

POSGRADO

TESIS

ISEO®
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UNA MUJER ADULTA JOVEN CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO POR HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL EN INFANCIA: ESTUDIO DE CASO

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

YOLANDA PATRICIA GARCÍA AGUIRRE
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-2452-6555

DIRECTORA:

DRA. FERNANDA NOHEMÍ FRÍAS MARTÍNEZ
CÓDIGO ORCID: 0009-0001-5443-2701

CODIRECTORA:

DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ RAMÍREZ
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8617-4279

Morelia, Michoacán, México, Marzo, 2025

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre de la alumna: YOLANDA PATRICIA GARCÍA AGUIRRE Matrícula: A231007
Programa académico: DOCTORADO EN SALUD MENTAL
Título de la tesis: "Diagnóstico e Intervención Psicológica de una Mujer Adulta Joven con Antecedente de Trastorno por Hipersensibilidad Social en Infancia: Estudio de Caso"
Nombre de la Directora de Tesis: DRA. FERNANDA NOHEMÍ FRÍAS MARTÍNEZ
Nombre de la Codirectora de Tesis: DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ RAMÍREZ
Fecha de aprobación: Tepic, Nayarit, México; 06 de abril de 2025

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada **"Diagnóstico e Intervención Psicológica de una Mujer Adulta Joven con Antecedente de Trastorno por Hipersensibilidad Social en Infancia: Estudio de Caso"**, presentada por la alumno(a) **YOLANDA PATRICIA GARCÍA AGUIRRE**, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTORA EN SALUD MENTAL.**

COMITÉ DE TESIS

DIRECTORA DE TESIS

DRA. FERNANDA NOHEMÍ FRÍAS MARTÍNEZ

CODIRECTORA DE TESIS

DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ RAMÍREZ

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN

Ruth Madera

DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL

GOBIERNO DEL EDO DE NAYARIT
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
TEPIC, NAYARIT

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, la que suscribe, **YOLANDA PATRICIA GARCÍA AGUIRRE**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **"Diagnóstico e intervención psicológica de una mujer adulta joven con antecedente de trastorno por hipersensibilidad social en infancia: Estudio de caso"**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE



Yolanda Patricia García Aguirre

RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

ISEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

turnitin

Recibo digital

Este recibo confirma quesu trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Yolanda Patricia García Aguirre
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Diagnóstico e Intervención Psicológica de una Mujer Adulta Jo...
Nombre del archivo:	Tesis_final_revisada_YPGA.docx
Tamaño del archivo:	12.85M
Total páginas:	279
Total de palabras:	49,332
Total de caracteres:	297,175
Fecha de entrega:	06-abr.-2025 10:10p. m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2637639412



Derechos de autor 2025 Turnitin. Todos los derechos reservados.

DEDICATORIAS

- A mi cónyuge, cuya firme e incondicional ayuda ha sido un soporte esencial para alcanzar el cierre de esta fase académica. Su apoyo constante, comprensión y acompañamiento incondicional me permitieron enfrentar cada desafío con la certeza de que no estaba sola en este camino. Gracias por estar presente en cada momento crucial, por alentarme a seguir adelante y por asumir, con amor y generosidad, todo lo necesario para que pudiera dedicarme plenamente a este doctorado. Sin su confianza y fortaleza, este logro no habría sido posible.
- A mis hijos, quienes son una importante fuente de motivación intrínseca en mi vida. Con este logro, deseo mostrarles que no existen límites para el crecimiento personal y profesional, y que la superación es un proceso continuo sin restricción de edad ni etapa definido. Más allá de ser un ejemplo, espero que comprendan que el aprendizaje y la formación académica son herramientas poderosas para transformar la sociedad. Que este doctorado sea testimonio de que los sueños se materializan con esfuerzo, perseverancia y determinación.
- Al gremio del Colegio de Psicólogos de mi estado de Michoacán, por su compromiso con la actualización y especialización profesional. Su legado de ética y excelencia ha sido una fuente constante de aprendizaje y motivación.
- A mí misma, por la constancia y el esfuerzo que me han permitido culminar esta investigación. Cada paso ha sido un aprendizaje valioso y un compromiso para seguir aplicando y perfeccionando estos conocimientos en mi ejercicio profesional.

