



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA REDISEÑADA



DOCUMENTO PROBATORIO EXAMEN DE CARÁCTER
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PROBLEMA:

PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD MENTAL
EN UNA PACIENTE DE 64 AÑOS CON ENFERMEDAD CATASTRÓFICA DEL
CANTÓN QUINSALOMA.

AUTOR:

PUENTE ZAPATA DELIA MADELEYNE

TUTOR:

Ps.CI. FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO, MSc.

BABAHOYO – ABRIL

2022-2023

1. Planteamiento del Problema

¿Los pensamientos irracionales repercuten la salud mental en una paciente de 64 años con enfermedad catastrófica del Cantón Quinsaloma?

Contexto Internacional

A nivel internacional, con base en el estudio realizado por Ayala (2020) titulado “Los pensamientos irracionales y su relación con la salud mental y física en el dolor crónico” en el cual se analizó a 136 pacientes (51 hombres y 85 mujeres) de la Unidad Dolor del Hospital Vall d’Hebron, la intención fue observar durante 6 meses los cambios en la creencia de los sujetos y como inciden en la mejora de su salud física y mental. Durante la investigación hicieron uso de dos cuestionarios, el primero se aplicó en el primer acercamiento y el segundo al final del tratamiento médico. Como resultado, se obtuvo que el cambio de sus pensamientos irracionales, en concreto los autocondescendientes tienden a empeorar el estado de la salud psicológica.

Contexto Nacional

En cuanto a investigaciones realizadas en el Ecuador, Moreta (2017) en su trabajo “Creencias irracionales y resiliencia” se examinó a un total de 186 personas con edades entre 18 y 28 años en la ciudad de Ambato. La investigación tuvo como objetivo el medir la relación entre los pensamientos irracionales y los grados de resiliencia en los sujetos, para ello se aplicó un test que identifica la idea predominante y como este pensamiento influye en la vida del evaluado. El análisis de la investigación reflejó que si existe relación entre las dos variables, además, se constató que aquellos que tenían niveles moderados de pensamientos negativos tuvieron una capacidad de afrontamiento psicológico alto a comparación de quienes con un mayor índice de irracionalidad, los cuales puntúan un nivel muy bajo de resiliencia.

Contexto Local

En el transcurso con el proceso de prácticas pre profesionales realizadas en el ámbito de la psicología clínica, en el cantón Quevedo, perteneciente a la provincia de Los Ríos, durante el periodo noviembre 2021- abril 2022 en el proyecto social Bono Joaquín Gallegos Lara. Hizo acto de presencia un caso en particular, una mujer de 64 años que manifestó padecer de pensamientos irracionales recurrentes. De acuerdo a lo observado durante las sesiones, estas cogniciones están relacionadas con la enfermedad crónica que atraviesa la paciente en la actualidad, afirmando que desde que se encuentra en ese estado de salud piensa que no es una persona útil y no puedo continuar con su vida por su afección médica.

2. Justificación

La presente investigación tiene como finalidad determinar la presencia de pensamientos irracionales con respecto a la salud mental en una paciente de 64 años con enfermedad catastrófica del cantón Quinsaloma, de manera que se determinará la repercusión que estos pensamientos negativos en los niveles emocional, orgánico, cognoscitivo y comportamental durante el tratamiento de la enfermedad del sujeto de estudio. Por ello, el estudio representa un aporte en el área de la psicología clínica, además tiene como fin generar conocimientos científicos a nivel local sobre la problemática a ser analizada, así como también expandir las capacidades de competitividad, experiencia y conocimientos en el campo de la psicología.

Este estudio es de gran trascendencia, ya que nos permite evidenciar el hecho de que los pensamientos irracionales que presenta la paciente empeora su condición. Al entender cómo estos pensamientos afectan la salud de la paciente, se brindan intervenciones terapéuticas efectivas para ayudar a la persona que enfrenta una enfermedad catastrófica a mejorar su calidad de vida y a afrontar la situación. Siendo un aporte al cuidado de la salud mental en personas que atraviesan una condición médica delicada.

Como beneficiario de este trabajo de investigación se presenta una paciente de 64 años con enfermedad catastrófica residente del cantón Quinsaloma, quien es el sujeto de estudio de esta investigación para su respectiva evaluación y diagnóstico, del mismo modo, la investigación representa un beneficio a la familia de la paciente. Finalmente, como beneficiaria la comunidad universitaria con la realización de este caso.

En cuanto a la metodología, en la presente investigación se efectúa un estudio de caso de tipo de investigación correlacional, en el cual se busca determinar y analizar la relación o incidencia entre las variables de investigación: Pensamientos irracionales y Salud mental. Como diseño de investigación está basado en el diseño no experimental, misma que tiene como objetivo la observación de los fenómenos sin la manipulación de las variables de investigación. Además, se emplea un enfoque cualitativo que consigue un análisis de cualidades y variables del caso a evaluar, es decir, representaciones no cuantificadas con significado subjetivo que responden a la problemática e hipótesis tentativa de la investigación. Por último, las técnicas empleadas para la recolección de las variables requeridas por el sujeto de estudio son: La guía de observación, historia clínica y test psicométricos.

3. Objetivos del estudio

Objetivo General

Determinar la repercusión de los pensamientos irracionales en la salud mental en una paciente de 64 años con enfermedad catastrófica del Cantón Quinsaloma.

Objetivos Específicos

- Identificar los tipos de pensamientos irracionales que presenta la paciente.
- Evaluar el estado de la salud mental de la paciente con enfermedad catastrófica.
- Analizar la relación que existe entre los pensamientos irracionales y la salud mental en una paciente de 64 años con enfermedad catastrófica del Cantón Quinsaloma.

4. Línea de Investigación

Se realizó esta investigación acorde a las líneas de investigación de psicología clínica y forense y la sub línea: evaluación psicológica clínica y forense, la cual contribuye a la evaluación acerca de la perspectiva del paciente en referencia a los tipos de pensamientos irracionales que padece, así como evaluar la repercusión de los mismos en el estado de salud mental de la persona.

5. Marco conceptual

5.1. Pensamientos Irracionales

5.1.1. Definición

De acuerdo con varios autores, los pensamientos irracionales son aquellos pensamientos o creencias que no se basan en la realidad o que no están respaldados por evidencia objetiva. Estos pensamientos pueden ser deformaciones cognitivas que surgen de la interpretación subjetiva de la realidad y que pueden llevar a la persona a tener una visión inexacta o exagerada de sí misma, de los demás o del mundo que la rodea. Los pensamientos irracionales pueden ser un factor de riesgo para los problemas de salud mental, ya que pueden contribuir al desarrollo o mantenimiento de síntomas depresivos, ansiosos o psicóticos (Ellis, 1962; Beck, 1976; Beck et al., 1979).

Ellis (2016) explicó que los pensamientos irracionales son patrones cognitivos disfuncionales y poco realistas que pueden generar emociones negativas y afectar la capacidad de la persona para funcionar adecuadamente en su vida diaria. Estos patrones de pensamientos incluyen la magnificación de los problemas, la minimización de los éxitos, la generalización a partir de eventos negativos y la personalización de la culpa por eventos que no son responsabilidad del individuo.

Según Fernández (2020), los pensamientos irracionales son una forma de distorsión cognitiva que genera sentimientos negativos. Además, los pensamientos irracionales son patrones cognitivos que implican juicios de realidad deformada y escaso de realismo sobre uno mismo, las demás personas y el mundo en general, que pueden generar emociones ya mencionadas, disfuncionales y aumentar el riesgo de sufrir trastornos psicológicos (González-Gutiérrez, 2018).

Como manifestó Mayorga “El término empleado no pretende recalcar simplemente la ausencia de lógica o falta de apego a la realidad de estas posiciones cognitivas, sino fundamentalmente su carácter destructivo y contraproducente a nivel adaptativo” (Mayorga, 2018, p.170). Esto significa que, en lugar de ayudar a las personas a enfrentar los desafíos y problemas, estos patrones de pensamientos irracionales pueden obstaculizar su capacidad para resolver problemas y encontrar soluciones efectivas.

Se caracterizan por ser inflexibles, negativos y desordenados, que no están basados en la realidad y que pueden llevar a la persona a experimentar emociones intensas y desadaptativas. Estos pensamientos son considerados como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales, como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, ya que pueden mantener la

sintomatología y dificultar el proceso de recuperación (González-Ramírez et al., 2020; Sahlin et al., 2020; Szentágotai-Tătar et al., 2021).

5.1.2. Etimología de los Pensamientos Irracionales

Según Beck (2021), la etimología del término "pensamientos irracionales" se deriva del latín "irrationalis", que significa "no racional". Estos pensamientos se refieren a patrones de pensamientos disfuncionales que son ilógicos, poco realistas y perjudiciales para la salud mental. Beck sostiene que los pensamientos irracionales a menudo se originan en la infancia y pueden ser reforzados por la experiencia y la interacción social, lo que resulta en un efecto negativo en la vida cotidiana de las personas.

