le habría presentado en su adolescencia cuando solía presentar angustia. También hace referencia que su vida ha girado mucho en el bienestar de los otros y muchas veces hasta olvidaría sus necesidades como persona. Pero positivamente eso también le habría permitido ser apreciada y tener trabajo. Seguidamente explica que tendría cierta dificultad para tomar decisiones cuando se trata de su hogar o cosas relativamente que podrían afectar a terceros. Entre otros síntomas refiere: problemas para conciliar el sueño, dolores musculares, estomacales, sofocación, de lo cual el médico le ha dicho que esto estaría más relacionado a un problema emocional.

En consulta la paciente denotó tensión, frotándose las manos y la cara, llegando a llorar durante la sesión.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- **Test de Hamilton para la ansiedad:** 21 (ansiedad moderada)
- **Test de Beck para la depresión:** 11 (Depresión leve)
- **Test de personalidad SEAPsi:** 7 (personalidad dependiente).

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO.

Paciente presenta un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo debido a presentar los siguientes criterios:

- Sentirse muy estresada con tristeza y cierto desgano de hacer las cosas
- Ansiedad por comer
- Problemas para conciliar el sueño,
- Dolores musculares, estomacales y sofocación,
- Sensación de un nudo en la garganta
- Intranquilidad y llanto fácil.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Paciente refleja una personalidad con déficit relacional con rasgos dependientes debido a mencionar las siguientes características:

- Dificultad para tomar decisiones cotidianas
- Temor al abandono
- Conducta dependiente y sumisa
- Incomodidad ante la soledad
- Colaboradora y disciplinada
- Sensibilidad al rechazo.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES:

Como pronóstico la situación de la paciente estaría vinculada a un factor externo de problemas con su hijo, lo que negativamente en terapia no se conseguiría solucionarlo. Positivamente su deseo de mejorar los síntomas de ansiedad como depresivos, ayudarán a que la paciente encuentre soluciones más viables ante su problema. También su personalidad dependiente ayudará a que se adhiera mejor a la terapia.

FICHA DE INTEGRACIÓN PAREJA Y FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: buena
Relación conyugal: regular
Relación con los hijos: Buena con sus seis hijos y mala con uno
Observaciones: Paciente a pesar de tener ciertos inconvenientes con uno de sus hijos y una relación no tan estable con su esposo, tendría una buena relación con sus otros hijos y familiares que le servirían de apoyo emocional.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno

Paciente presenta un trastorno adaptativo mixto, debido a presentar ansiedad con síntomas depresivos, que se generarían a raíz de un problema con uno de sus hijos años atrás y que a su vez está ausente. A más de esto se denota la existencia de poca comunicación con su esposo, por lo que la paciente podría estar sintiendo esa falta de apoyo, tendiendo a deprimirse

y creándose una ansiedad por comer, de conciliar el sueño, presentar dolores musculares y estomacales, sofocación, llanto fácil.

Formulación dinámica de la Personalidad.

Personalidad con rasgos dependientes, posiblemente gestada desde su niñez al tratar de buscar apego y seguridad en otras personas a falta de su padre. Se puede evidenciar que habría existido una gran influencia de parte de su madre, situación más específicamente denotada al elegir con quien casarse. También su personalidad dependiente estaría reflejada de manera positiva en su trabajo, el cual debido a ser una persona muy entregada a los demás la llevaría a ser de mucha confianza para quienes creían en ella como persona. Finalmente se vería relegada en la sumisión a su esposo, en donde a pesar de mencionar cierta presión de él, ella siempre ha cumplido su labor de esposa y madre. Positivamente la paciente denota una buena integración psíquica, así como un buen grado empático, con flexibilidad para reaccionar afectivamente ante el contacto.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

- Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Con relación a la sintomatología se recomienda trabajar adecuadamente todas las técnicas como:

