



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

DEPARTAMENTO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

**Intervención Psicoterapéutica desde el Modelo Integrativo
Ecuatoriano, para el trastorno de Ansiedad causado por
Discapacidad Física, en comparación con tratamiento
Farmacológico**

Autor:

Psc. Clin. Juan Diego Villacís Alemán

Directora del trabajo:

Mgst. María Alexandra Córdova Vega

Cuenca- Ecuador

2015

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todos aquellos que me apoyaron moral, espiritualmente, así como con sus conocimientos para poder realizar esta investigación en un campo que se ha descuidado como es el de las discapacidades. Va dirigida también en especial a mi madre Nancy Alemán y demás familiares, amigos y compañeros de trabajo en el SIL que creyeron en la importancia de la psicoterapia en cuanto a este tema respecta.

Finalmente quiero ofrecer un homenaje a todos los usuarios del SIL que participaron en la investigación y en especial al Sr. Xavier Torres Correa, quien creyó en este proyecto y me dio las directrices para trabajar en aras y en pro de las discapacidades, sin descuidar a mi creador y guía, al cual le debo todo este esfuerzo y satisfacción.

Juan Diego

AGRADECIMIENTO

Agradezco a ese principio activo y creador de todas las cosas que es DIOS, a mis padres queridos, amigos, colegas y colaboradores que pusieron su granito de arena en este proyecto, también quiero agradecer en especial a mi directora de tesis Alexandra Córdova, a FENEDIF y profesionales que fueron mis maestros; quienes con su guía pudieron hacer que esta investigación sea un éxito y que se aporte con este tema al bello y estricto arte que es la psicoterapia Integrativa.

Juan Diego

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es realizar una intervención psicoterapéutica desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano y comparar su eficacia frente a tratamientos farmacológicos utilizados actualmente en pacientes con trastorno de ansiedad causado por discapacidad física. El estudio fue aplicado a seis pacientes en el Departamento Psicológico del Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad (SIL) y a seis pacientes que también padecían discapacidad pero que asistieron a tratamiento psiquiátrico en la Centro de Salud Mental “Buena Esperanza” del MSP. El tipo de estudio es de carácter experimental, prospectivo, longitudinal y analítico. Para la medición de los efectos de ambos tratamientos se utilizó el Test Hamilton para pre-test, pos-test y re-test. La prueba estadística paramétrica utilizada para la comparación de los tres momentos es el Análisis de la Varianza (ANOVA). Como conclusión más importante, los resultados demostraron que los dos tratamientos son efectivos para reducir más de once grados el nivel de ansiedad.

Palabras claves: Modelo Integrativo Ecuatoriano, ansiedad, Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad, Test Hamilton

ABSTRACT

The aim of this work is to conduct a psychotherapeutic intervention from the Ecuadorian Integrative Model approach, and compare its effectiveness against drug treatments currently used in patients with anxiety disorder caused by physical disability.

The study was applied to six patients in the Psychological Department of SIL (Labor Integration Service for Persons with Disabilities), and six patients who also suffer from disabilities but who attended psychiatric treatment at “Buena Esperanza” Mental Health Center which belongs to the Ministry of Public Health

This is an experimental, prospective, longitudinal and analytical study. In order to measure the effects of both treatments, we applied the Hamilton Test for pre-test, post-test and re-test. The parametric statistical test used to compare the three stages is the Analysis of Variance (ANOVA) method.

As the most important conclusion, the results showed that the two treatments are effective in reducing the anxiety level in more than eleven degrees.

Keywords: Ecuadorian Integrative Model, Anxiety, Labor Integration Service for Persons with Disabilities, Hamilton Test




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
CAPÍTULO I.....	4
Modelo Integrativo Ecuatoriano.....	4
1.1. El Modelo Integrativo	4
1.2. Aporte de la Psicoterapia Integrativa Multidimensional al Modelo Integrativo Ecuatoriano	7
1.2.1 Fundamentación teórica y características de la Intervención.....	7
1.2.2. Función asumida por el psicoterapeuta	10
1.3. Trastornos de ansiedad.....	10
1.4. Tratamiento farmacológico	15
1.5. La discapacidad o deficiencia física	17
CAPÍTULO II	20
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	20
2.1. Objetivo de la Intervención Psicoterapéutica Integrativa.....	20
2.2. Proceso de la Intervención Psicoterapéutica Integrativa.....	20
2.2.1. Ficha integrativa de Evaluación Psicológica	20
2.2.2. Ficha integrativa Tipos de Primera Entrevista.....	22
2.2.3. Ficha integrativa de Síntesis Valorativa y Diagnóstica de Componentes Biológicos, Psicológicos y Sociales	22
2.2.4. Ficha Integrativa de Planificación del Proceso	23
2.2.5. Señalamiento de objetivos	23
2.2.5.1. Objetivos con relación a la sintomatología:.....	23
2.2.5.2. Objetivos con relación al trastorno:	23
2.2.6. Señalamiento de Técnicas	24
2.2.6.1. Con relación a los síntomas:.....	24
2.2.6.2. Con relación al trastorno:	24
2.2.6.3. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:	24

2.2.7. Ficha integrativa de evolución	25
2.2.8. Ficha Integrativa de Evaluación Final de Proceso	25
2.2.9. Ficha Integrativa de Fenómenos de la Relación Psicoterapéutica	25
CAPÍTULO III	26
Metodología	26
3.1. Nivel de la investigación	26
3.2. Tipo de investigación	26
3.3. Técnicas e instrumentos	27
3.4. Criterios de inclusión.....	28
3.5. Proceso de intervención	28
3.6. La muestra.....	32
3.7. Procedimiento estadístico	33
CAPÍTULO IV	34
Análisis y discusión de resultados	34
4.1. Intervención Psicológica.....	34
4.2. Intervención Psiquiátrica	35
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Proceso de intervención psicoterapéutica	29
Tabla 1: Proceso de intervención psiquiátrica	31
Tabla 3: Edad de los participantes del estudio	32
Tabla 4: Sexo de los participantes del estudio	32
Tabla 5: Signos de organicidad de los participantes del estudio	32
Tabla 4: Intervalos de confianza para la media (95%) del grupo de intervención psicológica	34
Tabla 7: Comparaciones múltiples del grupo de intervención psicológica	35
Tabla 8: Intervalos de confianza para la media (95%) del grupo de intervención psiquiátrica.....	36
Tabla 9: Comparaciones múltiples del grupo de intervención psiquiátrica	36
Figura 1: Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	13
Figura 2: Tratamientos de la ansiedad	37

INTRODUCCIÓN

Existe el mito de que los pacientes con discapacidad tienen menos ansiedad por su perseverancia y el hecho de convivir con una limitación. Este mito es ampliamente refutado por las investigaciones en el campo psicológico. Resulta ser que el trastorno de ansiedad, según lo explica Myers (2010), es una característica común en personas que tienen algún tipo de discapacidad, es más, se podría señalar que la ansiedad está correlacionada proporcionalmente al grado de discapacidad de una persona. No obstante, la discapacidad en sí misma no es el único factor causante de la ansiedad.

Existen condiciones económicas, culturales y sociales asociadas al trastorno de ansiedad y estos mismos factores son aquellos que originan que una persona con discapacidad no busque la atención adecuada o no termine un tratamiento que ha empezado.

La discapacidad física que caracteriza al grupo de pacientes analizados impide su desempeño motriz, por lo tanto, limita las posibilidades laborales de estas personas. Las oportunidades que el marco legal ecuatoriano ha generado con justo derecho para las personas con este tipo de limitaciones en el último quinquenio, ha llevado a que estas personas postulen en el campo laboral. Las empresas hoy en día demandan valoraciones médicas y psicológicas para aceptarlos; y, en otros casos, son los propios pacientes quienes se encuentran en estados de ansiedad muy elevados por las expectativas generadas en su rededor. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta, & Requena, 2006)

Dichas personas se encuentran frente a una encrucijada: pedir diagnóstico y tratamiento psicológico o más bien psiquiátrico. Es en este punto que surge la presente investigación como pionera para comparar cuáles son los efectos de una u otra. Por un lado se dispone del Modelo Integrativo Ecuatoriano que es psicológico y por otro el psiquiátrico.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano actualmente implementado dentro del Departamento Psicológico del Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad (SIL) recoge de forma holística los procesos de salud, enfermedad y comprensión del funcionamiento del ser humano para integrar aspectos

rechazados, no conscientes o no resueltos a la personalidad cohesionada cuyo factor está asociado con su problema de discapacidad. (Balarezo, 2012)

Por su parte, el Centro de Salud Mental “Buena Esperanza” del MSP tiene a su disposición tratamiento psiquiátrico basado en fármacos que trabajan en el sistema nervioso central como son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o las benzodiazepinas, que actúan inmediatamente en la parte fisiológica de los pacientes que acuden al centro de atención.

Saber cuál de los dos tratamientos es el mejor no es el propósito de esta investigación pues la ciencia ha demostrado los beneficios de cada uno de los tratamientos. Sin embargo, cuáles son las diferencias en la eficacia para la reducción del síndrome de ansiedad o su duración posteriormente al tratamiento son prioridades de la presente investigación. Es así que el presente estudio se ha planteado alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Diagnosticar cuales son los pacientes que tienen trastorno de ansiedad causado por discapacidad física.
- Aplicar psicoterapia basada en el Modelo Integrativo Ecuatoriano. Al mismo tiempo que se aplicará en otro grupo tratamiento farmacológico con la colaboración de un Psiquiatra.
- Verificar cuál de los dos tratamientos tiene mejor resultado en consideración con la calidad de vida de los pacientes durante el periodo de la investigación.
- Aportar con esta investigación a la comunidad científica, con un método que permita observar resultados satisfactorios y duraderos.

Efectivamente, el presente estudio demuestra que existe una ligera ventaja en la reducción inmediata del trastorno de ansiedad en los pacientes que se suministran fármacos, sin embargo, sus efectos tienden a estancarse en un nivel y no reducirse de manera posterior al tratamiento, es más, existe un retorno no significativo regresivo que sólo ha sido controlado a mediano plazo (1 mes posterior a la intervención) por lo que no se puede dar certeza de lo que haya sucedido a largo plazo. Por su parte, el tratamiento psicológico mencionado a pesar de no tener el efecto tan contundente de manera inmediata, resulta ser

que tiene un efecto posterior muy efectivo pues continúa reduciendo, aunque en menor grado, el trastorno por ansiedad, después de un mes de concluida la intervención.