De acuerdo con Leahy (2020), el término tiene su origen en la terapia cognitiva, y se refiere a patrones de pensamientos que son disfuncionales y degradantes para la salud mental. La etimología del término proviene del latín, que significa "sin lógica". Estos pensamientos se caracterizan por carecer de veracidad, ser exagerados o incoherentes, y pueden conducir a sentimientos de ansiedad, depresión y estrés.

El término de pensamientos irracionales se originó en la terapia cognitiva, en la que se desarrollaron diferentes técnicas para el tratamiento de trastornos emocionales, incluyendo la ansiedad y la depresión (Salkovskis, 2016). Esta teoría se basa en la premisa de que los pensamientos de este tipo, pueden generar problemas emocionales y de comportamientos problemáticos. Beck y sus colegas identificaron patrones específicos de pensamientos que pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de problemas emocionales, y crearon técnicas para abordar estos patrones (Caballo, 2020).

La teoría de los pensamientos irracionales fue desarrollada por Albert Ellis en la década de 1950, basada en sus observaciones clínicas y sus estudios de filosofía y psicología (Ellis, 1962). Esta teoría se centraba en la idea de que los pensamientos negativos y distorsionados pueden generar disfuncionalidades psicológicas y que al cambiar estos patrones de pensamientos se puede mejorar la salud mental de las personas (Dryden y Ellis, 2010). La teoría de los pensamientos irracionales ha sido una influencia importante en la terapia cognitivo-conductual y ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de diversos trastornos emocionales.

5.1.3. Tipos de pensamientos Irracionales

Existen varios tipos de pensamientos irracionales identificados por Albert Ellis y Aaron Beck en su trabajo sobre la terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, los pensamientos de absolutismo implican la creencia de que las cosas deben ser perfectas, y que los errores son

inaceptables (Ellis y Dryden, 1997). Otros tipos incluyen la catastrofización, en la que se asumen los peores escenarios posibles, y la sobre generalización, en la que se aplica una experiencia negativa a todas las situaciones similares (Beck, 1976). La identificación de estos tipos de pensamientos irracionales es importante en la terapia para ayudar a los pacientes a reconocer sus patrones de pensamiento negativos y reemplazarlos por pensamientos más realistas y saludables.

Según Ellis (1962) postula 11 creencias irracionales, estos son pensamientos que los individuos tienen de manera irracional y que alteran negativamente las emociones y comportamientos contraproducentes. Estas creencias irracionales suelen ser la base de muchos trastornos psicológicos y pueden ser modificadas a través de técnicas terapéuticas adecuadas, entre las creencias encontramos las siguientes (tomadas de Ellis, 2009 citado en Mayorga, 2018):

1. Creer que es necesario tener el amor y la aprobación de todos aquellos que nos rodean.
2. Creer que, cuando las cosas no van bien, algo o alguien más es responsable de nuestros problemas.
3. Creer que las emociones negativas son causadas por las circunstancias externas, y no por nuestros propios pensamientos y comportamientos.
4. Creer que es necesario tener control absoluto sobre todas las situaciones de la vida.
5. Creer que la vida debe ser justa y que aquellos que actúan injustamente deben ser castigados.
6. Creer que si algo es peligroso o arriesgado, debemos evitarlo a toda costa.
7. Creer que es mejor evitar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida en lugar de enfrentarlas y aprender de ellas.
8. Creer que los eventos pasados tienen una influencia indeleble en el presente y en el futuro.
9. Creer que debemos estar constantemente preocupados por los peligros y las posibilidades de futuro.
10. Creer que es necesario tener soluciones perfectas para todos los problemas de la vida.
11. Creer que las personas son malas o terribles si actúan de manera negativa hacia nosotros.

Además, el psicólogo Walter Riso (2001) con base a las ideas irracionales propuestas por Ellis las catalogo en 9 subtipos para clasificar el tipo de pensamiento ilógico que manifestaban sus pacientes, entre los subtipos están:

Necesidad de aprobación: es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado por todas las personas de su comunidad; Autoexigencia: para considerarse uno mismo como

valioso se debe ser competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles; Culpar a otros: cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpados y castigados por su maldad; Reacción a la frustración: es catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

Irresponsabilidad emocional: la desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones; Ansiedad por preocupación: si algo es o puede ser peligroso, se debe sentir inquietud por ello, ante la posibilidad de que ocurra; Dependencia: se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte para poder confiar; Influencia del pasado: la historia pasada de uno es determinante decisivo de la conducta actual; Perfeccionismo: existe una solución correcta, perfecta y única para los problemas humanos y, si esta solución no se encuentra, sobreviene una crisis (Riso, 2001)

5.1.4. Consecuencias de los pensamientos irracionales

Los pensamientos irracionales pueden tener consecuencias negativas en la salud mental y física de las personas. Según Beck (1976), los pensamientos negativos pueden generar emociones negativas como ansiedad, depresión y estrés, que a su vez pueden tener efectos físicos en el cuerpo. Además, estos pensamientos pueden perpetuar patrones de pensamientos disfuncionales y mantener a las personas en ciclos de ansiedad y depresión. Por lo tanto, es importante identificar y cuestionar estos pensamientos irracionales para promover una mejor salud mental y física.

Según Oei y Llamas (2015), los pensamientos irracionales pueden tener consecuencias perjudiciales en la vida de las personas, como el aumento de los niveles de ansiedad y depresión, disminución de la autoestima y problemas en las relaciones interpersonales. Además, estas creencias pueden perpetuar los patrones de pensamientos y dificultar el proceso de cambio en terapia.

En cuanto a problemas en la salud física de acuerdo con Beck (2011), los pensamientos irracionales pueden tener consecuencias negativas en la salud mental y física. La rumiación y la preocupación excesiva pueden aumentar la activación del sistema nervioso simpático, lo que puede agravar los síntomas y reducir la respuesta inmunológica.

Un estudio realizado por Bissell y Royse (2015) encontró que los pensamientos irracionales, tales como la creencia de que el cáncer es una sentencia de muerte o que la enfermedad es una forma de castigo, pueden tener consecuencias negativas en la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Estos pensamientos pueden generar altos niveles de ansiedad y

depresión, lo que a su vez puede afectar la adherencia al tratamiento y la recuperación del paciente. Además, los pensamientos irracionales también pueden influir en la percepción del dolor y la fatiga, empeorando así la experiencia del paciente con la enfermedad.

5.2. Salud mental

5.2.1. Definición

La salud mental según el autor Guze se refiere a "un estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que la persona puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad y enfrentar las demandas y desafíos diarios de la vida" (Guze, 2019, p. 12). Además, se considera que la salud mental es una condición dinámica, ya que puede variar a lo largo del tiempo y estar influenciada por factores internos y externos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la salud mental se refiere a "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". La salud mental es esencial para el bienestar general de un individuo y es una parte integral de la salud en general.

La salud mental puede manejar las presiones y desafíos de la vida diaria, trabajar de manera productiva y fructífera y contribuir a su comunidad. La OMS considera que la salud mental es un componente integral de la salud en general y que es esencial para el bienestar individual y colectivo. Además, se cree que el acceso a servicios de salud mental de calidad es fundamental para garantizar la equidad en la atención sanitaria y para mejorar la calidad de vida de las personas en todo el mundo (Smith, 2020).

Keyes (2002) propone que la salud mental no se limita a la ausencia de trastornos mentales, sino que implica el estado de bienestar emocional, psicológico y social que permite a las personas alcanzar su máximo potencial y disfrutar de la vida de manera plena. Del mismo modo Wong et al. (2017) mencionan que la salud mental se refiere a la capacidad de una persona para experimentar emociones positivas, adaptarse a las diferentes situaciones de la vida, establecer relaciones interpersonales saludables y contribuir de manera significativa a la sociedad.

5.2.2 Problemas en la salud mental

Según la OMS, los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, y se estima que afectan a más de mil millones de personas. Entre los trastornos más comunes se encuentran la depresión, la ansiedad, los trastornos bipolares y la esquizofrenia, los cuales pueden ser debilitantes y tener un impacto significativo en la calidad de vida de los

afectados, así como en la de sus familiares y cuidadores (OMS, 2019). Además, estos trastornos pueden llevar a problemas de salud física, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad, y se asocian con un mayor riesgo de mortalidad prematura (Walker et al., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas de salud mental son un importante desafío mundial que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los trastornos mentales pueden afectar al bienestar y la capacidad de las personas para funcionar en la vida diaria. Además, la carga económica y social de los trastornos mentales es enorme, con costos asociados con el tratamiento de la enfermedad, la pérdida de productividad y los efectos en la familia y la comunidad (OMS, 2021).