AGRADECIMIENTOS

- A la Dra. Fernanda Nohemí Frías Martínez, Directora de esta tesis, por su invaluable orientación y profesionalismo. Su enseñanza en el módulo impartido inspiró esta investigación, guiándola hacia una línea de estudio sólida y relevante. Asimismo, a la Dra. Beatriz Martínez Ramírez, Codirectora, cuyo compromiso y disciplina en las asesorías garantizaron la rigurosidad metodológica y la estructura adecuada del documento, elevando la calidad del trabajo a los estándares de posgrado.
- Al Instituto Superior de Estudios de Occidente, por ofrecer una malla curricular que asegure una formación integral, brindando los conocimientos y herramientas necesarias para la culminación de este doctorado profesionalizante. La solidez del plan de estudios permitió integrar la teoría y la práctica en la investigación aplicada.
- A *Ariana Rangel,* por su disposición y compromiso con esta investigación. Su consentimiento y participación fueron esenciales para el desarrollo del estudio, así como su implicación en el proceso de psicoeducación, lo que permitió explorar con profundidad los aspectos centrales del caso presentado.
- Esta investigación, financiada con recursos propios, refleja un compromiso con el avance en psicología y aporta estrategias aplicables a contextos similares desde la evidencia.

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE 2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS 3
CARTA DE PUBLICACIÓN PARA EL DEPÓSITO Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE ISEO ……. 5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD…….. 6
DEDICATORIAS…….. 7
AGRADECIMIENTOS……. 8
ÍNDICE GENERAL…….. 9
ÍNDICE DE TABLAS …….. 13
ÍNDICE DE FIGURAS……. 14
RESUMEN…… 16
ABSTRACT…….. 17
INTRODUCCIÓN……. 18
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…….. 23
1.1 Antecedentes…… 23
1.2 Contexto……. 29
1.2.1 Presentación del caso…… 29
1.3 Definición del problema de investigación…….. 30
1.3.1 Diseño del estudio…… 33
1.3.2 Pregunta de investigación…… 35
1.3.3 Características del planteamiento…… 35
1.4 Objetivo general …….. 37
1.5 Objetivos específicos ……. 38
1.6 Justificación…….. 39
1.7 Beneficios esperados …… 43
1.8 Limitaciones…….. 45
1.9 Alcances…… 46
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO…… 49
2.1 Estudio de caso, características y tipología…… 49
2.1.1 Definiciones de estudio de casos y características…….. 49
2.1.2 Construcción del caso…….. 51
2.1.3 Tipología de casos…….. 52
2.1.4 Unidades de análisis, generalización analítica y transferibilidad…… 54
2.2 Introducción al diagnóstico e intervención psicológica en la adultez……. 57
2.2.1 Importancia del diagnóstico temprano en salud mental…… 59
2.2.2 Impacto de la ausencia de diagnóstico oportuno…….. 61
2.2.3 Repercusiones en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez. 63
2.3 Clasificaciones de las enfermedades y estadísticas……. 65
2.3.1 Factores asociados a las condiciones de salud mental…… 69
2.3.2 Factores predisponentes y mantenimiento en la adultez…….. 72