Se invita al lector a juzgar con su propio criterio los efectos de uno y otro tratamiento, toda vez que es menester señalar que existe limitada información respecto a estudios similares, considerando, por lo tanto, que el presente estudio es pionero en comparar los modelos señalados.

CAPÍTULO I

MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

El Modelo Integrativo en Ecuador es aplicado en el Departamento Psicológico del Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad (SIL). Este modelo está basado en término de estudio de la personalidad y recoge de manera holística los procesos de salud, enfermedad y comprensión del funcionamiento del individuo para integrar los aspectos rechazados a la personalidad, como un factor asociado a su situación de discapacidad. La finalidad de la psicoterapia integrativa es facilitar que las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencien al máximo, pero considerando los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

En este primer capítulo, se revisarán los fundamentos de este Modelo Integrativo y su aplicación en el tratamiento psicológico en Ecuador.

1.1. El Modelo Integrativo

El Modelo Integrativo basado en la Personalidad le otorga gran validez a la relación terapeuta-paciente, la cual forma parte del manejo técnico en el asesoramiento y es requisito fundamental para el éxito del mismo. A su vez, este modelo tiene como finalidad ayudar a la persona a solucionar dificultades inter e intrapersonales contribuyendo a su desarrollo personal. Por otra parte, se fundamenta en “una teoría Integradora guiadora, amplia, no reduccionista, para abordar los procesos de salud y enfermedad y comprensión del funcionamiento del ser humano en su unidad psique-soma-entorno” (Balarezo, 2012, pág. 2). Una postura ecléctica es su condición básica, pues amplía la mirada para intentar rescatar cualquier conocimiento adecuado, organizando y contextualizando los distintos fundamentos teóricos y conceptuales existentes.

La construcción de la teoría integradora de la personalidad evidencia una clara coherencia entre los primeros intentos y los resultados actuales, a pesar que los aportes más actuales han significado una apertura a conceptos útiles para alcanzar la coherencia entre los elementos y áreas que constituyen lo que se denomina “el todo”:

Tales son las ideas de sistema, causalidad circular propia de los procedimientos, de psicodinamia, aplicables a la persona como tal cuanto a la evaluación y a la psicoterapia (...) la integración no radica en las teorías o en las técnicas, sino en cada persona en su calidad de unicidad gestáltica. En todos los casos, tanto la evaluación como el tratamiento, exigen la construcción de configuraciones, las que implican, como la persona misma, un elevado nivel de complejidad (Morales de Barbenza, 2003, pág. 26)

En los modelos integrativos se evidencia que la psicoterapia no se limita a curar el trastorno psicológico que manifiesta el sujeto, sino que partiendo de una visión integradora se toman en cuenta tanto las debilidades como las fortalezas de la persona intentando que esta pueda lograr el desarrollo personal o una vida más plena, según lo señalado por Mariñelarena (2008)

La psicoterapia proviene de los vocablos *psico* (del griego *psiche*, cuyo significado es espíritu, alma o ser) y *terapia* (del griego *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida del otro), por lo que psicoterapia significaría cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de un individuo. Los psicoterapeutas desarrollan esta función a través de acciones como escuchar al individuo o paciente, prestándole atención, otorgándole comprensión y respondiéndole de tal manera que le ayude a identificar soluciones a las situaciones negativas que se le presentan, tal como apunta Novelo (2008).

Por su parte, la Psicoterapia Integrativa asume el proceso terapéutico desde el valor inherente de cada persona, reaccionando de manera apropiada y eficaz en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico del funcionamiento del individuo; sin olvidar o minimizar los aspectos espirituales de la existencia, conceptos que son empleados al amparo de una visión evolutiva del ser humano en la que cada fase vital significa tareas características del desarrollo, necesidades, sensibilidades y crisis. Es "integrativa" porque alude al proceso de integrar aspectos rechazados, no conscientes o no resueltos a la personalidad cohesionada, minimizando el empleo de mecanismos de defensa que "inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en las relaciones con las personas, con el fin de

reincorporarse al mundo con plena capacidad de contacto” (Instituto de Psicoterapia Integrativa, 2013, pág. 1). Ello permite que los individuos enfrenten cada momento abiertamente y de manera natural sin el respaldo de una opinión, postura, actitud o expectativa generada previamente.

A más de basarse en estudios sobre el desarrollo evolutivo y en las teorías que describen las defensas auto-protectoras empleadas cuando se producen interrupciones en un normal desarrollo, son varias las posturas teóricas y científicas consideradas en la psicoterapia integradora, tales como:

El enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en el cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las teorías de las relaciones objetales, la psicología psicoanalítica del self y el análisis transaccional son todos considerados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. (Instituto de Psicoterapia Integrativa, 2013, pág. 2)

Todas ellas contribuyen a una explicación parcial del comportamiento y la conducta, adquiriendo un mayor valor cuando son integradas de modo selectivo en el enfoque asumido por el psicoterapeuta. A su vez, el objetivo de una psicoterapia integrativa es facilitar que las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencien al máximo, pero considerando los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo. Para ello, los propios terapeutas deberán involucrarse. “Existe una obligación ética, en particular para los psicoterapeutas integrativos, de dialogar con colegas de diferentes orientaciones y de mantenerse informados de la evolución de este ámbito” (Instituto de Psicoterapia Integrativa, 2013, pág. 3)

El Dr. Balarezo en Ecuador ha desarrollado el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad integrando en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales manifestadas en las expresiones afectivas, conductuales, cognitivas e intrapersonales. Aquí están integradas las conceptualizaciones y formas de tratamiento realizadas desde diferentes corrientes que contribuyan a la aclaración de los elementos estructurales y funcionales del núcleo básico del individuo enriqueciendo el análisis y el ejercicio

psicoterapéutico. A este modelo ecuatoriano se han incorporado, así mismo, elementos como la centralización del trabajo sobre la personalidad y el otorgarle prioridad a aspectos de relación durante el proceso psicoterapéutico. Al respecto: “lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados” (Balarezo, 2012, pág. 1).

1.2. Aporte de la Psicoterapia Integrativa Multidimensional al Modelo Integrativo Ecuatoriano

1.2.1 Fundamentación teórica y características de la Intervención.

Para el desarrollo y consiguiente implementación de la presente Intervención Psicoterapéutica se consideraron los aportes de Novelo (2008), adaptándolos a las características del contexto sociocultural de las personas con trastornos de ansiedad que participaron en las sesiones de terapia.

En primer lugar, es importante señalar que la presente intervención es integrativa en razón de su flexibilidad y debido a que incorpora diversos enfoques psicoterapéuticos, esto en razón de que reconoce las limitaciones propias de los enfoques psicoterapéuticos cuando son aplicados de modo individual. En tal sentido, la presente propuesta parte considerando las siguientes condiciones:

- a) Existe una gran cantidad de enfoques: En tal razón, hay que optar por integrar lo adecuado y pertinente de cada uno de ellos y descartar lo puramente accesorio o que no resulta apropiado.
- b) Las particularidades de cada paciente requieren sus propias y específicas formas de psicoterapia.
- c) Se reconoce la presencia de elementos y factores comunes entre las distintas psicoterapias.
- d) Se enfoca en las características del paciente y en la relación psicoterapéutica.
- e) No relega la interacción generada por los factores sociales, políticos y económicos. (Novelo, 2008)

Por otra parte, se le otorga el calificativo de “multidimensional” en razón que no se reduce a las dicotomías planteadas por los sistemas tradicionales, sino que asume una postura abierta y poco dogmática capaz de dar respuestas flexibles y creativas a los distintos problemas, y considerando la amplia gama de determinantes que se ponen en funcionamiento en la vida de los pacientes. (Novelo, 2008)

Las acciones comunes a los distintos enfoques psicoterapéuticos, que fueron considerados para la Intervención Psicoterapéutica Integrativa desarrollada en el presente estudio, son:

- a) Se desarrolló un contexto interpersonal fundamentado en una relación de confianza por medio de la cual el paciente obtuvo apoyo y así el terapeuta pudo ofrecer un tratamiento estructurado y formal.
- b) Se enfocó en la ampliación de la visión del mundo del paciente a través de la creación de explicaciones alternas, las cuales le posibilitaron que flexibilice, estructure, de sentido a su experiencia y reconceptualice su percepción de la situación.
- c) Se motivó a la práctica de las nuevas competencias adquiridas por el paciente.
- d) Se contribuyó a que el paciente reconozca, exprese, dé sentido y se responsabilice de sus propios sentimientos. (Novelo, 2008)

Gracias a la ejecución de cada una de estas actividades, los pacientes tuvieron un beneficio doble: En primer lugar, tuvieron a su disposición una serie de instrumentos o herramientas psicoterapéuticas para el tratamiento y solución de sus trastornos de ansiedad, y en segundo lugar; el terapeuta dispuso de un número mayor de enfoques terapéuticos para apoyar a los pacientes desde una perspectiva integrativa.