La salud mental es un aspecto fundamental del bienestar humano y está influenciada por una variedad de factores, tanto internos como externos. Los problemas en esta pueden incluir alteraciones al estado anímico, así como problemas de abuso de sustancias. Además, los trastornos de personalidad, los trastornos alimentarios y los trastornos del sueño también pueden afectar la salud mental de una persona (Larsen y Lubkin, 2021).

5.2.3 Consecuencias de una mala salud mental

Las consecuencias de una mala salud mental pueden ser significativas y afectar tanto a nivel personal como social. Las personas con problemas de salud mental pueden tener dificultades para desempeñarse en su trabajo, en la escuela o en sus relaciones personales. También pueden experimentar una disminución en su calidad de vida y bienestar general. En algunos casos, la mala salud mental puede incluso llevar al suicidio. De hecho, la OMS ha informado que alrededor de 800,000 personas mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2019).

Según el informe de la OMS sobre la carga mundial de trastornos mentales, los trastornos depresivos son la causa principal de discapacidad en todo el mundo, y se espera que la carga de estos trastornos siga aumentando en las próximas décadas. Los trastornos de ansiedad también se encuentran entre los problemas de salud mental más comunes en todo el mundo, y pueden afectar a personas de todas las edades y orígenes.

5.2.4 Prevalencia de alteraciones psicológicas en enfermedades

Las alteraciones psicológicas son usuales en enfermedades médicas crónicas, como el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. Un estudio encontró que aproximadamente el 40% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tenían trastornos psicológicos, incluyendo ansiedad, depresión y trastornos de sueño. Asimismo, se ha

reportado que la depresión y la ansiedad son muy frecuentes en pacientes con cáncer, afectando hasta el 40% y el 50% de los pacientes, respectivamente (Bilge y Kocaman, 2018).

Según estudios recientes, las alteraciones psicológicas son una comorbilidad frecuente en enfermedades. Se ha encontrado que los pacientes con diabetes tienen una mayor probabilidad de desarrollar depresión y ansiedad en comparación con la población general. En el caso del cáncer, la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión varía según el tipo de cáncer y la fase de la enfermedad, siendo más común en las fases avanzadas. Además, la presencia de trastornos psicológicos se ha asociado con una peor calidad de vida y una menor adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas (López-Santiago et al., 2021).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), las alteraciones psicológicas son comunes en muchas enfermedades crónicas e incluso agudas, incluyendo enfermedades como el VIH / SIDA. Estas alteraciones pueden incluir trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño, entre otros, y pueden afectar negativamente la vida, el manejo de la enfermedad y el pronóstico del paciente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018).

5.3. Tratamiento contra pensamientos irracionales

5.3.1 Terapia Racional Emotiva Conductual

La terapia racional emotiva conductual (TREC) es una forma de terapia cognitivo-conductual que se enfoca en identificar y cambiar los pensamientos irracionales y disfuncionales que causan emociones negativas y problemas conductuales. El modelo A-B-C de la TREC, desarrollado por su fundador Albert Ellis, es una herramienta clave para comprender el proceso de pensamiento que lleva a las emociones y comportamientos problemáticos. En este modelo, A representa el evento activador, B representa la creencia o pensamiento irracional y C representa la consecuencia emocional o conductual. La terapia se enfoca en identificar y desafiar las creencias irracionales para cambiar la respuesta emocional o conductual. La TREC ha demostrado ser efectiva en una variedad de trastornos psicológicos, incluyendo depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y adicciones (Dryden, 2018).

La terapia se enfoca en enseñar a los pacientes a identificar y modificar estos pensamientos irracionales a través de técnicas como la disputa racional, el reencuadre cognitivo y la exposición emocional. Estudios han demostrado que la TREC es efectiva en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos psicológicos y emocionales, incluyendo ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y adicciones (Dryden, 2018).

Este modelo se ha sido utilizado en pacientes con problemas en su salud mental demostrando una gran alternativa en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos psicológicos y se ha demostrado efectiva en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Además, esta terapia se enfoca en la modificación de los pensamientos irracionales y en la promoción de pensamientos más realistas y adaptativos. Esto permite a los pacientes desarrollar una actitud más positiva hacia sí mismos y hacia los demás, así como una mayor capacidad para enfrentar los problemas de la vida diaria. (Lorenzo-Seva et al., 2021).

Una de las técnicas más usadas en la TREC de Ellis es la disputa cognitiva, que consiste en cuestionar la validez de los pensamientos irracionales y buscar evidencia objetiva para refutarlos. La disputa cognitiva se realiza basándonos en el modelo A-B-C, en el que el pensamiento irracional (B) se desafía mediante la identificación de las creencias subyacentes (A) y la evaluación racional de la situación (C).

También se pueden tratar los pensamientos irracionales mediante técnicas comunes que incluyen la reestructuración cognitiva, la exposición y la reevaluación racional. Estas técnicas se emplean para ayudar a los pacientes a identificar y modificar patrones de pensamientos disfuncionales que contribuyen a la aparición de trastornos de salud mental (Ellis, 1994; Dryden, 2018).

6. Marco metodológico

Tipo de investigación

El trabajo cuenta con el tipo de investigación correlacional que, de acuerdo con Sampieri, Collado, y Lucio (2014) tiene como objetivo establecer la relación existente entre dos o más variables. En este tipo de investigación, se miden las variables y se utiliza un coeficiente de correlación para determinar la fuerza y dirección de la relación entre ellas.

Además, emplea la investigación no experimental el cual es un enfoque que se utiliza para observar y medir variables sin manipularlas activamente. En lugar de controlar variables independientes, los investigadores buscan establecer relaciones o asociaciones entre variables y hacer inferencias sobre su naturaleza (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014).

Enfoque de investigación

El enfoque de investigación mixto es una metodología que combina elementos de la investigación cuantitativa y cualitativa con el fin de proporcionar una comprensión más completa y profunda del fenómeno en estudio. Según Creswell y Plano Clark (2018), el enfoque de investigación mixto utiliza la triangulación, que implica la integración de diferentes tipos de datos y métodos de análisis, para mejorar la validez y fiabilidad de los resultados. Además, este enfoque permite una mayor flexibilidad en la investigación y puede ser especialmente útil para abordar problemas complejos en el campo de la salud, la educación y las ciencias sociales.

Este enfoque metodológico es importante en este proyecto aportando técnicas e instrumentos cualitativos como cuantitativos en la investigación. Por un lado, se empleará la entrevista con el objetivo de recolectar información detallada acerca de las características y cualidades de la paciente para determinar la presencia e incidencia de las variables en su discurso. Por otro lado, se utilizarán pruebas psicométricas cuantitativas que proporcionarán resultados numéricos y estadísticos, los cuales serán calificados para determinar la presencia de los pensamientos irracionales y el estado de la salud mental de la paciente.

Técnicas

La elección de las técnicas de investigación es crucial para la recopilación de datos precisos y válidos para este estudio. Las técnicas de investigación pueden ser cualitativas, cuantitativas o una combinación de ambas, y cada una tiene sus propias fortalezas y debilidades. (Babbie, 2016). Es importante que la selección de las técnicas de investigación sean adecuadas a la problemática y los objetivos del estudio.

Entrevista

La entrevista es una técnica utilizada en la investigación cualitativa que permite recopilar información detallada y en profundidad sobre la experiencia y perspectivas de los participantes en un estudio. La entrevista puede ser estructurada, semiestructurada o no estructurada y puede ser realizada en persona, por teléfono o por medios electrónicos (Aguirre y Gómez, 2021). Esta técnica permitió en primera instancia para recopilar datos personales y datos de la historia clínica, también se realizaron preguntas para recolectar los pensamientos de la paciente y desde cuando empezaron las cogniciones.

Observación clínica

La observación clínica es una técnica utilizada en la investigación y tiene la utilidad para recopilar datos sobre la conducta y los comportamientos del sujeto de estudio. Esta técnica involucra observar y registrar los comportamientos, emociones y reacciones de los participantes en un entorno natural o en una situación específica. Según Bravo y Contreras (2017), la observación clínica permitió la detección de los signos y síntomas como: el peso corporal, el entorno de la paciente, relaciones intrapersonales, aislamiento, nerviosismo y llanto.

Historia clínica

La historia clínica es un documento esencial en la investigación clínica, ya que es una fuente valiosa de información sobre la salud de la paciente. En la investigación, la historia clínica se utiliza para recopilar información detallada sobre la enfermedad del paciente, su historial psicológico, los tratamientos previos y actuales, y otros factores relevantes para el estudio en cuestión. Además, la historia clínica permite a los investigadores identificar posibles factores de confusión y controlarlos durante el análisis de los datos (González et al., 2020).