2.4 Trastornos de la salud mental……. 73
2.4.1 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo…… 74
2.4.2 Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo…….. 76
2.5 Metodologías diagnósticas en salud mental…..…….. 79
2.5.1 Evaluación clínica y herramientas psicométricas…….. 79
2.5.2 Evaluación psicológica clínica en adultos…… 81
2.6 La personalidad en el diagnóstico integral…….. 85
2.7 Clasificación de trastornos de la personalidad…… 86
2.7.1 Características diagnósticas en un trastorno de la personalidad…… 88
2.8 Trastornos de personalidad y prevalencia…… 89
2.9 Desarrollo y curso de los trastornos de personalidad …….. 90
2.10 Atención tardía en la salud mental e impacto en la funcionalidad emocional y laboral…… 92
2.10.1 Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de las personas…… 94
2.10.2 Dificultades en la interacción social y adaptación laboral…….. 96
2.11 Intervención en salud mental…… 99
2.12 Intervención psicológica en trastornos de adultos…….. 100
2.13 Efectos positivos de un programa de intervención eficaz asociada a una metodología de diagnóstico clínico acertada…….. 102
CAPÍTULO III. MÉTODO…… 104
3.1 Línea de investigación…… 105
3.2 Enfoque metodológico…… 108
3.2.1 El enfoque cualitativo…….. 108
3.2.2 Estudio científico…….. 111
3.3 Diseño metodológico…… 113
3.3.1 Diseño cualitativo fenomenológico…….. 113
3.4 Población……... 115
3.5 Procedimiento de selección de muestra…… 117
3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación…… 118
3.6 Participantes…… 120
3.6.1 Participante “Ariana Rangel”…… 121
3.6.2 Participante “Persona investigadora”…….. 122
3.7 Técnicas e instrumentos empleados…….. 123
3.7.1 Entrevistas clínicas…….. 124
3.7.2 Observación y formatos de registro…….. 125
3.7.3 Expediente clínico…… 126
3.7.4 Escalas de evaluación…….. 126
3.7.5 Manuales nosológicos…….. 131
3.7.6 Guía de psicoeducación……... 132
3.8 Procedimientos de recolección de datos…… 132
3.8.1 Procedimiento de registro de generales de la problemática…… 133
3.8.2 El procedimiento de diagnóstico clínico……... 134

3.8.3 Procedimiento de la comunicación de la intervención…….. 136
3.8.4 Procedimiento de la intervención psicológica…… 136
3.8.5 Procedimiento de la evaluación del efecto positivo…….. 137
3.9 Desarrollo de etapas de la investigación…….. 137
3.9.1 Definición de la muestra inicial del estudio y acceso a ésta…….. 138
3.9.2 Proceso de evaluación descriptivo-predictivo…….. 139
3.9.3 Integración de resultados…….. 141
3.9.4 El proceso interventivo-valorativo…….. 142
3.9.5 Elaboración de reporte de resultados…… 146
3.10 Aspectos bioéticos…… 148
3.10.1 Principios éticos para la investigación médica…… 148
3.10.2 Normas éticas sobre la investigación en psicología…….. 150
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS…….. 152
4.1 Análisis de resultados…….. 152
4.1.1 Codificación y categorización…… 156
4.1.2 Análisis para investigación cualitativa con apoyo de software…… 157
4.1.3 Descripción de los resultados a partir de las variables de investigación…… 159
4.2 Programa de intervención psicológica en atención a la demanda de la mujer adulta joven…….. 184
4.2.1. Hipótesis diagnóstica…….. 184
4.2.2. Análisis EORC o mapa clínico de patogénesis…….. 185
4.2.3. Objetivos de un plan de tratamiento en salud mental…….. 187
4.2.4 Propuesta de la intervención psicológica (tratamiento) …… 188
4.3 Discusión…….. 194
4.3.1 Valoración de la intervención psicológica…… 194
4.4 Confiabilidad y validez de los resultados…… 205
4.4.1. Dependencia…… 205
4.4.2. Credibilidad…….. 206
4.4.3. Transferencia…….. 207
4.4.4. Confirmación…… 208
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES…… 210
5.1 Hallazgos…….. 211
5.1.1 Padecimiento que se diagnosticó en la infancia…… 211
5.1.2 Metodología del Diagnóstico Acertado…… 215
5.1.3 Trastorno actual de la mujer adulta joven…… 221
5.1.4 Programa de intervención psicológica…… 222
5.2 Recomendaciones…… 226
5.3 Investigaciones futuras…… 229
5.4 Limitaciones…….. 232
5.5 Validez de la investigación…….. 235
5.6 Conclusiones general y reflexiones personales…….. 238
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… 242

APÉNDICE: Título del apéndice…… 262
Apéndice A. Consentimiento informado para servicios de terapia psicológica: acuerdo de servicios psicólogo-consultante…… 262
Apéndice B. Aviso de privacidad y firma de consentimiento para el tratamiento de los datos personales…… 263
Apéndice C. Consentimiento informado para investigaciones área de la salud para ISEO…… 265
Apéndice D. Test de depresión de Beck (BDI-II)…… 267
Apéndice E. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)…… 268
Apéndice F. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)…… 269
Apéndice G. Entrevista basada en el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad…… 271
Apéndice H. Escala de Autoeficacia General (EAG)…… 272
Apéndice I. Inventario de Estrés Percibido (PSS)…… 273
Apéndice J. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)…… 274
Apéndice K. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)…… 275
Apéndice L. Formato de expediente clínico…… 276
CURRÍCULUM VITAE…… 277