A su vez, durante la Intervención Integrativa Multidimensional se siguió el modelo ecológico multidimensional planteado por Corsi (2005), distinguiéndose cuatro dimensiones psicológicas interdependientes al interior de lo que se denomina “microsistema del ser humano”. Estas dimensiones fueron interconectadas y trabajadas de manera recíproca, observándose que la modificación en

cualquiera de dichas dimensiones influyó en las demás. Las dimensiones en que se trabajó fueron:

- a) Dimensión cognitiva (estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptuar el mundo).
- b) Dimensión conductual (repertorio conductual en el ambiente).
- c) Dimensión psicodinámica (dinámica intrapsíquica en sus diferentes niveles de profundidad).
- d) Dimensión interaccional (pautas de relación y de comunicación interpersonal). (Corsi, 2005)

Los aspectos relacionados a los trastornos de ansiedad que fueron abordados por la presente Intervención Psicoterapéutica son:

- Aquellos relacionados al concepto de ser humano: los instintos biológicos, los resultados del aprendizaje y el proceso de creación y renovación del conocimiento de sí mismo. Cada uno de estos fue considerado para el cambio resultante de la psicoterapia.
- Conceptos como el Yo, el Ello, el Súper Yo, condicionamiento clásico y operante, esquemas y operaciones cognitivas.
- Aspectos como las etapas de desarrollo, los premios y castigos, y la reestructuración, todos los cuales resultaron unificados durante la intervención.
- Conceptos de salud-enfermedad, entendidos como la integración de conflictos intrapsíquicos, conductas normales o anormales y la reestructuración cognoscitiva.
- El proceso psicoterapéutico en sí, concebido como el hallazgo de la naturaleza subyacente al interior de aquellos conflictos inconscientes de la persona, y que contribuye al cambio positivo de los comportamientos y conductas inadecuadas, así como a la respectiva modificación de ciertas cogniciones. (Corsi, 2005)

Posterior al trabajo integrativo de las dimensiones señaladas se pudieron observar ciertas situaciones:

- No existió reciprocidad temporal en las influencias mutuas entre sistemas de diferente grado de complejidad. Las transformaciones acaecidas en el macrosistema incidieron mayormente sobre las otras dimensiones que a la inversa.
- El cambio se remitió principalmente hacia el microsistema (grupo, familia, díada, individuo).
- La modificación a nivel individual en alguna de las dimensiones conllevó al cambio en algunas otras.

1.2.2. Función asumida por el psicoterapeuta

Durante el proceso de Intervención Psicoterapéutica el papel asumido por el psicoterapeuta consistió en actuar como un espejo que le permitió transferir los contenidos inconscientes, como instructor y guía del paciente. Su función fue integrar los enfoques psicoanalítico, conductual y cognitivo en un solo corpus psicoterapéutico, integración que se manifestó desde el momento de la evaluación y valoración del problema del paciente.

1.3. Trastornos de ansiedad

Entre los diferentes trastornos que los seres humanos padecen y que llegan a afectar a sus actividades diarias están los denominados trastornos de ansiedad. Como señala Novelo (2008) son varias las psicoterapias que han producido resultados positivos en el tratamiento de este problema, en especial los métodos psicodinámicos, cognitivos y conductuales han demostrado su eficacia.

La ansiedad es parte constitutiva de la existencia de los individuos. “Cuando alguien habla frente a una clase, o cuando mira hacia abajo desde una cornisa, o espera jugar en un partido importante, es probable que sienta miedo” (Myers, 2010, pág. 627). Para la mayoría, dicha inquietud no es intensa ni prolongada en el tiempo, pues si así ocurriera estaríamos hablando de un trastorno de ansiedad.

La ansiedad es un fenómeno que se puede originar en cualquier individuo, y que, bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al ambiente (social, laboral o académico), su función primordial es movilizar a la persona frente a situaciones amenazantes o preocupantes que se manifiesta con una sensación de desesperación o imposibilidad para actuar. (Novelo Mascarúa, 2008, pág. 47)

No obstante, al momento en que se exagera y ocurre en situaciones que no conllevan peligro alguno, pasa a convertirse en un trastorno que imposibilita el bienestar de la persona e influye negativamente en sus relaciones sociales, laborales y académicas. La ansiedad, tal como señalan Flores y Páez (2007), consiste en una función psicobiológica compleja, con una evidente función adaptativa y útil para la supervivencia de los seres humanos, siendo su origen evolutivo identificado en varias especies. Lo que produce que “individuos altamente susceptibles genéticamente a desarrollar altos niveles de ansiedad presenten un trastorno de ansiedad, está determinado por la interacción con otros factores de riesgo (y/o de protección) psicológicos y ambientales, que se traducen en una particular percepción de amenazas, reales o no, y en estrategias de afrontamiento que se utilizan ante las mismas” (Flores & Páez, 2007, pág. 178).

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada son comunes, aunque no su persistencia. Las personas que sufren este trastorno –dos tercios son mujeres- están tensas y nerviosas de manera continua, siempre angustiadas por las cosas negativas que puedan ocurrir. Padecen de tensión muscular, agitación e insomnio, lo que puede evidenciarse en el ceño fruncido, temblor en los párpados e inquietud. Además: “Les resulta difícil concentrarse, ya que pasan de pena en pena. Una de las peores características del trastorno de ansiedad generalizada es que la persona no puede identificar la causa, y, por lo tanto, no puede evitarla o enfrentarla” (Myers, 2010, pág. 627). La ansiedad es un tema de gran importancia al interior de la psicopatología. Se presenta en la inmensa mayoría de pacientes que consultan en razón de un trastorno mental. Puede identificársela en muchos cuadros distintos: esquizofrenia, trastornos afectivos, adaptativos, fobias, como reacción a una enfermedad somática, ante situaciones

de pérdida, entre otros. Jarne et al., (2006), señalan algunas características del trastorno de ansiedad generalizada:

La característica básica (...) es la preocupación, que puede ser sobre circunstancias vitales y cotidianas muy diferentes. Las preocupaciones (...) suelen hacer referencia a aspectos como la salud, la familia, cuestiones económicas, el trabajo, los hijos, etc. El sujeto tiene dificultades (...) para discriminar o puntualizar con exactitud qué es lo que provoca sus síntomas (...) tiene ansiedad difusa. Las preocupaciones de este tipo de paciente han de durar, por definición, al menos seis meses, lo cual da una primera idea de la cronicidad a la que tiende este trastorno. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta, & Requena, 2006, pág. 133)

Desde un ámbito descriptivo, se pueden distinguir tres áreas en las que la ansiedad influye sobre los individuos:

1. Área cognitiva: Temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.
2. Área conductual o relacional: Irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.
3. Área somática: Hiperactivación vegetativa. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta, & Requena, 2006, pág. 120)

Es necesario apuntar que estas tres áreas no se activan de manera similar en todos los individuos y tampoco se dan de igual modo en el mismo individuo. Es decir, y como apuntan Jarne et al (2006) podríamos encontrarnos con individuos que manifiestan más repercusión de la ansiedad en un área que en otra, fenómeno al que se le denomina disociación o fraccionamiento de respuestas y que puede tener importancia clínica.

A continuación se presenta una clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-V y sus equivalentes en el ICD-10:

Figura 1: Clasificación de los trastornos de ansiedad

DSM-IV Trastornos de ansiedad	ICD-10 Trastornos neuróticos, secundarios en situaciones estresantes y somatomorfas
Trastorno de pánico sin agorafobia	(41.0) Trastorno de pánico
Trastorno de pánico con agorafobia	(40.01) Agorafobia con trastorno de pánico
Agorafobia sin historia de trastorno de pánico	(40.00) Agorafobia sin trastorno de pánico
Fobia específica	Fobias específicas (40.2)
Fobia social	Fobias sociales (40.1)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo (42)
Trastorno por estrés agudo	Reacción a estrés agudo (43.0)
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático (43.1)
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada (41.1)
Trastorno de ansiedad a causa de enfermedad médica	Trastorno de ansiedad orgánico (06.4)
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
Trastorno de ansiedad no especificado	Trastornos de ansiedad sin especificación (41.9)

Fuente: (Novelo Mascarúa, La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad, 2008, pág. 121)

Tal como se observa en el cuadro anterior, son muy variados los trastornos de ansiedad. Pese a que todos comparten el núcleo central de la ansiedad como síntoma básico, su “polimorfismo obliga a estudiarlos por separado” (Jarne, Talarn, Armayones, Horta, & Requena, 2006, pág. 121)

Existen estudios que han analizado la efectividad de la psicoterapia integrativa en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, identificando aquellos elementos que fueron responsables de los cambios positivos. Se los describe a continuación:

- El concepto de ser humano: Para lo cual se considera en el paciente -al mismo tiempo- los instintos biológicos, los resultados del aprendizaje y el proceso de creación y renovación del conocimiento de sí mismo, todos como elementos para el cambio como resultado de la psicoterapia.
- Unificación de conceptos: el Yo, el Ello, el Super Yo, condicionamiento clásico y operante, esquemas y operaciones cognitivas se reconocen en el individuo.
- Desarrollo del ser humano: se entiende como la unión de las etapas de desarrollo, los premios y castigos, y la reestructuración.

- Concepto de salud-enfermedad: entendido como la integración de conflictos intrapsíquicos, conductas normales o anormales y la reestructuración cognoscitiva.
- Proceso psicoterapéutico: Identificar la naturaleza de los conflictos inconscientes del individuo, la modificación de la conducta errónea y de las cogniciones.
- Nivel de intervención: entendido como reestructivo, de aprendizaje.
- Metas de la psicoterapia: Alcanzadas gracias al insight, la modificación de la conducta inadaptada y la reestructuración cognoscitiva.
- Desempeño del psicoterapeuta: El psicoterapeuta actúa como un espejo que permite transferir los contenidos inconscientes. (Novelo Mascarúa, 2008, pág. 50)

A su vez, se han identificado diferentes trastornos de ansiedad:

- La fobia específica: Miedo intenso e irracional a un objeto o situación, acompañado de la evitación del mismo. Produce un gran malestar o disfunción.
- La fobia social: Miedo intenso e irracional ante la posibilidad de estar sometido al escrutinio de las demás persona en alguna, varia o todas las actividades sociales de la vida.
- La agorafobia (sin trastorno de pánico): Miedo intenso e irracional a no poseer una vía de escape o ayuda inmediata. Está acompañado de síntomas fóbicos típicos y disfunción.
- El trastorno de pánico: Caracterizado por la presencia de al menos tres crisis de pánico semanales y a lo largo de seis meses, las que se acompañan de ansiedad anticipatoria y disfunción en alguna de las dimensiones social, laboral, personal, etc.
- El trastorno de ansiedad generalizada: Caracterizado por una preocupación excesiva e irracional en, al menos, tres áreas de la vida, durante un período de mínimo seis meses. Produce disfunción y/o malestar significativo.
- El trastorno por estrés postraumático: Resultante de la exposición a un evento externo que implica peligro y al que muy pocas veces son

expuestos los individuos. Genera pesadillas y flashbacks, así como disfunción durante los seis meses posteriores al hecho.