Test psicométricos

Los test psicométricos son herramientas de evaluación utilizadas en la investigación para medir diversas variables psicológicas como la inteligencia, personalidad, aptitudes, entre otras. Estos instrumentos tienen un enfoque cuantitativo y proporcionan datos numéricos que son sometidos a análisis estadísticos para obtener resultados fiables y válidos. (Hernández et al., 2020). Es por ello que se utilizó esta técnica para evaluar cuales son cualidades psicológicas de la paciente referente a sus pensamientos irracionales y el estado de su salud mental.

Instrumentos

Los instrumentos de investigación son herramientas utilizadas para recolectar datos de manera sistemática y objetiva. Su elección dependerá de la naturaleza del fenómeno que se desea estudiar y de los objetivos de la investigación. (Hernández et al., 2014). Su importancia radica en que los instrumentos sean válidos y confiables para que los resultados obtenidos sean precisos y prueben la pregunta de este estudio de caso.

Cuestionario de preguntas abiertas

Según Pérez (2020), los cuestionarios de preguntas abiertas son una herramienta valiosa en la investigación cualitativa, ya que permiten a los participantes expresar sus opiniones y

perspectivas de una manera más detallada y libre, por ello es de utilidad en área de investigación donde se busca comprender la complejidad de un fenómeno del presente estudio.

Observación directa

Según Smith (2019), la observación directa es una técnica de recolección de datos valiosa en la investigación cualitativa, ya que permite a los investigadores obtener información sobre el comportamiento de los participantes en su entorno natural sin interferir en sus actividades. Esta técnica proporciona la información detallada sobre aspectos del comportamiento de la paciente que pueden ser difíciles de capturar mediante otros métodos de recolección de datos.

Modelo de historia clínica

De acuerdo con Gómez y López (2021), el modelo de historia clínica psicológica es una herramienta esencial en la investigación en psicología clínica. Este modelo se utiliza para recopilar información detallada sobre la historia clínica del paciente, incluyendo información sobre su salud mental, antecedentes familiares, historial de tratamiento y otros factores relevantes. Este modelo permite tener una visión holística de la paciente y su situación clínica, lo que ayuda especialmente en la comprensión de los factores que contribuyen a su estado actual y en la identificación del posible tratamiento y estrategias de intervención.

Cuestionario TCI Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)

Para la recolección de datos se aplicó el Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) siendo una versión adaptada del Test de Creencias Irracionales de Jones (1968), que ha sido modificada por Calvete y Cardeñoso (1999) para su uso en la población de sudamericana. Esta versión adaptada se ha reducido a 46 ítems y utiliza una escala de cuatro puntos que va desde "no estoy de acuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Según los estudios más recientes, esta versión adaptada ha sido validada en la población de Colombia (Calvete y Cardeñoso, 1999). En general, la evaluación de las creencias irracionales se ha simplificado para que sea más accesible y eficaz para la población objetivo.

Un cuestionario diseñado para medir las ideas irracionales propuestas por Ellis en 1962. El cuestionario consta de ocho dimensiones que incluyen la necesidad de aprobación por parte de los demás, altas autoexpectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia, influencia del pasado y perfeccionismo. Cada dimensión se compone de varios ítems que evalúan diferentes aspectos relacionados con la dimensión en cuestión. A mayor puntaje mejor es la capacidad del sujeto de enfrentar estas dificultades.

Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis

El inventario de síntomas SCL-90R fue desarrollado para medir una amplia gama de síntomas psicopatológicos según el nivel de malestar que el individuo experimenta. Fue creado por Derogatis y Cleary (1977) en una muestra de pacientes ambulatorios psiquiátricos y adaptado por UBA.CONICET (2008) para la población argentina que necesitaba psicoterapia, validado en estudios más recientes (Sánchez y Ledesma, 2009). Este instrumento se compone de 90 ítems y utiliza una escala de cinco puntos que va desde 0-4 (nada, muy poco, poco, bastante, mucho).

Consta de 9 variables: Somatización evalúa el malestar corporal y reacciones de ansiedad; Obsesiones y Compulsiones evalúa pensamientos y acciones recurrentes; Sensitividad Interpersonal evalúa síntomas de inferioridad y comparaciones; Depresión incluye sintomatología correspondiente al trastorno depresivo; Ansiedad evalúa reacciones ansiosas generales, miedos y ataques de pánico; Hostilidad evalúa la reacción del sujeto ante los conflictos y sentimientos negativos; Ansiedad Fóbica evalúa miedo irracional ante personas y lugares; Ideación Paranoide evalúa desorden de pensamiento y suspicacia; Psicoticismo se evalúan pensamientos incontrolables, alucinaciones y soledad. El Total de Síntomas Positivos representa la cantidad de respuestas que indican malestar significativo y el Índice de Malestar Sintomático Positivo evalúa los síntomas que no corresponden a supuestos. Cuanto mayor sea el puntaje en cada dimensión, mayor será el nivel de gravedad de los síntomas experimentados.

7. Resultados

Presentación del caso

Adulta de 64 años, hace cuatro años cumplía sus labores como ama de casa, oriunda del cantón Quinsaloma, provincia de Los Ríos. Vive con su familia compuesta por su esposo y su hijo menor, su nuera y sus dos nietos, la paciente es usuaria del Bono Joaquín Gallegos Lara, manifiesta sentir que su vida no da para más desde que fue diagnosticada con cáncer al riñón, presenta un estado mental normal, su demanda refiere a que piensa que es una inútil y una carga para sus familiares por ser una persona enferma y no poder ayudar en la casa como antes solía hacerlo.

Sesiones

Se realizaron 5 sesiones con la paciente para el presente estudio de caso que son detalladas a continuación:

Primera sesión

Se realizó la primera sesión el día viernes 3 de febrero del año 2023, la hora se aproxima a las 10 a.m, durante esta primera entrevista se llevó a cabo en la vivienda de la paciente en Quinsaloma, se dio inicio a la entrevista con un tiempo de 45 minutos con el fin de determinar la demanda de la paciente.

Ella manifestó “me siento una inútil desde que tengo esta enfermedad, ahora paso solo en cama y no me dejan hacer nada, quiero llorar, quiero ya morirme y descansar porque no puedo hacer nada, solo soy una carga para mi hijo y mi nuera, me molesta no poder ayudarles en la casa o con los niños”. Esto en referencia a los pensamientos que tiene la paciente y dice repetirse lo mismo a diario, ya que esa situación no mejora con su tratamiento.

Por otro lado, cuando se le preguntó sobre su enfermedad, ella menciona que “por esta enfermedad es que paso casi todo el día en cama, ya no me dejan hacer mis cosas porque soy muy inútil y preocupo a toda mi familia”, “no logro mejorar por más tratamiento que me envía el doctor, siempre me mandan reposo y eso no me gusta, estoy harta”.

Haciendo referencia al malestar psicológico que le ha generado no adaptarse a esta circunstancia, además de las preguntas sobre su cognición y las situaciones que vive a diario. Se trató con la paciente temas necesarios para realizar la historia clínica, desde la historia del cuadro psicopatológico actual hasta la exploración del estado mental.

Segunda sesión

Se llevó a cabo el 10 de febrero del 2023 aproximadamente a las 10 de la mañana, con un tiempo de duración de la sesión de 40 minutos, en esta se trató la evaluación mediante la aplicación de test psicométricos como “Cuestionario TCI Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)” en la cual la paciente tardó unos 20 minutos en terminarlo debido a que tenía algunas dudas en varios ítems.

Además, se tomó el “Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis” la cual llevo un tiempo mayor a lo esperado por las explicaciones a la paciente. Sin embargo, se pudo registrar las muestras correctamente para su posterior revisión y calificación. Como adicional, como ejercicio se le envió a la paciente hacer un “diario de pensamientos”, para revisarlos y trabajar con ello en la siguiente sesión.

Tercera sesión

Esta sesión fue realizada el viernes 17 de febrero del año 2023, aproximadamente a las 9 de la mañana en el domicilio y con un tiempo de duración de 40 minutos. En esta sesión se contó con los resultados obtenidos de los test, se llevó a cabo la intervención a la paciente, primero se explicó acerca de la técnica “Reestructuración cognitiva”, la cual ayudaría a la mujer a reemplazar los pensamientos que escribió en su diario durante la semana. La explicación de la técnica tomo 20 minutos y luego de responder unas inquietudes, la paciente refirió que se siente mejor y que seguiría practicándolo lo conversado en su hogar.

Después se ejecutó la técnica “Disputa racional” con el objetivo de identificar los pensamientos irracionales y cuestionar su validez y precisión, esa sección tomo un total de 15 minutos, luego de responder a sus dudas, ella dijo que entiende el punto de hacer esto y que no había visto sus palabras de una manera más verídica. Por último, se le dio unas indicaciones sobre las técnicas que se iban a tratar la próxima semana y que continúe con el diario de pensamientos.