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
21/02/2014	Paciente en la entrevista refiere problemas de índole familiar, el cual le estaría generando una serie de sintomatología adversa.	Se precede a evaluar y llenar la ficha Fieps y aplicar la escala de Hamilton, el cual nos brindó una puntuación de 21 puntos dentro de la escala, representada en un nivel moderado de ansiedad. Cabe denotar que en la aplicación del test de Beck se encontraría ciertos síntomas depresivos a considerar. La paciente acepta ser parte de este programa.
25/04/2014	Paciente menciona gran mejoría sobre sus síntomas aunque algunos persistan. Con respecto a su hijo dice que ella ara su parte para tratar de conservar esa relación y el resto lo dejara a Dios.	A la finalizar el programa Se entrevista y se procede a reevaluar con el test Hamilton. Encontrando una puntuación de 18 dentro del rango del test, de una ansiedad sintomatológica tipo moderada. Sin embargo se puede observar una gran mejoría en su rostro y manera de expresarse.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA INTEGRATIVA

FIEPS

No. 13

Fecha: 27 / 02/ 2013

Elaborada por: Diego Lazo

Nombre: P V

Edad: 75 años.

Estado Civil: Viuda.

Residencia: Cuenca.

Instrucción: Secundaria.

Informante: Paciente.

Tipo de consulta:

Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Acogida	
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	
Profesional	<input type="checkbox"/>	Otros	

DEMANDA

EXPLÍCITA:

Paciente en consulta explica tener un problema familiar muy delicado sucedido hace casi un año, sin embargo hoy en día le seguiría causando esto un gran malestar. Como síntomas expresa: dolores de cabeza, falta de concentración, opresión en el pecho, sofocación y dificultad para conciliar el sueño, todo esto hace unos 6 meses.

IMPLÍCITA: no se sabe.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

- Paciente vendría de un hogar desintegrado y de falta de afecto de sus padres.
- Paciente habría tenido con su esposo una relación disfuncional de maltrato.
- Paciente dice estar segura que su nieto tendría una relación con una nuera casada con uno de sus hijos.
- La nuera con el hijo de la paciente actualmente se radican en Quito y cada vez que llama el hijo siente mucha ansiedad por no haberle contado lo sucedido.
- Como síntomas refiere: Dolores de cabeza, falta de concentración, opresión torácica, sudación, problemas con el sueño.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

La paciente proviene de un hogar desintegrado, tiene dos hermanos por parte de su madre y cuatro por parte de su padre. Sus tres hermanos viven actualmente fuera del país y el otro en Cuenca, llevando una relación familiar muy distante.

Su padre le abandonaría a raíz de la muerte de su madre cuando ella tendría 3 años, a partir de eso vivió toda su vida con la abuelita y tías, pero su relación con ellas no era buena, porque y siempre sintió ser discriminada y tratada como una empleada. Sin embargo considera que gracias a ellas pudo educarse y tener donde vivir. Comenta que en su adolescencia habría sido una persona retraída aunque siempre buscaba agradar a la gente, incluso a costa de sus deseos. Se casó a la edad de 25 años con su primera pareja, el cual fué cinco años mayor a ella y de este matrimonio tuvo 4 hijos los cuales están casados. Sobre su matrimonio recuerda que la maltrataba, pero nunca llegaron a separarse. Ante esto refiere que llegaría muchas de las veces hasta pensar que era culpa de ella. Emocionalmente se considera como afectuosa pero insegura porque suele depender de los criterios de los demás, situación que siempre ha querido superar.

Con respecto a su problema, hace casi un año se presentaría una situación muy delicada con su nuera, que traicionaba a su hijo con su nieto de otra hija. De esto solo ella habría podido constatar porque vivía al frente de la casa de su hijo y veía al nieto salir a la madrugada de la casa de ellos cuando el esposo salía de viaje por trabajo. Esta nunca habría contado a nadie por temor a causar serios problemas familiares. Esta situación menciona dice la paciente aun le persigue con sentimientos muy feos de coraje e intranquilidad, especialmente cuando llama su hijo de Quito a decirle que le vaya a visitar. Sobre esto dice que sabe que jamás irá mientras esa mujer este ahí, pero le causa mucha pena con su hijo. Como síntomas menciona: intranquilidad, angustia, sudación, opresión en el pecho cada vez que llamas su hijo a saludarle.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- Test de Hamilton: 25 (ansiedad moderada).
- Test de Beck: 7 (depresión leve).
- Test de Personalidad SEAPsi: 8 (rasgos dependientes).