- El trastorno obsesivo compulsivo: Caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones repetidas y significativamente graves como para causar un malestar intenso e influir en la vida cotidiana. Estudios de epidemiología psiquiátrica ha demostrado que es mucho más frecuente que lo que se pensaba. (Flores & Páez, 2007, págs. 179-180)

1.4. Tratamiento farmacológico

A partir de la década de los años cincuenta, los fármacos empleados para enfrentar trastornos psicóticos graves evidenciaron efectos positivos. Esto trajo como consecuencia que la investigación biológica se haya dirigido hacia el desarrollo de medicamentos que resulten eficaces para los trastornos menos severos como son los relacionados a la ansiedad. A continuación, siguiendo los aportes de Sarason & Sarason (2006), se hace un repaso de los fármacos más comunes:

- Benzodiazepinas: Producidos en 1960 y comercializados bajo nombres como Librium y Valium. Son empleados para tratar ansiedad, tensión, excitación conductual e insomnio. A pesar que han probado su efectividad en la reducción de la ansiedad, poseen ciertos efectos secundarios problemáticos como la somnolencia, letargo, incapacidad motora y una reducción en la capacidad de concentración. Así mismo producen dependencia fisiológica y psicológica. El uso exagerado de estos fármacos puede traer consigo una conducta inconveniente, incluyendo desorientación, confusión, ira y otros síntomas similares a la embriaguez. Si es que se combinan con el alcohol, intensifican la lentitud de los movimientos y la carencia de alerta, lo que resulta muy peligroso. El alprazolam, un derivado de las benzodiazepinas, actúa inmediatamente y posee menos efectos secundarios desagradables que otros medicamentos utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y angustia. La desorientación y el retraimiento son efectos secundarios del alprazolam si es que el paciente deja de tomarlo después

un período prolongado de uso. Es necesario recalcar que los tranquilizantes son la terapia somática más utilizada para el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, las reacciones placebo podrían ser una explicación de la eficacia de estos fármacos. En tal caso, psiquiatras y otros médicos que recetan tranquilizantes los consideran muy útiles en la reducción de estados de gran tensión. La teoría en relación a los efectos conductuales de los tranquilizantes señala que tales “agentes reducen las respuestas a los estímulos que indican castigo y frustración” (Sarason & Sarason, 2006, pág. 266).

- Antidepresivos: Ciertos medicamentos que han sido desarrollados como antidepresivos han mostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de angustia y los obsesivos compulsivos. Los tricíclicos (imipramina, clorimipramina), tienen efectos terapéuticos en muchos individuos que padecen de tales trastornos, tal vez hasta sean eficaces en los dos tercios de los individuos que sufren de trastorno obsesivo compulsivo, en razón que reducen las obsesiones y los sentimientos de ansiedad e incrementan la posibilidad de una respuesta positiva a la terapia conductual. Como efectos secundarios de los fármacos tricíclicos se han identificado resequedad de la boca, somnolencia, visión borrosa y ataques.

El empleo exitoso de los fármacos para enfrentar los trastornos de ansiedad no posee únicamente un valor práctico, sino que, de acuerdo a Sarason y Sarason (2006), además de ser “un estímulo para el desarrollo de la teoría biológica de la ansiedad”, da también lugar a interrogantes de gran importancia:

¿Por qué los fármacos que se desarrollaron para tratar la depresión pueden ser útiles en casos de ansiedad? Las evidencias de que los antidepresivos son útiles para tratar los trastornos de ansiedad sugieren que la relación entre la ansiedad y la depresión requiere de un análisis minucioso. (Sarason & Sarason, 2006, pág. 267)

Pese a que el concepto de ansiedad es antiguo, es en las últimas décadas que los investigadores han considerado de mejor manera la frecuencia de los trastornos de ansiedad, comprendiendo la adecuada manera de tratarlos. Por

ejemplo, el avance con respecto al entendimiento del proceso cognitivo, así como en relación a las variables que influyen en la conducta o la biología de la ansiedad han incrementado la concepción de que aquellos individuos que padecen de TDA pueden ser ayudados. No obstante, todavía existen problemas sin resolución. Por ejemplo, que existan personas diagnosticadas con TDA que comparten síntomas con otras que poseen diagnósticos distintos genera cuestionamientos con respecto a la confiabilidad tal como se realizan en la actualidad. Al respecto:

¿Por qué existen tantas coincidencias entre la ansiedad y la depresión? ¿Son nuestros diagnósticos y tratamientos para estos trastornos, como se definen actualmente, adecuados, para lograr la máxima eficacia clínica? Combinar conceptos y enfoques (como las terapias psicológicas y ciertos medicamentos) puede ayudarnos a avanzar en el estudio de los trastornos de ansiedad en años venideros. (Sarason & Sarason, 2006, pág. 267)

1.5. La discapacidad o deficiencia física

La discapacidad “es cualquier restricción o carencia de la capacidad para efectuar una actividad de igual modo que aquella gente a la que se considera normal” (Gómez, 2005, pág. 3). La discapacidad se traduciría en la dificultad o la imposibilidad para llevar a cabo una actividad de forma similar a cómo lo hacen las personas que están libres de la deficiencia. Consiste en una desviación de lo que comúnmente se entiende como “normal” desde la perspectiva del individuo. Así mismo, se pueden generar excesos o limitaciones con respecto a una conducta o actividad. La discapacidad puede ser transitoria, permanente o crónica, se hace visible al momento en que interfiere en las actividades de la vida diaria y otras. El sujeto experimenta una toma de conciencia de su limitación, presentando, en tal sentido, variaciones en su identidad (temor, vergüenza o depresión), según lo planteado por Méndez (2002).

Aquel concepto tradicionalista de discapacidad, que como nos recuerda Cantón, consideraba a la persona como un ser dependiente y necesitado, ha sido abandonada en los tiempos actuales para adoptar un enfoque nuevo que

contemple al individuo con discapacidad como una persona con habilidades, recursos y potencialidades. En la actualidad se ha pasado de una concepción estática, que únicamente consideraba la condición de salud del individuo, a una concepción que denominaríamos “dinámica”, en la que los factores ambientales y personales poseen un papel significativo. No es exclusivamente una condición de salud del individuo, sino también el fin de la interrelación entre las limitaciones humanas y el contexto al interior del cual se desenvuelve la persona. Es el contexto social uno de los factores que influyen en la discapacidad de la persona, según lo señala Cantón (2011). El mismo autor señala una lista de condicionantes que pueden afectar o influir en la discapacidad física, las que se presentan a continuación:

- Momento en que se produjo la pérdida, es decir, si una persona ha nacido con ella o si ha padecido posteriormente a causa de un accidente o enfermedad.
- La cantidad y calidad de los estímulos recibidos por el medio.
- La aceptación y afrontamiento por parte de la familia.
- La existencia o no de déficits asociados.
- Los servicios y sistemas sociales que tiene a su alcance.
- Las barreras físicas, psíquicas y sociales que se encuentra y que tiene que superar.
- La clase social a la que pertenece.
- Los recursos a los que tiene acceso esa persona para paliar las limitaciones o dificultades en su vida diaria. (Cantón, 2011, pág. 44)

De igual manera, Catón (2011), señala que un individuo con discapacidad es aquel que manifiesta dificultades en la producción, regulación y ejecución de movimientos. Es a dos niveles que se dan los principales tipos de afectación:

1. Neuromuscular:
 - a. El grado de movilidad; parálisis, paresias.
 - b. El tono muscular: hipertonía, hipotonía,
 - c. Los reflejos.
 - d. La fuerza y la resistencia.
 - e. El control y la alineación postural.

- f. La integridad de los tejidos blandos.
2. Motor
- a. El control motriz: monoplejía, monoparesia, diplejía, diparesia, paraplejía, paraparesia, tetraplejía, tetraparesia, pentaplejía y pentaparesia.
 - b. Las praxias.
 - c. La coordinación gruesa o fina.
 - d. La integración óculo-motriz.
 - e. El control óculo-motriz.
 - f. La integración bilateral.
 - g. La lateralidad.
 - h. El cruce de la línea media.
 - i. El equilibrio: estático, dinámico y el posmovimiento. (Cantón, 2011, pág. 45)

Se puede observar que las discapacidades pueden ser bastante variadas, y en todas ellas, el paciente requiere del apoyo y guía de un especialista terapeuta para que lo ayude a manejar esta etapa de su vida, para que pueda llevar un estilo de vida lo más adecuado posible aceptar su condición de discapacidad y superar las dificultades que se puedan presentar.

En este sentido, el Modelo Integrativo basado en la personalidad, tiene como finalidad ayudar al paciente a solucionar las dificultades inter e intrapersonales a las que se enfrenta en diversas situaciones de la discapacidad física, como es el caso de los trastornos de ansiedad. Además, este proceso terapéutico es integrativo ya que se toman en cuenta para el tratamiento tanto las debilidades como las fortalezas del paciente para que pueda alcanzar un mejor desarrollo personal, y en consecuencia, una vida plena.

CAPÍTULO II

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El presente capítulo describe los objetivos, el procedimiento, las herramientas y los parámetros en general, que se considerarán para llevar a cabo la intervención psicoterapéutica integrativa que atañe a este proyecto de investigación, con el propósito de que cada paciente cumpla con las exigencias de su medio ambiente, a través de la integración de los diversos enfoques.

En su desarrollo, se podrá encontrar que se requiere empezar por una evaluación psicológica de los pacientes mediante una entrevista que conlleve a confrontar las demandas, expectativas y motivaciones de los participantes en la terapia, para que posteriormente se lo pueda comparar con el tratamiento farmacológico que será aplicado en otro grupo de pacientes.

2.1. Objetivo de la Intervención Psicoterapéutica Integrativa

El propósito de la psicoterapia fue lograr que el paciente-individuo cumpla con las exigencias de su medio ambiente, a través de la integración de los diversos enfoques. La Intervención Psicoterapéutica buscó que cada factor (interno, externo o conductual) involucrado al interior de la interacción fuese continuamente resignificado por los otros.

2.2. Proceso de la Intervención Psicoterapéutica Integrativa

A continuación se describe el proceso completo que se siguió durante la Intervención Psicoterapéutica Integrativa en los pacientes con trastorno de ansiedad por discapacidad. Al mismo tiempo se plantean las técnicas que se aplicaron para cumplir con los objetivos planteados.