Cuarta sesión

Esta sesión se llevó a cabo el día viernes 24 de febrero del 2023 aproximadamente 10 a.m. nuevamente en su domicilio y con una duración de 40 minutos, en este encuentro la paciente mencionó que los ejercicios que se han tratado en la última sesión las ha practicado y le han ayudado a desviar sus malos pensamientos, y también le ayudaron a sentirse mejor consigo misma. En esta sesión se utilizó la técnica “Fomento de la autoaceptación” para ayudar mejorar su autoestima mediante la aceptación.

Por ello, en esta sesión se optó aliviar los pensamientos de culpa con la técnica “Retribución” que ayudaría a disminuir el peso que la paciente pone a su problema o situación. Además, se reforzaron las actividades planteadas con anterioridad con el fin de mantener su mente ocupada y ayudar con dudas de la paciente. En esta sesión la paciente se comprometió a entender las intenciones de su familia respecto a como la tratan por su condición.

Quinta sesión

Esta fue la última sesión, se realizó el 3 de marzo del 2023 cerca de las 10 de la mañana y la vivienda de la paciente, tuvo una duración de 40 minutos. Aquí se efectuó un repaso del proceso de las técnicas y las actividades que fueron establecidas al cabo de las semanas, a lo que la paciente respondió haberlas cumplido a diario.

También se consultó con la paciente sobre que es lo que piensa ahora respecto a su condición médica, a lo que contestó que las técnicas le han ayudado a desviar esos pensamientos de muerte. Menciona que no se siente tan triste como antes y que ahora ve las cosas con más calma, opina más positivamente y comprende que el accionar de su familia es por su bienestar.

Sin embargo, en ocasiones sigue creyendo que desearía volver a su vida cuando estaba sana y podía ejecutar sus actividades y poder tener una vida más activa para poder jugar con sus nietos. Como última recomendación se le incentivó en que practique y continúe con el proceso efectuado en la terapia, realizando los ejercicios propuestos y recurra con un especialista en caso de que sus pensamientos irracionales regresen o empeoren.

Hallazgos

Mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos para la evaluación del presente estudio de caso, se pudo constatar puntuaciones importantes en cuanto la presencia de pensamientos irracionales de la paciente, los cuales empezó a generar por sus problemas de salud, la calificación obtenida en el Cuestionario TCI Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) reflejó que la paciente posee una gran tendencia en generar pensamientos irracionales. Con 143 puntos, puntuación que contrasta con la presencia de estas alteraciones cognitivas, por otro lado, en el Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis se consiguió una puntuación bruta de 212 puntos que correspondientes un percentil de 75, es decir, síntomas moderados.

Los resultados arrojados de los test psicométricos e información proporcionada de las entrevistas, observaciones y la historia clínica, realizadas a la paciente, sugieren que ella atraviesa un episodio depresivo como consecuencia de los recurrentes pensamientos negativos que no solo alteraron su cognición, sino que también generó un decaimiento del estado de ánimo con síntomas como: culpabilidad excesiva, tristeza, llanto y los propios pensamientos irracionales que han afectado a la paciente a sobrellevar su estado médico.

La mujer adulta refiere que durante los últimos 4 años ha cambiado de manera radical su vida y sus actividades, lo que la ha llevado a cambiar su manera de pensar y como se siente con ella misma y las personas que la rodean. Ella asegura que en los últimos meses ha incrementado para peor su manera de ver la vida y tratar con su familia, ya que se sentía que su condición solo empeora y menciona que se veía “condenada e inservible”.

Tabla 1.- Cuadro Sintomatológico

Función	Signos y Síntomas	Diagnóstico
----------------	--------------------------	--------------------

Cognitivo- Pensamiento	Pensamientos de culpa	Trastorno depresivo mayor
	Baja autoestima	
	Ideas suicidas	
Afectivo	Indiferencia	Trastorno depresivo mayor
	Tristeza	
	Sentimientos de culpa	
Conducta social- escolar	Aislamiento	Trastorno depresivo mayor
Somática	Perdida de peso	Trastorno depresivo mayor

Fuente: Historia clínica realizada a la paciente

Elaborado por: Delia Madeleyne Puente Zapata

A pesar de que la paciente no fue evaluada con instrumentos para medir la depresión, con todo el proceso que se llevó a cabo y junto con los criterios diagnósticos del DSM-V por parte de APA (2014) se llegó a un diagnóstico tentativo, el cual refiere a que la paciente presenta un Trastorno de depresión mayor de grado moderado con episodio recurrente codificado como 296.32 (F 33.1) pues la paciente refiere la siguiente sintomatología

Síntomas que han estado presentes durante el mismo tiempo superior a dos semanas:

1. Estado de ánimo deprimido
 2. Disminución importante del interés
 3. Perdida de peso
 4. Pensamientos de muerte recurrentes
 5. Disminución de la capacidad para concentrarse
- A. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo y deterioro social
- B. Los episodios no son atribuidos a efectos producidos por el uso de sustancias o afecciones médicas
- C. No se explica mejor con otro trastorno
- D. Nunca hubo presencia de un episodio maníaco o hipomaníaco (p. 161).

Soluciones planteadas

Después de obtener los resultados de este estudio de caso, se elaboró una propuesta terapéutica que se compone de tres elementos fundamentales:

1. Evaluar el estado de la salud mental de la paciente.
2. Promover un tipo de terapia acorde a las necesidades de la paciente.

3. Ejecutar técnicas de TREC.

El plan terapéutico que se propone es mediante la terapia racional emotiva conductual, debido a que dicho enfoque se acomoda a las necesidades presentadas por la paciente, ayuda al paciente a identificar y reemplazar estas creencias irracionales por creencias más realistas y saludables, a través de un proceso de cuestionamiento y desafío de las creencias disfuncionales. Además, utiliza técnicas cognitivas y conductuales, y suele ser una terapia breve y estructurada que se enfoca en el presente y en el cambio de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales.

Tabla 2.- Esquema Terapéutico

Esquema Terapéutico					
Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fechas	Resultados Obtenidos
Pensamientos irracionales	Modificar los pensamientos disfuncionales (No sirvo para nada, Me quiero morir)	Reestructuración cognitiva Disputa racional	2	10/02/2023 17/02/2023	Se mejoró la calidad de los pensamientos de la paciente
Baja autoestima	Incentivar la positividad y promover la aceptación	Fomento de la autoaceptación	2	17/02/2023 24/02/2023	Se logró una aceptación de los defectos y situación de la paciente

Culpa excesiva	Reducir los	Retribución	2	24/02/2023	Se logró retribuir y racionalizar aquellos pensamientos de culpa excesiva
	pensamientos de culpabilidad			03/03/2023	
Fuente: Historia clínica realizada a la paciente			Elaborado por: Delia Madeleyne Puente Zapata		

A través de la técnica de reestructuración cognitiva, se diseñó un plan para cambiar los pensamientos irracionales que la paciente estaba experimentando. El objetivo de este plan era ayudar a la estudiante a regular su forma de pensar y encontrar un enfoque más positivo ante las situaciones cotidianas. La técnica se estableció con el propósito de reducir los síntomas depresivos de la paciente, específicamente los pensamientos suicidas y la dificultad para concentrarse.

La técnica de Disputa Racional se enfoca en identificar las creencias y pensamientos irracionales que la persona tiene acerca de sí misma, los demás y el mundo en general. Luego, se utilizó la lógica y la evidencia para cuestionar aquellas creencias y reemplazarlas con pensamientos más realistas y adaptativos.

También se usó el Fomento de la autoaceptación que ayuda a la persona a darse cuenta de que la aceptación de sí mismas no significa negar sus debilidades o defectos, sino aceptarlos y trabajar en ellos para mejorar. Además, la técnica de fomento de la autoaceptación también implica aprender a reconocer las fortalezas y habilidades personales, y a valorarlas de manera positiva.

Finalmente, la técnica de Retribución permitió que la paciente identificara los elementos que componen un problema, y luego les asignara valores en porcentajes para entender y dividir la responsabilidad o culpa que ella sentía como completamente suya. El objetivo de esta técnica fue reducir los pensamientos de culpa excesiva que la paciente experimentaba al inicio de las sesiones.

8. Discusión de resultados

Este estudio de caso sostuvo como objetivo general determinar la repercusión de los pensamientos irracionales en la salud mental en una paciente de 64 años con enfermedad catastrófica del Cantón Quinsaloma. De acuerdo con los resultados obtenidos mediante las técnicas e instrumentos utilizados señalan que la paciente posee niveles altos en diversas creencias irracionales, así como también alto los niveles sintomáticos que afectan a su bienestar psicológico, al igual como se determinó en un estudio de Forbes et al. (2014) se encontró que los pensamientos irracionales están asociados con una mayor intensidad de los síntomas psicológicos.

En el primer objetivo específico se buscó identificar los tipos de pensamientos irracionales que presenta la paciente, evidenciado los siguientes resultados: la paciente presentó una puntuación general moderada en el TCI, haciendo evidente la presencia de pensamientos irracionales, datos que se pueden contrastar por McLean et al. (2017), al hallar que los pacientes con enfermedades catastróficas, como el cáncer avanzado, pueden experimentar pensamientos irracionales relacionados con su enfermedad y su capacidad para controlar su salud.