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA

Paciente presenta un trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad crónico, debido a una situación tipo familiar, lo cual le estaría ocasionando un gran malestar en respuesta al estresante. Esta situación también le estaría generando un deterioro significativo de su actividad familiar.

Cabe mencionar que sus síntomas, no cumplen criterios como para otro tipo de trastorno como: Trastorno de angustia o fobia específica y debida a que la duración en el tiempo es mayor a 6 meses se ha considerado de tipo crónico.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Personalidad con rasgos dependientes de acuerdo a los siguientes criterios:

Rasgos dependientes:

- Sumisión cuando su esposo la maltrataba.
- Sensibilidad excesiva por pérdidas afectivas, temor al abandono.
- Sensibilidad a la crítica y desaprobación.
- Conducta dependiente.
- Dificultad para tomar decisiones.

CRITERIOS PRONÓSTICOS Y RECOMENDACIONES:

El pronóstico de la paciente es reservado. Se recomienda asistir al programa psicoterapéutico el cual le podría ayudar a saber tomar las decisiones más adecuada.

FICHA DE INTERACCIÓN DE PAREJA Y FAMILIAR
Relación del paciente con la madre: Fallecida
Relación del paciente con el padre: Fallecido
Relación del paciente con los hermanos: No muy buena
Relación conyugal : Viuda
Relación con los hijos: buena
Observaciones: Paciente no cuenta con una red familiar muy sólida. Sin embargo la relación con sus hijos ha sido buena hasta la fecha. La situación mencionada podría de saberse afectar en gran medida a esta. Por tal motivo la asertividad y la táctica del manejo de la situación mencionada dependerá el futuro de su relación familiar.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Formulación dinámica del trastorno

Paciente presenta un trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad crónico, debido a presentar un problema de tipo familiar, donde se vería muy comprometida de llegar a causar un serio problema familiar. Esta situación reprimida estaría generando en la paciente una situación de malestar constante. Como situación mantenedora de ansiedad, se podría mencionar las veces que su hijo le llama para invitarle a su casa en la ciudad de Quito, lo cual sabe que al ir deberá encontrarse con su nuera.

Como sintomatología presente ante estos hechos se menciona: problemas de atención, sofocación, dolor en el pecho, sudación, insomnio.

Formulación dinámica de la personalidad

Su personalidad dependiente con seguridad vendría generada desde su niñez al sentir esa falta de amor de sus padres. Se puede evidenciar en su historia clínica que igualmente desde niña habría tratado de agradar a sus familiares para ser aceptada a pesar de haberse sentido maltratada. Luego en su matrimonio su esposo sabría igualmente maltratarla y sin embargo jamás llegó a pensar en abandonarle por temor a quedarse sola.

Señalamiento de objetivos.

Con relación a la sintomatología:

Disminuir síntomas de ansiedad.

Señalamiento de técnicas.

Con relación a la sintomatología:

Trabajar adecuadamente todas las técnicas elaboradas en el programa grupal.

- Psicoeducativas en cuento a la ansiedad. (Greenberg & Paivio, 2000).
- Restructuración cognitiva - conductual con técnicas de (Beck y Ellis). (I, E, & Ellis, 2002).
- Técnicas gestálticas para generar mayor autoconfianza y asertividad. (Maya, 2010). (Salama, 2002).
- Técnica de autosugestión y visualización positiva como las de Schultz. (Balarezo, Lucio, 2007).
- Relajación progresiva muscular de Jacobson. (Balarezo, Lucio, 2007).

EVOLUCIÓN

APLICACIÓN - TÉCNICAS

Fecha	Evolución	Actividad
27/02/2013	Paciente en terapia menciona su situación de malestar como su sintomatología ya expuesta.	Se toma datos básicos de la paciente y se procede a valorar su ansiedad a través de la escala de Hamilton, la que mostró una puntuación de 25 puntos de un nivel de ansiedad grave.
28/04/2013	Paciente se muestra más tranquila y menciona que dejará las cosas a Dios ya que juzgar esto por ella misma solo le llevaría a ocasionar serios problemas.	Se realiza una revaloración con el test de Hamilton obteniendo una puntuación de 18 puntos que llevaría a expresar un nivel de ansiedad de tipo moderado.