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas utilizadas en la evaluación descriptivo-predictiva……. 127

Tabla 2. Escalas utilizadas en la evaluación interventivo-valorativo…… 129

Tabla 3. Planeación secuencial del desarrollo de la investigación…….. 154

Tabla 4. Extracto 1 del expediente clínico…… 156

Tabla 5. Extracto 2 del expediente clínico…… 160

Tabla 6. Extracto 3 de expediente clínico. Vínculos afectivos, comunicación y contexto…… 179

Tabla 7. Registro de Pensamientos…… 180

Tabla 8. Examen mental…... 182

Tabla 9. Análisis objetivo y diagnóstico…... 183

Tabla 10. Propuesta de intervención general…… 189

Tabla 11. Propuesta de intervención personalizada……... 190

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Investigación cualitativa fenomenológica, “Diseño de preprueba/posprueba con la mujer adulta joven”……. 153

Figura 2. Cronograma del desarrollo de la investigación…… 155

Figura 3. Evidencia de realización de Test de depresión de Beck (BDI-II)…….. 166

Figura 4. Evidencia de realización de Inventario de ansiedad de Beck (BAI)…….. 167

Figura 5. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)……... 173

Figura 6. Evidencia entrevista basada en el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE). ……..…….…….…….…… 178

Figura 7. Test de Depresión de Beck (BDI), antes y después de la intervención psicológica…..…….…….…….…….…….…… 197

Figura 8. Inventario de ansiedad de Beck (BAI) antes y después de la intervención psicológica…..…….…….…….…….…….…… 197

Figura 9. Evidencia de realización de Escala de Autoeficacia General (EAG)…… 198

Figura 10. Escala de Autoeficacia General (EAG), durante y después de la intervención psicológica…….…… 199

Figura 11. Evidencia de Inventario de Estrés Percibido (PSS)…….. 200

Figura 12. Evidencia de Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)…… 201

Figura 13. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), durante y después de la intervención psicológica…….…….…….…….…….……. 202

Figura 14. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)……. 203

Figura 15. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE), durante y después de la intervención psicológica…….…….…….…….…….. 204

Figura 16. Consentimiento informado para servicios de terapia psicológica: acuerdo de servicios psicólogo-consultante…….. 262

Figura 17. Aviso de privacidad y firma de consentimiento para el tratamiento de los datos personales. …..……..……..……..……..……..……. 264

Figura 18. Consentimiento informado para investigaciones área de la salud para ISEO…..……..……..……..……..……..…….. 266

Figura 19. Test de depresión de Beck (BDI-II) …..……..……..……..…… 267

Figura 20. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)…….. 268

Figura 21. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)…… 270

Figura 22. Entrevista basada en el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) ……..……..……..……..…….. 271

Figura 23. Escala de Autoeficacia General (EAG) ……..……..…… 272

Figura 24. Inventario de Estrés Percibido (PSS)……... 273

Figura 25. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)…… 274

Figura 26. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)……. 275

Figura 27. Formato de expediente clínico…..……..……..……..……. 276

RESUMEN

Este estudio tuvo como finalidad explicar la vinculación existente ante la falta de una atención psicológica oportuna en la infancia y su impacto en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez, determinando la eficacia de una metodología diagnóstica clínicamente fundamentada y una intervención psicológica adaptada a las particularidades de la participante para optimizar su bienestar psicosocial, fortalecer sus habilidades de interacción y favorecer su desarrollo personal y desempeño laboral. Para abordar este objetivo, se consideraron varios objetivos específicos; se determinó una metodología de diagnóstico clínico acertada que permitió identificar de manera efectiva las manifestaciones actuales del trastorno, facilitando una comprensión integral del problema. Teniendo el diagnóstico, se desarrolló un plan de intervención personalizado que abordó tanto los síntomas actuales y las causas subyacentes del trastorno. Más adelante, se aplicó un programa psicológico cuidadosamente diseñado, clave para favorecer una mejora notable en la calidad de vida de la joven participante. Este incluyó métodos para afrontar los síntomas del trastorno y fortalecer sus competencias sociales y emocionales, enfocándose no solo en los síntomas inmediatos, sino también en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento a largo plazo que previnieron la reaparición del trastorno. Finalmente, y mediante un análisis exhaustivo se observaron los efectos directos de la intervención, proporcionando evidencia empírica del éxito de las estrategias empleadas lo que permitió identificar posibles áreas de mejora y adaptar las intervenciones futuras para obtener resultados aún más efectivos.