En cuanto a los resultados obtenidos por cada dimensión del test, en este estudio se obtuvo que la paciente muestra altas puntuaciones en las dimensiones: altas expectativas, relacionadas con pensamientos como “si no consigo mejorar, no serviré para nada”; control emocional con “soy una inútil, quiero llorar”; influencia del pasado como “quiero volver a hacer mis actividades como antes”. Información que se contrasta con el estudio realizado por Gallo et al. (2018), se encontró que los pacientes con enfermedades catastróficas, como el VIH y el cáncer, tenían pensamientos irracionales relacionados con el control emocional y la influencia del pasado.

Según Porcar et al. (2019) estos pensamientos surgen debido a la incertidumbre, el miedo y la ansiedad que provoca el diagnóstico y tratamiento del cáncer en los pacientes. En esta paciente, mediante la entrevista, cuando se le preguntó sobre “¿Desde qué momento empezó a presentar esos pensamientos negativos?” ella manifestó que poco después de los 3 meses de ser diagnosticada con la enfermedad, por tanto, se puede contrastar con el estudio antes mencionado que sus pensamientos irracionales surgen a partir de que se enteró de su condición médica.

Por otra parte, el segundo objetivo se enfocó en evaluar el estado de la salud mental de la paciente con enfermedad catastrófica, los resultados obtenidos en el Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis se halló un nivel moderado en puntuación del índice de severidad global (IGS) referente a la cantidad e intensidad de síntomas que contestó la paciente y

que están afectando su bienestar psicológico, dato que es comparable con el estudio de Gómez et al. (2020), donde se utilizó el mismo inventario para evaluar el IGS en pacientes con cáncer avanzado, obteniendo resultados que mostraron puntuaciones moderadas y graves en todos síntomas.

Con respecto a otros hallazgos del SCL-90R se detectaron niveles moderados en la sintomatología de somatización, ansiedad y psicoticismo. Además, la categoría con mayor resultado fue la depresión, reflejando que está en un nivel elevado, siendo el síntoma más alarmante y se sugiere un análisis a profundidad para descartar un trastorno depresivo. Y de acuerdo con Hernández et al. (2019), se aplicó el test para evaluar la sintomatología en pacientes con cáncer de pulmón, los resultados indicaron que los pacientes presentaban puntuaciones elevadas en depresión, al igual que la paciente del presente estudio e incluso padeciendo puntuaciones moderadas en ansiedad, la somatización.

En cuanto al tercer objetivo, se planteó analizar la relación que existe entre los pensamientos irracionales y la salud mental de la paciente, a lo que se pudo constatar mediante las diversas teorías como la de Ellis y Harper (1975), los pensamientos irracionales pueden generar una amplia variedad de trastornos psicológicos y emocionales, incluyendo depresión, ansiedad, estrés y problemas de conducta, por otro lado, también pueden ser un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales (Beck, 1976).

En comparación con lo realizado en este estudio en cuanto a la repercusión de los pensamientos con la salud mental, se ha demostrado, en conjunto a las bases teóricas y metodológicas, que los niveles altos de los pensamientos irracionales que manifestó la paciente están directamente relacionadas con la sintomatología que afecta negativamente su salud mental. Varios estudios han encontrado la misma correlación significativa, en particular, Chamberlain y Haaga señalan que la presencia de pensamientos irracionales puede aumentar el riesgo de depresión y ansiedad, mientras que la reducción de estos pensamientos se ha asociado con una mejora significativa en la salud mental (Chamberlain & Haaga, 2001; Ellis y Joffe, 2016).

9. Conclusiones

De acuerdo a los datos recopilados y analizados del presente estudio de caso, se estudió a una adulta de 64 años de sexo femenino, remitida por el programa Bono Joaquin Gallegos Lara, se establecieron las siguientes conclusiones:

Se identificó mediante la aplicación de la entrevista y el Cuestionario TCI que los tipos de pensamientos irracionales más presentes son: altas expectativas, control emocional e influencia del pasado. Siendo estas tres categorías las que presentaron mayores puntuaciones y por ende los tipos de cogniciones más recurrentes en la paciente.

Se detectó mediante la entrevista y el SCL-90R que el nivel general de salud mental es moderado; sin embargo, la sintomatología depresiva arrojó niveles severos, es decir, es necesario un análisis más profundo e intervención en esa área afectada, además de niveles moderados en ansiedad y psicoticismo, demostrando que la paciente sí presenta problemas severos en su bienestar psicológico.

Se logró analizar la relación entre los pensamientos irracionales y la salud mental, llegando a la conclusión que los niveles altos y la presencia de pensamientos irracionales recurrentes elevan la sintomatología de ciertos trastornos mentales como la depresión, ansiedad, psicoticismo, entre otras.

10. Recomendaciones

Debido a la importancia de los hallazgos obtenidos en este estudio, se sugieren las siguientes recomendaciones:

Se recomienda fomentar la participación de la paciente en grupos de apoyo y terapia grupal con otros pacientes con cáncer y adultos mayores. Esto podría brindarle un espacio seguro para expresar sus emociones, compartir experiencias y recibir apoyo emocional de personas que estén atravesando por una situación similar.

Según los resultados obtenidos, se sugiere que la paciente continúe con su proceso terapéutico con otro especialista para una evaluación más profunda que pueda contrastarse con el diagnóstico obtenido en este estudio y, a su vez, mejorar su estado de ánimo y dar seguimiento a su posible cuadro depresivo.

Por último, se propone a la comunidad científica realizar mayores estudios de la repercusión de los pensamientos irracionales en la alteración de la salud mental en adultos mayores y pacientes con enfermedades catastróficas.

Referencias

- Aguirre, A., y Gómez, L. (2021). La entrevista en la investigación cualitativa: una revisión teórica. *Revista Científica de Administración, Economía y Turismo*, 9(1), 13-27. <https://doi.org/10.17981/rcyat.2021.v9i1.7751>
- Babbie, E. (2016). *The basics of social research*. Cengage Learning.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitiva: Teoría y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Bilge, U., y Kocaman, N. (2018). Prevalence of anxiety, depression and sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine*, 8(3), 1-6. doi: 10.4172/2161-105X.1000453
- Birch Lane Press. Dryden, W. (2018). *Rational emotive behaviour therapy: Theoretical developments*. Routledge.
- Bravo, Y., y Contreras, A. (2017). La observación clínica como técnica de recolección de datos en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 843-851. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.11.004>
- Burns, D. D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. Harper & Row.
- Caballo, V. E. (2020). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (Vol. 1)*. Pirámide.
- Caballo, V. E. (2020). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (Vol. 1)*. Pirámide.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Versión abreviada del Test de Creencias Irracionales de Jones para su uso con población española. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 121-128.
- Castello, A., Gimeno-Clemente, N., & García-García, E. (2019). Creencias irracionales en pacientes oncológicos: revisión sistemática. *Psicooncología*, 16(1), 55-76. <https://doi.org/10.5209/psic.63935>
- Chamberlain, J. M., y Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163-176.

- Clay, R. (2010). The link between mental health and academic success. *Journal of School Health*, 80(5), 231-238. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00508.x>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Dryden, W. (2018). *Rational emotive behavior therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000105-000>
- Dryden, W., y Ellis, A. (2010). *Rational emotive behavior therapy: Theoretical developments*. Routledge.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (rev. ed.).
- Ellis, A., y Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer.
- Ellis, A., y Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. Prentice-Hall.
- Ellis, A., y Joffe, M. (2016). Rational-emotive behavior therapy (REBT). In G. O. Gabbard, B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (10th ed., Vol. 2, pp. 2837-2852). Wolters Kluwer.
- Fernández, E. G. (2020). *Psicología de la emoción*. Pirámide.
- Gallo, L., Sánchez, J. J., y Cortez, R. M. (2018). Irrational Beliefs in People With HIV and Cancer: A Comparison With Healthy Controls. *The Journal of psychology*, 152(8), 543-559. doi: 10.1080/00223980.2018.1467523
- Gómez, S., López, M., García, J., y González, R. (2020). Evaluación del Índice de Severidad Global en pacientes con cáncer avanzado utilizando el Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis. *Revista de Psicooncología*, 7(1), 12-19. doi: 10.1016/j.rpcon.2020.01.001
- González, L., Buñuel, J. C., y Ortega, F. (2020). Historia clínica electrónica y su uso en investigación clínica. *Revista Clínica Española*, 220(6), 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.003>
- González, M. T., Medrano, L. A., Mena, L. J. y Fresán, A. (2020). Irrational beliefs and depressive symptoms in Mexican medical students. *Archives of Medical Research*, 51(2), 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.05.013>
- González-Gutiérrez, J. L. (2018). Pensamiento y lenguaje: una revisión crítica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 237-248. <https://doi.org/10.12804/apl36.02.09>