2.2.1. Ficha integrativa de Evaluación Psicológica

La cual fue aplicada con el fin de cumplir los siguientes objetivos:

- **Analizar la demanda, las expectativas y las motivaciones propias del paciente:** La demanda comprende su origen, esto es, si esta proviene del paciente o de un familiar. Puede ser manifiesta o latente. Por su parte, las expectativas y motivaciones pueden ser las más variadas, por ejemplo:

necesidad de ayuda o eliminación de síntomas, dar gusto a ciertos familiares, haber sido remitidos por otros profesionales de la psicología, o la simple curiosidad; mientras que las expectativas y motivaciones del psicoterapeuta pueden ser la vocación de ayuda, el aumento de experiencia, el cumplimiento de una exigencia académica para su graduación, etc. Así mismo, en el caso de los familiares, sus motivaciones residirían en aspectos como: el sincero interés por ayudar al familiar con el trastorno, las exigencias sociales, etc.

- **Identificar los datos informativos del paciente:** Para lo cual se señalará el número de caso de tratamiento, la fecha de aplicación de la Ficha Integrativa, el nombre del profesional responsable de elaborar la ficha, y principalmente los datos del paciente: Edad, estado civil, religión, lugar y fecha de nacimiento, así como residencia actual, dirección, teléfono, nivel de instrucción, actividad a la que se dedica actualmente. Por último se señala si la consulta es de tipo ambulatoria, acogida, hospitalización o consulta privada.
- **Determinar los antecedentes disfuncionales en la familia del paciente:** Se narran aquellos hechos pasados que poseen cierta relación con la situación actual del paciente. Hechos que podrían haberse constituido en desencadenantes o mantenedores de la situación. Ello permitirá realizar una aproximación diagnóstica a posteriori.
- **Desarrollar la biografía psicológica personal y familiar del paciente, presentándola en un genograma:** El cual permite señalar la estructura, la dinámica, los hechos de gran significancia por los que ha atravesado el paciente como integrante de un grupo familiar. El ciclo evolutivo es resaltado a modo de una historia de vida. Se obtienen los rasgos predominantes, la estructura, la influencia biológica, los factores socioculturales, así como todos los factores que posibilitarán que se establezca la personalidad y el entorno en que se desenvuelve el paciente.
- **Resumir los resultados derivados de las pruebas psicológicas efectuadas a los pacientes:** Dichos resultados constituyen la transcripción del diagnóstico inferido en base a la aplicación de los

reactivos aplicados por el tratante según su experiencia y criterio personales. Las pruebas psicológicas fueron:

- Test de Bender
- Test de personalidad SEAPSI
- Test de depresión de Beck
- **Efectuar una descripción diagnóstica del trastorno, así como de los rasgos de personalidad y del entorno:** La descripción diagnóstica de la personalidad comprende los rasgos sobresalientes de los componentes tipológicos, los estilos cognitivos, los rasgos potenciadores o aquellos que son limitantes. Por su parte, la descripción diagnóstica del entorno refiere la percepción que se tiene de la dinámica familiar y social del paciente, sintetizando el modo en que aquel establece contacto, organiza una relación y crea un vínculo.
- **Fijar aquellos criterios y pronósticos para, consiguientemente, postular recomendaciones al inicio del proceso y como parte de la primera entrevista:** Si es que se adherirá, o no, a los beneficios del proceso de intervención.

2.2.2. Ficha integrativa Tipos de Primera Entrevista

- **Tipo de entrevista:** La que puede variar entre psicodiagnóstico, consulta, entrevista única y de proceso.
- **Relación psicoterapéutica:** Conlleva a confrontar las demandas, expectativas y motivaciones de los sujetos participantes en la terapia.

2.2.3. Ficha integrativa de Síntesis Valorativa y Diagnóstica de Componentes Biológicos, Psicológicos y Sociales

- **Diagnóstico formal:** Que comprende los factores biológicos y sociofamiliares que inciden en la problemática, además de la atribución del trastorno.
- **Diagnóstico informal:** Incluye las principales particularidades, estilos cognitivos y rasgos potenciales o limitantes de la personalidad del paciente.

- **Decisiones con respecto a proceso psicoterapéutico:** Las cuales ayudan a desentrañar si el paciente es susceptible de tratamiento psicoterapéutico en una escala del 1 al 5, siendo 1 muy baja.

2.2.4. Ficha Integrativa de Planificación del Proceso

- **Formulación dinámica del trastorno:** La comprensión del cuadro psicopatológico que va desde los orígenes hasta su evolución actual.
- **Formulación dinámica de la personalidad:** Consiste en la narración del predominio y sus rasgos considerando las áreas problemáticas y de adecuación, además de aquellos aspectos relacionados a las funciones cognitivas.

2.2.5. Señalamiento de objetivos

Orientado a la solución de: 1) el trastorno, 2) el alivio sintomático y 3) la influencia sobre la personalidad.

2.2.5.1. Objetivos con relación a la sintomatología:

- Iniciar proceso para manejo de síntomas ansiosos a través de procesos psicofisiológicos y dinámicos.
- Generar alivio sintomático en los pacientes.
- Aplicar la técnica de supresión de síntomas mediante técnicas de respiración consciente.
- Realizan actividades ocupacionales post entrevistas terapéuticas.

2.2.5.2. Objetivos con relación al trastorno:

- Realizar actividades ocupacionales post entrevistas terapéuticas
- Realizar interconsulta a psiquiatría para mejorar estado de ánimo y sintomatología ansiosa.
- Reestructuración cognitiva asociada a ideas distorsionadas que generan malestar y refuerzan las ideas negativas, dicotómicas y catastróficas.

- Potencializar actividades recreativas y mejorar los hábitos.

2.2.5.3. Objetivos con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Adquisición de *insight* y *awereness*.
- Promover el autoconocimiento con respecto a su personalidad.
- Flexibilizar rasgos de personalidad.
- Reestructuración racional emotiva de experiencias y significados que les atribuye a las mismas.
- Fortalecimiento de habilidades sociales y de desarrollo personal.

2.2.6. Señalamiento de Técnicas

2.2.6.1. Con relación a los síntomas:

- Entrenamiento en relajación mixto de Erikson
- Actividades ocupacionales post entrevistas terapéuticas.

2.2.6.2. Con relación al trastorno:

- Reestructuración cognitiva: método socrático y refutación de los pensamientos distorsionados asociados a asociación libre de ideas.
- Análisis de aspectos de la vida importantes y placenteros para el paciente.
- Establecimiento de horarios y actividades recreativas. (Terapia ocupacional)

2.2.6.3. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Conocimiento de la personalidad y sus rasgos (Psicoeducación).
- Registro de actividades, analizar cogniciones mediante narrativas y metáforas.

2.2.7. Ficha integrativa de evolución

- **Fecha:** Se detalla el día, mes y año en el que se ejecutó la sesión psicoterapéutica
- **Actividad:** Táctica de intervención psicoterapéutica ejecutada como parte de la planificación del proceso.
- **Evolución:** El modo cómo reacciona o responde el paciente a la actividad desarrollada.

2.2.8. Ficha Integrativa de Evaluación Final de Proceso

Consiste en una valoración constructiva de todo lo realizado desde la primera entrevista hasta la sesión con que se concluyó el proceso. Se describen aciertos y errores y se cuestiona críticamente la eficacia del tratamiento, siempre con objetividad. Se utilizan como herramientas para el juzgamiento los siguientes aspectos: la percepción del psicoterapeuta, del paciente, de los familiares, de la entidad de origen, las pruebas, las mediciones fisiológicas, siempre respaldándonos en la Guía SEAPSI.

2.2.9. Ficha Integrativa de Fenómenos de la Relación Psicoterapéutica

- **Condiciones ambientales externas:** Relacionadas a las particularidades del lugar donde se efectuó el proceso psicoterapéutico, los elementos accesorios, el empleo de grabadoras, la posición que ocuparon el paciente y el psicoterapeuta.
- **Particularidades del psicoterapeuta y del paciente:** En el primer caso, comprende sus características cognitivas, no cognitivas, capacidades grupales, etc. En el caso del paciente, tienen que ver con factores cognitivos, nivel de integración de la personalidad, capacidad de reacción emocional, flexibilidad, etc.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Nivel de la investigación

El presente estudio alcanza un nivel Experimental en razón que va más allá de la explicación de conceptos o de fenómenos o del establecimiento de relaciones entre distintas variables, preocupándose más por “responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos y sociales” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 84). En tal sentido, el presente estudio pretende explicar la incidencia de la aplicación de la Intervención Psicoterapéutica basada en el Modelo Integrativo Ecuatoriano en el mejoramiento de las personas con discapacidad física que sufren de trastorno de ansiedad, comparando sus resultados con aquellas personas que, por su parte, recibieron tratamiento farmacológico (psiquiátrico).

3.2. Tipo de investigación

Considerando ciertos aspectos como la intervención del investigador, la planificación de la medición, el número de mediciones o el número de variables intervinientes se ha establecido al presente estudio la siguiente tipología:

- **Experimental:** En razón que el investigador intervendrá en el fenómeno estudiado, es decir, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los pacientes con discapacidad física, por medio de una propuesta de intervención psicoterapéutica. En tal sentido, la investigación buscará la causa – efecto (en un nivel explicativo) y requerirá del control de uno de los grupos intervinientes.
- **Prospectivo:** En razón que el investigador realizó sus propias mediciones, realizando un control de sesgo de la medición. En tal sentido, la información recabada será considerada primaria. Ello permitirá asegurar la confiabilidad de los datos resultantes.
- **Longitudinal:** Pues las variables se medirá en tres períodos y momentos distintos con el fin de establecer cuál es la incidencia de las intervenciones psicológicas y psiquiátricas en pacientes con trastorno de ansiedad.

- Analítico: Ya que se efectúan análisis bivariados, planteándose y poniéndose a prueba ciertas hipótesis que irán desde la asociación en adelante.

3.3. Técnicas e instrumentos

Las técnicas de investigación para el diagnóstico y control de la intervención fue el test. A este propósito se utilizaron dos instrumentos cuyo modelo es una serie de preguntas de cuestionario. El primer instrumento fue el test gestáltico de Laureta Bender, con el objetivo de descartar organicidad y verificar rasgos de personalidad y conflictos afectivos. El segundo instrumento se denomina Escala de Ansiedad de Hamilton (1958) a fin de observar los índices de ansiedad en los pacientes.