ABSTRACT

This study aimed to explain the relationship between the lack of timely psychological care during childhood and its impact on emotional and occupational functioning in adulthood. It sought to determine the effectiveness of a clinically grounded diagnostic methodology and a psychological intervention tailored to the specific needs of the participant, with the objective of optimizing psychosocial well-being, enhancing interpersonal skills, and promoting personal growth and professional performance. To address this aim, several specific objectives were established. An accurate clinical diagnostic method was implemented, which effectively identified the current manifestations of the disorder and facilitated a comprehensive understanding of the case. Based on the diagnosis, a personalized intervention plan was developed, addressing both the present symptoms and underlying causes of the disorder. Subsequently, a carefully structured psychological program was implemented, which proved essential in achieving a significant improvement in the young participant's quality of life. The program incorporated strategies to manage the symptoms and enhance the participant's social and emotional skills, focusing not only on immediate relief but also on the development of long-term coping mechanisms to prevent relapse. Finally, through a thorough analysis, the direct effects of the intervention were observed, providing empirical evidence of the success of the applied strategies. This allowed for the identification of potential areas for improvement and the refinement of future interventions to achieve even more effective outcomes.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se enmarca dentro de la línea metodológica 2: Salud Mental y Desarrollo Psicosocial, concretamente en la sublínea 2.2: Prevención de trastornos mentales. Su justificación se fundamenta en la urgencia de incorporar la salud mental en el primer nivel de atención para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. En este sentido, se estudia el caso de 'Ariana Rangel', una mujer joven de 25 años, oriunda de Guanajuato y actualmente residente en Morelia, Michoacán, quien presenta un cuadro sintomatológico relevante para el análisis y tratamiento desde una perspectiva psicológica integral.

Durante la primera sesión de consulta psicológica, Ariana expresó síntomas significativos como sensación de pesadez corporal al despertar, desmotivación constante, baja energía y pensamientos recurrentes de abandono de sus esfuerzos laborales. Estos síntomas se agudizaron tras la pérdida repentina de su padre a causa del COVID-19, evento traumático que ha influido significativamente en su estado emocional actual. Desde entonces, Ariana ha reprimido sus emociones, evitando expresar su dolor en público y presentando dificultades para verbalizar sus sentimientos. Además, ha comenzado a aislarse tanto física como digitalmente de su entorno social, conducta que anteriormente no era característica en ella.

El análisis de su historia clínica revela aspectos fundamentales para comprender su estado emocional presente. Ariana es la segunda hija de padres de edad madura y, aunque su desarrollo infantil fue aparentemente normal, desde temprana edad

mostró una tendencia al aislamiento social, especialmente en la etapa preescolar. Esta conducta motivó la recomendación de una evaluación psiquiátrica en el ámbito escolar, lo que resultó en un diagnóstico de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia, según la clasificación del CIE-10, en ese tiempo vigente. Sin embargo, sus padres optaron por no iniciar un tratamiento médico o psicoterapéutico, bajo la creencia de que dicho trastorno desaparecería con el tiempo, sin considerar las posibles implicaciones en su desarrollo social y emocional a largo plazo.

Durante su escolaridad básica, Ariana presentó episodios de tartamudez al hablar en público, lo que sugiere dificultades en la regulación de la ansiedad y en la autoconfianza en contextos sociales. Además, su historial familiar incluye antecedentes de hipertensión y un trastorno mental con características de altibajos emocionales en su madre, quien ha recibido tratamiento farmacológico. Estos factores, sumados a la relación distante con su madre y la reciente pérdida de su padre, sugieren que Ariana enfrenta un trastorno mental que requiere un diagnóstico y tratamiento adecuado.