- Guze, B. H. (2019). Mental health and the science of well-being. *Perspectives in Biology and Medicine*, 62(1), 10-21. doi: 10.1353/pbm.2019.0000
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2018). Salud mental y enfermedades crónicas. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/salud-mental-y-enfermedades-cronicas/index.shtml>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Leahy, R. L. (2020). *Terapia cognitiva: Teoría y práctica*. Desclée de Brouwer.
- López, N. F., García, R. H., y González, T. B. (2021). Alteraciones psicológicas en enfermedades crónicas. *Psicología, Salud & Sociedad*, 21(1), 53-61. <https://doi.org/10.18682/pss.v21i1.1378>
- Lorenzo, U., Hernández, C., y García, E. (2021). Effectiveness of Rational-Emotive Behavior Therapy in reducing anxiety, depression, and stress: A meta-analysis. *The European Journal of Counselling Psychology*, 10(1), 1-17. doi: 10.2478/ejcp-2021-0001
- Luterek, J. A., Crosby, R. D., Cao, L., Andrykowski, M. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ... y Crow, S. J. (2019). Negative affect, irrational beliefs, and physical health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(3), 319-332. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00320-2>
- McLean, S. A., Kornblith, A. B., Cella, D. F., Shaffer, K. M., Etzioni, R. D., y Kattan, M. W. (2017). The Eight Irrational Beliefs of Rational-Emotive Therapy in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(1), 49-58. doi: 10.1007/s10880-017-9496-5
- Oei, T. P. S., y Llamas, M. (2015). Cognitive behavior therapy: Current status and future directions. In T. P. S. Oei, P. M. Cuijpers, & R. F. Lerner (Eds.), *The handbook of mental health and psychopathology: Cognitive-behavioral approaches* (pp. 3-29). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2044-8_1
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud mental. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Prevención del suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide-prevention>

- P. M. (2016). *Understanding and treating OCD: a guide for professionals and sufferers*. John Wiley & Sons.
- Pérez, J. (2020). El uso de cuestionarios de preguntas abiertas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación Cualitativa*, 10(2), 34-45. <https://doi.org/10.1016/j.ric.2020.02.003>
- Peters, E. R., Moritz, S., Schwannauer, M., Wiseman, Z., Greenwood, K. E., Scott, J., y Garety, P. A. (2017). Cognitive biases questionnaire for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 366-375. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw090>
- Riso, Walter (2001). *Entrenamiento asertivo*. Medellín: Nueva Edición.
- Sahlin, H., Ahnlund, P., Andersson, G. y Lindén, M. (2020). Virtual Reality Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder and Other Anxiety Disorders: A Review of the Literature and Future Directions. *CNS Spectrums*, 25(4), 450-460. <https://doi.org/10.1017/S1092852920000486>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Smith, A. (2019). The use of direct observation in qualitative research. *Qualitative Research Journal*, 19(3), 356-371. <https://doi.org/10.1108/QRJ-D-18-00057>
- Szentágotai, A., David, O., Lupu, V. y Cosmoiu, A. (2021). The Rational and Irrational Beliefs Inventory and its relationship with anxiety, depression, and stress: a meta-analysis. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 21(1), 41-58. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.09.001>
- World Health Organization. (2018). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ANEXOS

Anexo 1.- Cuestionario de preguntas abiertas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE
LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

NOMBRE: M.S. _____

FECHA: 03/02/2023 _____

1.- ¿Cuál es el problema por el cual viene a consulta?

Desde ya hace un tiempo me vengo sintiendo más mal de lo que ya estaba, no puedo parar de pensar cosas malas o cosas que ni si quiera han pasado o pasarán, quiero parar de pensar así pero no puedo.

2.- ¿Qué es lo que piensa cuando acude a su tratamiento?

Que nada cambiará, que no voy a mejorar y solo voy a seguir empeorando cada vez más.

3.- ¿Cómo se siente cuando no puede hacer sus actividades que cotidianamente solía hacer?

Me siento mal porque yo antes ayudaba en todo aquí en la casa y ahora no puedo hacer nada, no quiero ser una carga para mi hijo y mi nuera.

4. ¿Cuándo tiene esos pensamientos, que es lo que usted hace?

Me quedo en mi cuarto, no me gusta salir porque no quiero darle más problemas a mi hijo.

5.- ¿Desde hace cuánto tiempo se siente de esa manera?

Al principio de mi tratamiento estaba un poco optimista pero desde hace ya casi dos años no he visto ninguna mejora en mi salud, creo que desde ahí mas o menos empece a empeorar más.

Anexo 2.- Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

Fecha: 03 / 02 / 2023

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombres: M. S.

Edad: 64 años.

Lugar y fecha de nacimiento: Quinsaloma 21/07/1959.

Género: Femenino.

Estado civil: Casado.

Religión: Católica.

Instrucción: Bono Joaquin Gallegos Lara.

Ocupación: NN.

Dirección: Quinsaloma.

Teléfono: -----

Remitente: Delia Madeleyne Puente Zapata.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

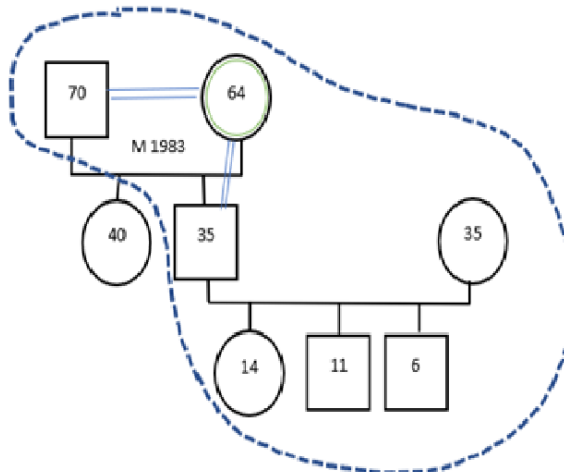
Paciente femenina de 64 años acude a consulta psicológica debido a que me siento una inútil desde que tengo esta enfermedad, manifiesta que se siente una carga para su familia desde que esta con su enfermedad.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL:

La paciente manifiesta que cuando se le detectó cáncer al riñón hace cuatro años, determinó que realizarían el tratamiento y volvería a sus actividades regulares, desde un inicio pensó que el tratamiento sería eficaz y no tardaría mucho tiempo en recuperar su salud, pero con el pasar de los meses continuaba con el mismo tratamiento sin ver mejoría significativa y esto se iba tornando cada vez más pesado y prolongado, por lo que a la actualidad sigue realizándose el tratamiento y siente que empeora cada vez, puesto que a lo largo de estos años le han restringido muchas de las cosas que le gustaba hacer antes, llegando al punto que ha colapsado, porque se siente frustrada y triste por no sentir mejoría y no poder actuar con normalidad, lo que ha llevado a cerrarse socialmente con su familia y mantener pensamientos negativos que le impiden apreciar su realidad de una forma racional.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

El paciente pertenece a un tipo de familia extendida.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Familia del paciente no presenta ningún problema patológico.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



Casa de alquiler por su hijo, construcción de cemento. Todas las puertas poseen seguridad propia. Cuenta con 4 habitaciones, cocina, comedor, sala, baño.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

No refiere información.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

La paciente menciona que realizó sus estudios con normalidad, sin presentar ninguna novedad.

6.3. HISTORIA LABORAL

La paciente comenta que desde que consiguió su título trabajó en una escuelita hasta la fecha de su jubilación temprana.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Paciente manifestó que “debido al su enfermedad no tiene ganas de conversar con nadie ya que por la misma situación prefiere estar sola”.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

Ver la televisión, observar documentales, cocinar.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Ella se enamoró de su esposo a los 24 años, luego se casó y tuvo dos hijos.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

Paciente no refiere ningún hábito.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Menciona que no tiene mucho apetito.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Padece cáncer al riñón.

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Paciente manifiesta que su deseo es ver a sus hijos y nietos realizados y que gocen de una buena vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente asiste a consulta con vestimenta de acuerdo a la ocasión, su semblante manifiesta cierto descuido y nerviosismo, con una necesidad de desahogarse, su discurso muestra coherencia y claridad.

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente se mostró con una orientación correcta en el tiempo y espacio.

7.3. ATENCIÓN

Paciente mostro una buena atención durante el proceso.

7.4. MEMORIA

Paciente muestra memoria coordinada a largo plazo.

7.5. INTELIGENCIA

Paciente posee una inteligencia acorde a su edad.

7.6. PENSAMIENTO

Paciente posee un pensamiento adecuados al contexto en el que se está desarrollando la sesión.