El test gestáltico de Laureta Bender está inspirado en la Teoría de la Gestalt sobre la percepción, particularmente en las investigaciones realizadas por Wertheimer, en 1932, sobre las leyes de percepción. Por otra parte, se compone de dibujos patrones, que el sujeto debe copiar, los que fueron también seleccionados por Wertheimer para estudiar la estructuración visual y verificar las leyes gestálticas de la percepción. Este test tiene aplicaciones psicológicas y psiquiátricas, puesto que posee aspectos que permiten el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desordenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, tanto en niños como en adultos.

La Escala de Ansiedad de Hamilton, se trata de una escala de 14 ítems heteroadministrada tras una entrevista. Una vez realizada la entrevista, el encargado de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Cuando se ha terminado el conteo, se puede observar que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

3.4. Criterios de inclusión

Para la aplicación del tratamiento en ambos casos, se tuvieron en consideración algunos criterios, a saber:

- Ausencia de organicidad.
- Edad entre los veinte y cuarenta y cinco años.
- Ambos sexos.
- No haber ingerido psicoactivos que pudiesen haber generado un trastorno de ansiedad.
- Ausencia de un trastorno de personalidad

3.5. Proceso de intervención

El presente trabajo se llevó a cabo en un promedio de dos meses en el Departamento Psicológico del Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad (SIL) en el cual labora el autor del presente documento, en él se desarrolló el proceso psicoterapéutico con un número de seis personas que cumplieron con los criterios de inclusión y bajo las características de intervención que propone la institución como pautas de rigor en las atenciones; entre estas se destaca que cada usuario ingresa con diagnóstico previo del Ministerio de Salud Pública a formar parte de un número mínimo de 5 a un máximo de 7 sesiones, dichas sesiones se centran en la parte sintomatológica como prioridad en las atenciones .

En lo que respecta a la parte psicoterapéutica, luego de la planificación, en la fase psicodinámica, para lograr el *Insight*, se hizo uso de asociación libre de ideas. En la fase cognitivo-conductual se recurrió a la técnica de reestructuración cognitiva mediante refutación e identificación de pensamientos dicotómicos y catastróficos de cada uno de los usuarios; en lo que respecta a lo conductual se usó la terapia de relajación de Milton Erickson. Por su parte, la fase estratégica se sirvió de la identificación de la personalidad de los pacientes mediante procesos psico-educativos y con diagnóstico previo de parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para este efecto se ha desarrollado todo un proceso, el cual se resume en la siguiente tabla.

Tabla 1: Proceso de intervención psicoterapéutica

Proceso	Actividad	Tiempo	Instrumentos y técnicas
Primera Entrevista	Recoger datos filiales, verificar demanda del usuario y registro de datos psico biográficos.	Sesión 1 (30 mins)	Ficha SEAPSI y registro institucional.
Evaluación psicológica y logros a alcanzar	Aplicación de test propuestos para la investigación y señalamiento de objetivos terapéuticos con psico educación en cuanto al modelo Integrativo Ecuatoriano respecta. Se descartaron casos con trastornos de personalidad y se incluyeron aquellos con personalidades dependientes comórbiles a la discapacidad física.	Sesión 1 (30 mins)	Escala de ansiedad de Hamilton y test Viso motor de L. Bender. Hoja de evolución institucional.
Síntesis Valorativa (Biológicos, Psicológicos y Sociales)	Trabajo con asociación libre de ideas y refutación de los pensamientos distorsionados, se añaden Ejercicios respiratorios para realizar como tareas inter sesión en cuanto a narrativas de lo que representa una discapacidad para el usuario.	Sesión 2 (45 mins)	Cuaderno para narrativa y revisión de tareas inter sesión. Hoja de evolución institucional.
Planificación del Proceso	Se comunican objetivos, así como las técnicas que se utilizarán en lo posterior para una mayor empatía con el usuario.	Sesión 3 (45 mins)	Ficha de registro terapéutico y hoja de evolución institucional

Aplicación de técnicas parte 1	Se revisan las tareas y se procede a trabajar en relajación siguiendo lo propuesto en la relajación mixta por Erikson.	Sesión 3 (45 mins)	Ficha de registro terapéutico y hoja de evolución institucional
Aplicación de técnicas parte 2	Se realizan actividades ocupacionales post entrevistas terapéuticas.	Sesión 4 (45 mins)	Ficha de registro terapéutico y hoja de evolución institucional
Aplicación de técnicas parte 3	Se aplicó la técnica de supresión de síntomas mediante método socrático y técnicas de respiración consciente.	Sesión 5 (45 mins)	Ficha de registro terapéutico y hoja de evolución institucional
Evaluación Final de Proceso	Aplicación del post-test para comprobar el cumplimiento de objetivos terapéuticos.	Sesión 6 (45 mins)	Escala de ansiedad de Hamilton
Re-evaluación Final del Proceso	Un mes posterior a realizada la Evaluación Final del Proceso, se convocó al conjunto de usuarios de la muestra para una tercera evaluación.	Sesión 7 (45 mins)	Escala de ansiedad de Hamilton

Por otro lado, se realizó la investigación psiquiátrica en el Centro de Salud Mental “Buena Esperanza” del MSP con el apoyo de un médico psiquiatra. Para efectos del primer diagnóstico en este segundo grupo, se aplicó encuestas a varios pacientes con discapacidad que acudían por primera vez a tratamiento. El médico tratante corroboró el uso de fármacos para reducir el trastorno de ansiedad, aquellos casos que concluyeron, cuestión que fue confirmada por el psiquiatra, fueron evaluados en un postest, al igual que lo hicieron en un retest. La única participación del profesional de la presente investigación fue en la evaluación de la ansiedad, para mayor detalle se expone el proceso:

Tabla 2: Proceso de intervención psiquiátrica

Proceso	Actividad	Tiempo	Instrumentos y técnicas	Responsable
Evaluación psicológica y logros a alcanzar	Aplicación de test propuestos para la investigación e informe para el psiquiatra. Se descartaron casos con trastornos de personalidad y se incluyeron aquellos con personalidades dependientes comórbiles a la discapacidad física.	Sesión 1 (30 mins)	Escala de ansiedad de Hamilton y test Viso motor de L. Bender.	Juan Diego Villacís
Diagnóstico e intervención farmacológica		De dos a tres sesiones (30 mins cada una)	Ficha psiquiátrica e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o las benzodiacepinas farmacología	Psiquiatra
Evaluación Final de Proceso	Aplicación del pos-test para comprobar el cumplimiento de objetivos terapéuticos.	Sesión 2 (45 mins)	Escala de ansiedad de Hamilton	Autor
Re-evaluación Final del Proceso	Un mes posterior a realizada la Evaluación Final del Proceso, se convocó al conjunto de usuarios de la muestra para una tercera evaluación.	Sesión 2 (45 mins)	Escala de ansiedad de Hamilton	Autor

3.6. La muestra

Tabla 3: Edad de los participantes del estudio

Edad	Tipo de intervención				Total	
	Psicológica		Psiquiátrica		n	%
	N	%	n	%		
19 años	1	16,7	2	33,3	3	25,0
20 años	3	50,0	1	16,7	4	33,3
21 años	2	33,3	3	50,0	5	41,7
Total	6	100,0	6	100,0	12	100,0

La muestra del presente estudio es no probabilística decisional consecutiva pues estuvo conformada por un total de doce participantes voluntarios, seis fueron tratados mediante el tratamiento psicológico y seis lo hicieron mediante tratamiento psiquiátrico. La edad del grupo de estudio estuvo compuesta por un grupo de personas de 19 a 21 años, todos adultos y en ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

Tabla 4: Sexo de los participantes del estudio

Sexo	Tipo de intervención				Total	
	Psicológica		Psiquiátrica		n	%
	N	%	n	%		
Masculino	3	50,0	3	50,0	6	50,0
Femenino	3	50,0	3	50,0	6	50,0
Total	6	100,0	6	100,0	12	100,0

El sexo de los participantes estuvo distribuido en iguales proporciones en ambos grupos, así formaron parte de la muestra un número de seis hombres y seis mujeres.

Tabla 5: Signos de organicidad de los participantes del estudio

Signos de organicidad	Tipo de intervención				Total	
	Psicológica		Psiquiátrica		n	%
	N	%	n	%		
0	2	33,3	3	50,0	5	41,7
1	3	50,0	2	33,3	5	41,7
2	1	16,7	0	0,0	1	16,7
3	0	0,0	1	16,7	1	16,7
Total	6	100,0	6	100,0	12	100,0

Entre los signos de organicidad expuestos, no se advirtió presencia que realmente manifieste aspectos suficientes para declarar la existencia de la misma, así como tampoco se advirtieron rasgos de personalidad y conflictos afectivos. De este modo, los aspectos que aparecieron a lo mucho fueron la

rotación y perseveración que dada su concentración, no pueden ser considerados como aspectos orgánicos, por lo que se puede señalar que se trata de una puntuación aceptable para participar en iguales condiciones en la intervención tanto en el campo psicológico como en el campo psiquiátrico.

3.7. Procedimiento estadístico

El procesamiento de la información fue realizado en el software SPSS 22 mediante el cual se demostró que las sumatorias del Test Hamilton en todos los tres momentos fueron normales. Es así que, para la comparación entre pares se utilizó la prueba Análisis de la Varianza (ANOVA) para muestras repetidas. Para la presentación de resultados descriptivos se expone la media, el error estándar, el intervalo de confianza, la diferencia de medias y el error estándar.

Para probar la hipótesis, se plantea un alfa de 0,01, equivalente a un 1% de error máximo aceptado para establecer diferencias en los tres momentos medidos. Es decir, si p es igual o menor que 0,01 se acepta la hipótesis de las diferencias entre factores, de lo contrario se rechaza la existencia de diferencias entre dichos factores. Para disponer de una comparación visual entre los indicadores de la intervención psicológica y psiquiátrica al final se realiza un diagrama de caja y bigotes para cada una de las tres medidas en los dos grupos de estudio, en la que se representa a la media, el intervalo de confianza y los valores máximos y mínimos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Intervención Psicológica

H₀: No existe diferencia en la escala de ansiedad según la medida realizada en el grupo de intervención psicológica.