7.7. LENGUAJE

Paciente mostró un lenguaje verbal bastante fluido y espontáneo. En el lenguaje no verbal, manifestó un estado de alteración y nerviosismo.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Paciente mostro buena movilidad motriz y aunque manifiesta que le duelen moverse a veces, está limitada a realizar sus actividades con normalidad y solo con supervisión.

7.9. SENSOPERCEPCION

Paciente mostró una buena sensopercepción, respondiendo coherentemente a los estímulos externos.

7.10. AFECTIVIDAD

La paciente en la consulta inicialmente mostro cierto grado de agresividad pasiva, misma que fue disminuyendo mientras avanza la consulta.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

La paciente posee un buen juicio de realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Paciente tiene consciencia del problema.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

La paciente presenta ideas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- **Cuestionario TCI Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI):** el resultado es de 143 puntos, lo que manifiesta que la paciente “presenta niveles moderados de pensamientos irracionales”.
- **Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis:** la paciente obtiene una valoración de 2.35 lo que manifiesta que la paciente padece un nivel moderado general en sintomatología de malestar psicológico.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Pensamientos de culpa Baja autoestima Ideas suicidas	Trastorno depresivo mayor 296.32 (F 33.1)
Afectivo:	Indiferencia Tristeza Sentimientos de culpa	
Conductual:	Perdida de peso	

9.1. Factores predisponentes:

Jubilación y problemas de salud.

9.2. Evento precipitante:

Diagnóstico de cáncer al riñón.

9.3. Tiempo de evolución:

Aproximadamente 4 años.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Trastorno de depresión mayor de grado moderado 296.32 (F 33.1).

11. PRONÓSTICO

Pronóstico favorable.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la paciente seguir el tratamiento psicoterapéutico para trabajar en los pensamientos irracionales.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Enfoque Racional Emotivo Conductual.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Pensamientos irracionales	Modificar los pensamientos disfuncionales (No sirvo para nada, Me quiero morir)	-Reestructuración cognitiva -Disputa racional	2	10/02/2023 17/02/2023	Se mejoró la calidad de los pensamientos de la paciente
Baja autoestima	Incentivar la positividad y promover la aceptación	-Fomento de la autoaceptación	2	17/02/2023 24/02/2023	Se revisa la evidencia que justifica sus emociones, y las que lo desaprueban
Culpa excesiva	Reducir los pensamientos de culpabilidad	-Retribución	2	24/02/2023 03/03/2023	Se logró retribuir y racionalizar aquellos pensamientos de culpa excesiva

Puente Zapata Delia Madeleyne.

Firma del responsable

Anexo 3.- Cuestionario TCI Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)

Nombre: M.S.

Fecha: 10/02/2023

Cuestionario (TCI)

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar las ideas irracionales que emplean las personas ante una enfermedad o problema. Las ideas aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores.

Naturalmente ciertas personas desarrollan pensamientos, dependiendo de la situación. Trate de recordar las diferentes circunstancias que ha vivido en los últimos años.

A continuación, encontrará una serie de frases que una persona podría emplear para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida que tan bien lo describe a usted, luego evalúe que grado de acuerdo o desacuerdo tiene usted sobre las frases y señale la opción adecuada según la siguiente escala.

1	2	3	4
No estoy de acuerdo	Desacuerdo moderado	Acuerdo moderado	Estoy totalmente de acuerdo

Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)					
(Adaptación por Calvete y Cardeñoso, 1999)					
N		1	2	3	4
1	Es importante para mí que los otros me acepten.				X
2	Me gusta el respeto de los otros, pero no necesito tenerlo.				X
3	Quiero agradecerle a todo el mundo.				X
4	Me siento bien conmigo mismo, aunque no les caiga bien a otras personas.		X		
5	Si no le agrado a otras personas es su problema, no el mío.			X	
6	Aunque me gusta la aprobación, no es una real necesidad para mí.			X	
7	Es molesto, pero no insoportable que me critiquen.			X	
8	Odio fallar en cualquier cosa.				X
9	Me gusta tener éxito en cualquier cosa, pero no siento que lo tenga que lograr.			X	
10	Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.			X	
11	No me importa realizar cosas que sé que no puedo hacer bien.			X	
12	Las personas que actúan mal merecen que les vaya bien.	X			
13	Muchas personas malas escapan al castigo que merecen.				X
14	Aquellos que actúan mal deben ser castigados.				X
15	La inmortalidad debería castigarse drásticamente.		X		
16	Todo el mundo es esencialmente bueno.			X	
17	Es injusto que, se trate por igual a buenos y malos.				X
18	Nadie es malo, incluso cuando sus actos lo sean.		X		

19	Si una persona quiere, puede ser feliz bajo cualquier circunstancia.				X
20	Las personas no, se ven afectadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.		X		
21	Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.				X
22	Las personas que son infelices, se han hecho a sí mismas de esa manera.				X
23	Una persona permanecerá mucho tiempo enojada o triste si, se mantiene a sí misma de esa manera.				X
24	Las cosas son insoportables dependiendo de cómo las interprete.			X	
25	La persona hace su propio infierno dentro de sí misma.			X	
26	La gente es más feliz cuando tiene problemas que superar.		X		
27	Una vida fácil rara vez es recompensable.				X
28	Todo el mundo necesita alguien de quien depender para que los ayuden o aconsejen.				X
29	Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.				X
30	Finalmente soy yo quien realmente puede afrontar mis problemas.				X
31	Me disgusta que otros tomen decisiones por mí.		X		
32	Necesito que otras personas me aconsejen.			X	
33	Me disgusta tener que depender de otros.		X		
34	Necesito que otros, se preocupen por mi bienestar.		X		
35	Siempre nos acompañarán los mismos problemas.				X
36	Es casi imposible superar las influencias del pasado.			X	
37	Si algo me afectó en el pasado, no significa que vaya a afectarme nuevamente.		X		
38	Piensa que experiencias del pasado me afectan ahora.				X
39	Somos el resultado de nuestras experiencias pasadas.				X
40	Una vez que algo afecta mi vida, siempre lo hará.			X	
41	La gente nunca cambia.			X	
42	Existe una forma correcta de hacer cada cosa.			X	
43	No hay una solución perfecta para las cosas.		X		
44	Es difícil encontrar la solución ideal a las dificultades			X	
45	Todo problema tiene una solución correcta.				X
46	Rara vez hay una solución ideal para las cosas.			X	

Anexo 4.- Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis

Nombre: M.S.

Fecha: 10/02/2023

Inventario SCL-90-R

El presente cuestionario tiene como objetivo evaluar patrones de síntomas que, se presentan ante una enfermedad.

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo, se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
------	----------	------	----------	-------

Inventario SCL-90-R (L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999).						
N		Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Dolores de cabeza.		X			
2	Nerviosismo.				X	
3	Pensamientos desagradables que no, se iban de mi cabeza.				X	
4	Sensación de mareo o desmayo.		X			
5	Falta de interés en relaciones sexuales.				X	
6	Criticar a los demás.	X				
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					X
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.		X			
9	Tener dificultad para memorizar cosas.		X			
10	Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					X
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.				X	
12	Dolores en el pecho.					X
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.		X			

14	Sentirme con muy pocas energías.				X	
15	Pensar en quitarme la vida.				X	
16	Escuchar voces que otras personas no oyen.	X				
17	Temblores en mi cuerpo.			X		
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.			X		
19	No tener ganas de comer.					X
20	Llorar por cualquier cosa.				X	
21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.		X			
22	Sentirme atrapada/o o encerrado/a.				X	
23	Asustarme de repente sin razón alguna.			X		
24	Explotar y no poder controlarme.				X	
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.		X			
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					X
27	Dolores en la espalda.				X	
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.			X		
29	Sentirme solo/a.					X
30	Sentirme triste.					X
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					X
32	No tener interés por nada.			X		
33	Tener miedos.				X	
34	Sentirme herido en mis sentimientos.				X	
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.			X		
36	Sentir que no me comprenden.				X	
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.		X			
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.			X		
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					X
40	Náuseas o dolor de estómago.			X		

41	Sentirme inferior a los demás.			X		
42	Calambres en manos, brazos o piernas.				X	
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	X				
44	Tener problemas para dormirme.				X	
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.		X			
46	Tener dificultades para tomar decisiones.			X		
47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.		X			
48	Tener dificultades para respirar bien.				X	
49	Ataques de frío o de calor.			X		
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.		X			
51	Sentir que mi mente queda en blanco.		X			
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.				X	
53	Tener un nudo en la garganta.			X		
54	Perder las esperanzas en el futuro.					X
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.				X	
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					X
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a				X	
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados				X	
59	Pensar que me estoy por morir.					X
60	Comer demasiado.		X			
61	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.		X			
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.			X		

85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.				X	
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.				X	
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					X
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.		X			
89	Sentirme culpable.				X	
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.			X		

Anexo 5.- Fotografías



Imagen 1: Primera sesión, entrevista a la paciente.



Imagen 2: Segunda sesión, aplicación de los tests psicométricos.