H₁: Existe diferencia en la escala de ansiedad según la medida realizada en el grupo de intervención psicológica.

Tabla 6: Intervalos de confianza para la media (95%) del grupo de intervención psicológica

Medidas	Pre-test	Post-test	Re-test
Media =	24,5	13,0	11,5
Error estándar =	0,671	0,516	0,563
IC 95% Límite inferior =	22,78	11,67	10,05
IC 95% Límite superior =	26,22	14,33	12,95

Las tres mediciones realizadas sobre ansiedad fueron aplicadas de forma longitudinal en tres períodos y momentos distintos. La primera de ellas diagnosticó un nivel de 24,5, equivalente a ansiedad severa, con un intervalo de confianza de 22,78 – 26,22, es decir que oscilaba de ansiedad moderada a ansiedad severa. Luego del tratamiento (una semana después) los niveles de ansiedad se redujeron drásticamente a un valor 13 que se ubica dentro del indicador de ausencia de ansiedad, con un intervalo de confianza de 11,67 – 14,3, es decir que iba de la ausencia de ansiedad a la ansiedad leve.

En la tercera evaluación que ocurrió un mes después de concluido el tratamiento se encontró que los niveles de ansiedad se mantenían bajos, pues el nivel era de 11,5, es decir, ausencia de ansiedad; de hecho, el intervalo de confianza de 10,05 – 12,95 se mantuvo dentro del rango de la no existencia de ansiedad.

Tabla 7: Comparaciones múltiples del grupo de intervención psicológica

Comparación por parejas		Diferencia de medias	Error típico	Sig. (p-valor)
Pre-test	Post-test	11,500*	0,992	0,000
	Re-test	13,000*	0,894	0,000
Post-test	Pre-test	-11,500*	0,992	0,000
	Re-test	1,500*	0,224	0,001
Re-test	Pre-test	-13,000*	0,894	0,000
	Post-test	-1,500*	0,224	0,001

La comparación de los tres momentos permite establecer la diferencia significativa de los valores obtenidos por los instrumentos de estudio. De este modo, sí se advierte la diferencia del pre-test en relación con el post-test y el re-test, ahí el nivel de error equivale al 0% para establecer diferencias. También se advierte una diferencia significativa respecto al pos-test con el re-test, sin embargo, en esta ocasión se reporta un error de 0,1%, es decir que no existe una diferencia estadística absoluta entre estas dos mediciones, aunque se consideran muy significativas.

En consecuencia, se acepta la hipótesis nula (H_0) que declara que existe diferencia en la escala de ansiedad según la medida realizada en el grupo de intervención psicológica. Particularmente, conviene señalar que los niveles de ansiedad se redujeron significativamente tras la misma y se mantuvieron bajos un mes después de concluida la intervención.

4.2. Intervención Psiquiátrica

H₀: No existe diferencia en la escala de ansiedad según la medida realizada en el grupo de intervención psiquiátrica.

H₁: Existe diferencia en la escala de ansiedad según la medida realizada en el grupo de intervención psiquiátrica.

Tabla 8: Intervalos de confianza para la media (95%) del grupo de intervención psiquiátrica

Medidas	Pre-test	Post-test	Re-test
Media =	23,3	10,8	13,0
Error estándar =	0,919	0,703	0,447
IC 95% Límite inferior =	20,97	9,03	11,85
IC 95% Límite superior =	25,70	12,64	14,15

Al igual que el grupo intervenido mediante terapia psicológica, se aplicaron tres mediciones sobre ansiedad en el grupo que fue intervenido mediante terapia médica psiquiátrica. La primera de ellas diagnosticó un nivel de 23,3, equivalente a ansiedad moderada, con un intervalo de confianza de 20,97 – 25,70, es decir que oscilaba de ansiedad moderada a ansiedad severa.

Luego del tratamiento con fármacos (una semana después) los niveles de ansiedad se redujeron drásticamente a un valor 10,8 que se ubica dentro del indicador de ausencia de ansiedad, con un intervalo de confianza de 9,03 – 12,64, es decir que permanecía en ausencia de ansiedad. En la tercera evaluación que ocurrió un mes después de concluido el tratamiento médico se encontró que los niveles de ansiedad se mantenían bajos pues el nivel era de 13,0, es decir, ausencia de ansiedad, con un intervalo de confianza de 11,85 – 14,15 que iba de ausencia de ansiedad a ansiedad leve.

Tabla 9: Comparaciones múltiples del grupo de intervención psiquiátrica

Comparación por parejas		Diferencia de medias	Error típico	Sig. (p-valor)
Pre-test	Post-test	12,500*	1,384	0,000
	Re-test	10,333*	1,085	0,000
Post-test	Pre-test	-12,500*	1,384	0,000
	Re-test	-2,167*	0,792	0,041
Re-test	Pre-test	-10,333*	1,085	0,000
	Post-test	2,167*	0,792	0,041

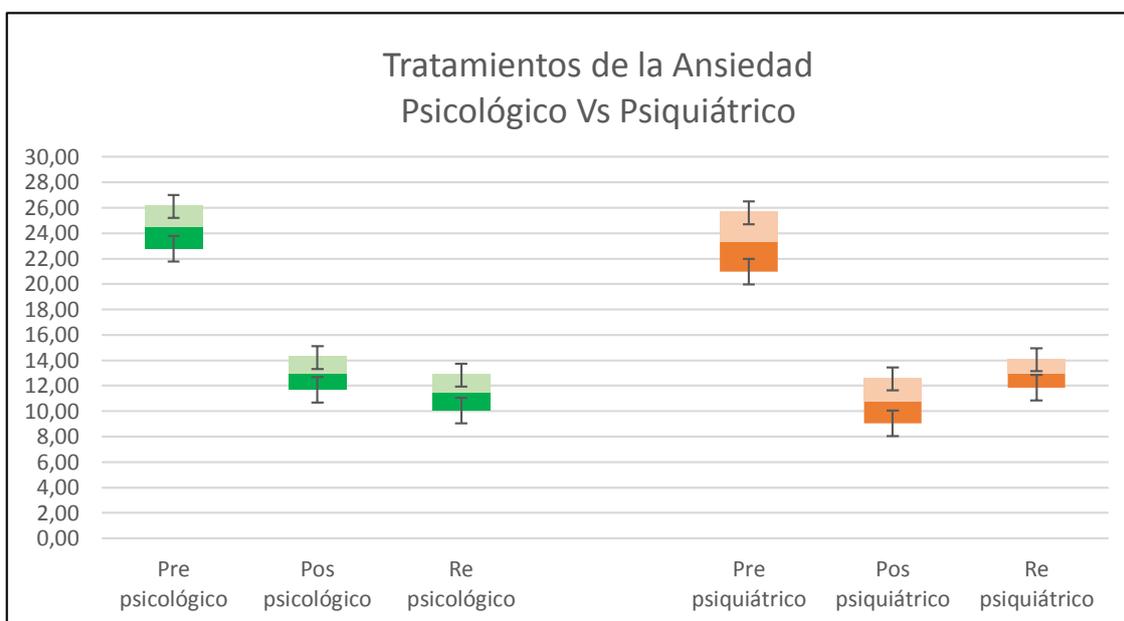
La comparación de los tres momentos permite establecer la diferencia significativa de dos de los tres momentos evaluados en el estudio. De este modo, se advierte la diferencia del pre-test en relación con el post-test y el re-test pues

el error equivale al 0% para establecer diferencias. Sin embargo, no se advierte una diferencia significativa del post-test respecto al re-test, pues se reporta un error de 4,1%, es decir que no existe una diferencia estadística suficiente para manifestar que el resultado del post-test haya cambiado respecto al re-test.

En consecuencia, se acepta la hipótesis nula (H_0) que declara que no existe diferencia en la escala de ansiedad en las tres medidas aplicadas al grupo de intervención psiquiátrica. Particularmente, conviene señalar que los niveles de ansiedad se redujeron significativamente tras la misma, sin embargo, a largo plazo no se evidenció que se redujera aún más.

No obstante, en términos de eficiencia de los dos procedimientos aplicados, se observa que la intervención inmediata tiene efectos similares pues los pacientes ven reducidos significativamente sus niveles de ansiedad tras la intervención en uno u otro caso.

Figura 2: Tratamientos de la ansiedad



En el gráfico anterior se observa la diferencia entre el tratamiento psicológico y el tratamiento psiquiátrico para reducir la ansiedad causada por discapacidad física. El tratamiento psicológico tiene un efecto muy positivo pues de un nivel de 24,5 reduce a 13 (una diferencia de 11,5) y luego se mantiene reduciéndose hasta el nivel de 11,5 (diferencia de 1,5); en estos tres grupos se evidenció un

cambio significativo entre cada uno de ellos. Sin embargo, en el grupo de tratamiento psiquiátrico el valor inicial fue de 23,3 y tras la intervención se redujo a 10,8 (una diferencia de 12,5), es decir la reducción de la ansiedad fue en un grado más efectiva; sin embargo, a largo plazo, se evidencia una tendencia regresiva pues al suspender el tratamiento médico los pacientes empezaron a subir sus niveles de ansiedad aunque la subida no fue significativa pues llegaron a un promedio de 13 (una diferencia de -2,2) lo que les mantuvo en un nivel similar al anterior de acuerdo a la prueba ANOVA.

En consecuencia, se puede concluir que el efecto de la intervención psicológica es tan efectiva como la intervención psiquiátrica a corto plazo; sin embargo, el efecto de la intervención psicológica tiene una acción duradera de al menos un mes, que es el tiempo en el que se ha realizado este seguimiento longitudinal en el que la ansiedad permanece reduciéndose, a diferencia de la terapia farmacológica que permanece sin reducirse.

CONCLUSIONES

Se ha diagnosticado a pacientes con discapacidad física que padecen el trastorno de ansiedad asociado a su situación. El número de participantes fue amplio, sin embargo, para tener un criterio de comparación se utilizó criterios de inclusión como edad, sexo, no organicidad (Test gestáltico de Laureta Bender), discapacidad física, ansiedad, entre otros, el más importante de ellos fue la decisión voluntaria para formar parte de este estudio, quedando, a la postre, únicamente un número de doce individuos que cumplían con los requisitos solicitados.

Se aplicó psicoterapia basada en el Modelo Integrativo Ecuatoriano mediante el cual se observó cuáles son los recursos que dieron paso a una evolución favorable de cada cuadro individual y grupal. La terapia tuvo un tiempo de duración progresivo en cada uno de los seis casos para garantizar que haya sido culminada profesionalmente.

Además de ello, se utilizó el tratamiento psiquiátrico con prescripción de uso de fármacos en los otros seis participantes, el Médico Psiquiatra evaluó cuál de los fármacos se ajusta más a las necesidades de cada paciente siendo similar el tratamiento en todos los seis casos que participaron del grupo de contraste de esta investigación.

El resultado más importante de la presente investigación tiene que ver con los resultados que dieron los dos tratamientos pues en ambos casos de forma inmediata se demostró que eran efectivos para reducir más de once grados el nivel de ansiedad.

En el caso de los pacientes con tratamiento psicológico se redujo 11,5 grados de ansiedad respecto al diagnóstico inicial, pero el efecto de reducción se mantuvo después de un mes de culminado el proceso pues llegó incluso a este tiempo a encontrarse en un nivel de 13 grados por debajo del nivel inicial.

En el caso de los pacientes que fueron tratados con fármacos el nivel de ansiedad se redujo en 12,5 grados una vez culminado el procedimiento, sin

embargo después de un mes no se advirtió que haya tenido un efecto muy favorable pues el nivel alcanzado a esta fecha fue de 12 puntos.

El estadístico de prueba (ANOVA) reveló que en el caso de los pacientes con terapia psicológica la reducción era prolongada de manera significativa tanto en el segundo como en el tercer diagnóstico. Sin embargo, en el caso de los pacientes con tratamiento psiquiátrico quienes usaron fármacos la reducción de la ansiedad fue significativa entre la primera y segunda medición, sin embargo no hubo diferencias significativas entre la segunda y tercera medición. En consecuencia se puede concluir que el efecto fue mucho más duradero en el caso de la Terapia Integrativa Ecuatoriana.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un estudio comparativo entre pacientes que padecen ansiedad por edad y por sexo, ampliando la muestra a una mucho más grande y representativa para la ciudad y el país, de modo que se pueda corroborar la validez del presente estudio y generalizar más resultados.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano requiere de un manual detallado en el cual se exponga paso a paso el tratamiento contextualizado a las necesidades culturales, económicas, geográficas e incluso climáticas de la sociedad, de modo que se pueda entender el marco intercultural de cada uno de los individuos que padecen algún tipo de discapacidad y requieran de apoyo profesional.

Para mejor manejo del control del estudio es menester realizar un estudio interdisciplinario en el cual el Médico Psiquiatra también pueda responsabilizarse de las valoraciones de los pacientes, así como incluir un evaluador ciego de modo que se garantice la objetividad del estudio.

Con los resultados preliminares conviene incursionar en un tipo de terapia que intervenga haciendo uso de las dos, por un lado la médica y por otro lado la psicológica. Esta alternativa requiere mediciones apropiadas para verificar su eficacia pudiendo establecer control incluso con cada una de ellas por separado.

Finalmente, se recomienda que la inclusión de un control mucho más seguido, por ejemplo, se podría realizar a largo plazo para ver sus efectos en un trimestre posterior. Además, sería interesante realizar otro tipo de control en la patogenia para medir si existen dolores de cabeza, sudoración, taquicardia, palpitaciones, hipertensión, incluso fatiga física y saber cómo se encuentran modificados inmediatamente al tratamiento. Por otro lado, es prudente realizar un estudio en cuanto a la comorbilidad que existe entre los usuarios con personalidad dependiente y con discapacidad física.

BIBLIOGRAFÍA

- Balarezo Chiriboga, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito.
- Balarezo Chiriboga, L. (1998). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería*. Quito.
- Balarezo Chiriboga, L. (2004). *Apuntes de sistemas contemporáneos de psicología*. Quito.
- Balarezo Chiriboga, L. (2009). *El alcoholismo. Una perspectiva integrativa*. Quito: s.p.i.
- Balarezo, O. (2012). *Acerca de la Psicoterapia Integrativa y ALAPSI*. Recuperado el 29 de Octubre de 2014, de alapsiweb: <http://www.alapsiweb.org/acerca.php>
- Cantón , J. (2011). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Madrid: Editex.
- Casado, H. (2001). *Hacia una psicología investigativa*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Erickson, M. (2005). *Hipnosis experimental*. Madrid: Grupo Hispano.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B., & Sánchez Turet, M. (1987). *EPI: cuestionario de personalidad*. TEA: Madrid.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (s.d.). *Paisajes de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Flores, R., & Páez, F. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad. En N. Hernández, *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (págs. 177-199). Madrid: LibrosEnRed.
- García, A. y. (2002). *La discriminación por motivos*. Barcelona: CERMI.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 50-55.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*, 76-79.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Instituto de Psicoterapia Integrativa. (2013). *¿Qué es la psicoterapia integrativa?* Recuperado el 1 de Noviembre de 2014, de [integrativetherapy.com](http://www.integrativetherapy.com): <http://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php>

- Interamerican Society of Psychology. (2008). Revista interamericana de psicología, Volúmenes 31-32. *Revista Interamericana de Psicología*, 101-103.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Mariñelarena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*, 55-69. Recuperado el 31 de Octubre de 2014
- Martínez, A. (2003). *La incapacitación*. Madrid: Imserso.
- Méndez, E. (2002). *Introducción al estudio de la invalidez*. San José de Costa Rica: UNED.
- Morales de Barbenza, C. (2003). *El abordaje integrativo de la personalidad en la Teoría de Theodore Millon*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020104>
- Moreno, P. y. (2011). *Guía de la Ansiedad*. Murcia: Clinica Morena.
- Myers, D. (2010). *Psicología*. Buenos Aires.
- Novelo Mascarúa, G. (1 de Junio de 2008). *La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922007.pdf>
- Novelo, G. (Junio de 2008). *La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el 26 de Marzo de 2015, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922007.pdf>
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

SITIOS WEB:

- Balarezo, O. (2012). *Acerca de la Psicoterapia Integrativa y ALAPSI*. Recuperado el 29 de Octubre de 2014, de alapsiweb: <http://www.alapsiweb.org/acerca.php>
- Instituto de Psicoterapia Integrativa. (2013). *¿Qué es la psicoterapia integrativa?* Recuperado el 1 de Noviembre de 2014, de [integrativetherapy.com](http://www.integrativetherapy.com): <http://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php>

Morales de Barbenza, C. (2003). *El abordaje integrativo de la personalidad en la Teoría de Theodore Millon*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020104>

Novelo Mascarúa, G. (1 de Junio de 2008). *La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922007.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Hamilton Para La Ansiedad

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
1	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
Ansiedad	0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1 Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2 El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
Tensión	0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	

	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajos cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	

	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	

generales (musculares)	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinnitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.		
9 Síntomas cardiovascu- lares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	

	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.		
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.		

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	

	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

**Anexo 2: Ejemplo de guía No 6, Evolución, ejecución y aplicación técnica
aplicado a un paciente**

Fecha	Evolución	Actividad
09/03/2014	Paciente colabora con la entrevista, se muestra motivado y con desconfianza al iniciar el proceso, no obstante se produce un buen encuadre y empatía.	Se recolecta información de la FIEPs, Se estructura la relación terapéutica direccionada a lo que se espera de la terapia, los objetivos, las sesiones y los temas que se van a tratar y tareas que se realizaran. Finalmente se hace una retro alimentación positiva y se produce el cierre de la sesión con las motivaciones del paciente y posibles metas a cumplir durante el proceso.
15/11/2014	El paciente se muestra más tranquilo pero con desconfianza al inicio de la sesión. Apreciación del paciente 1.....7.....10	Se toma test de personalidad SEAPSI, Test de depresión de Beck y test de Bender a fin de reforzar los criterios de un posible diagnóstico.
26/03/2014	El paciente se muestra ansioso y manifiesta haber realizado la tarea acordada en la sesión anterior con dificultad por su estado de ánimo. Apreciación subjetiva del nivel de ansiedad del paciente: 1.....8.....10	Se revisa la tarea en cuanto a cuales son las metas que se propone en el tratamiento; y se acuerda en tratar el tema en la siguiente sesión. Pues para este proceso, se plantea realizar ejercicios de relajación para disminuir los síntomas de ansiedad y poder avanzar en el proceso y en los objetivos planteados.
4/04/2014	Paciente muestra una mejoría en sus síntomas de ansiedad y se muestra optimista en cuanto a lo desarrollado en la sesión anterior.	Se analiza el contenido del pensamiento del paciente y se procede a trabajar con terapia cognitiva conductual mediante el método socrático. Se refutan generalizaciones, pensamiento catastrófico; y se procede a hacer un análisis de la personalidad acorde a lo discutido en esta entrevista. Se realiza el cierre y se pide como tarea que se haga un inventario de experiencias importantes en su vida, a fin de promover una terapia ocupacional por un lado y lograr un insight en el paciente.

12/04/2014	Paciente se muestra más calmado y va a consulta con su madre, pues plantea que es necesario que ella participe en esta entrevista, pues en el inventario que realiza en la sesión anterior, cree prudente que se deben reforzar lazos familiares y mejorar la comunicación entre ellos.	Se cambia el objetivo planificado para la sesión de ese día y se atiende a la demanda del paciente. Se trabaja con la técnica de la silla caliente con la madre y con el paciente; y se procede a sacar conclusiones de lo manifestado por ambos. Antes del cierre, se establecen parámetros de comunicación mediante psicoeducación.
22/04/2014	No se presenta el paciente a la consulta y la madre se comunicó para indicar que en el centro donde recibe N la atención psiquiátrica, existe un programa gratuito de psicoterapia y que finaliza el proceso.	Se realiza un informe con autorización del paciente y se lo entrega al psicólogo que continuará con el proceso.

Elaborado por: Juan Diego Villacís

Fuente: Participantes voluntarios