El diseño metodológico adoptado es cualitativo, utilizando un estudio de caso con enfoque intrasujeto, donde la información de la participante se considera la unidad de análisis. Este abordaje posibilita una exploración detallada de las relaciones causales entre los antecedentes históricos y biográficos que han incidido en su estado emocional actual. El estudio adopta un diseño de caso único con medición pretest y postest, lo cual permite valorar los efectos de la intervención psicoterapéutica antes y después del proceso terapéutico.

El estudio incorpora un diseño multivariado que permite abordar la complejidad del caso. La variable independiente atributiva es el diagnóstico de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia (X_1). Las variables independientes activas incluyen la metodología del diagnóstico actual (X_2) y el programa de intervención psicológica diseñado para Ariana (X_3). La variable dependiente es el trastorno mental actual sospechado en la mujer adulta joven (Y).

Esta estructura metodológica posibilita una evaluación integral del caso, considerando tanto los antecedentes históricos como las manifestaciones emocionales actuales. El diseño intrasujeto empleado en esta investigación resulta especialmente adecuado en el campo de la salud mental, ya que cada persona posee una configuración singular de factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en su bienestar. La validez del estudio fue cuidadosamente supervisada durante todas las fases, desde la construcción del caso hasta el análisis e interpretación de los resultados. Aunque se trata de un estudio de caso único, se aplican estrategias metodológicas rigurosas para asegurar la transferibilidad de los hallazgos a contextos comparables y aportar al desarrollo del conocimiento en salud mental. La relevancia de este trabajo reside en la necesidad de comprender cómo los antecedentes históricos y biográficos influyen en la aparición de trastornos mentales en la vida adulta.

En el caso de "Ariana Rangel", la falta de una intervención oportuna para abordar su trastorno de hipersensibilidad social, sumada a la carencia de apoyo emocional tras el fallecimiento de su padre, ha constituido un conjunto de factores

determinantes en la manifestación y progresión de sus síntomas actuales. La hipótesis del estudio plantea que la combinación de experiencias no resueltas de aislamiento y ansiedad social en la infancia, junto con el impacto del estrés emocional reciente, ha exacerbado sus síntomas, derivando en un probable trastorno de salud mental que requiere intervención.

El uso del enfoque cualitativo y del estudio de caso permite explorar en profundidad estas relaciones causales y ofrece una comprensión detallada de la interacción de estos factores a lo largo de la vida de Ariana. La intervención psicoterapéutica planteada en esta investigación surge de la necesidad de atender dichas interrelaciones y ofrecer recursos que promuevan el equilibrio emocional de la participante. La personalización del tratamiento es un aspecto central, ya que permite adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades particulares de la participante, optimizando así la eficacia de la intervención.

Asimismo, se enfatiza la importancia de la validación y el seguimiento continuo durante el proceso terapéutico. Se ha diseñado un plan de seguimiento a seis meses para evaluar la sostenibilidad de los efectos positivos de la intervención. Este seguimiento resulta crucial para verificar la permanencia de las mejoras en el bienestar emocional y funcionalidad de Ariana a largo plazo. Los resultados obtenidos de esta fase permitirán realizar ajustes oportunos en el tratamiento y optimizar su impacto.

Finalmente, el estudio resalta las limitaciones propias de la investigación cualitativa, en particular dentro de un estudio de caso único. Si bien los hallazgos no pueden generalizarse de manera estadística, la profundidad del análisis y el nivel de detalle aportado por este enfoque brindan un conocimiento valioso que puede aplicarse en contextos clínicos similares. La integración de la historia biográfica de Ariana en el análisis de su estado emocional actual constituye una base sólida para futuras investigaciones y destaca la relevancia de un enfoque holístico en la psicoterapia. La presente investigación contribuye significativamente al entendimiento de la influencia de experiencias tempranas en la salud mental adulta, promoviendo la importancia de una intervención oportuna y basada en la evidencia científica.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

En México, la determinación de enfermedades mentales se basa en la investigación epidemiológica moderna de trastornos mentales, que utiliza el enfoque metodológico común a otras ramas de la epidemiología, como los estudios transversales, los de casos y controles, y los de cohorte (Hernández, Garrido & López, 2000). Además de estos diseños epidemiológicos, derivados de la tradición de salud pública y su vinculación con la psicopatología, se integran enfoques provenientes de la investigación en Psicología clínica, psicología social, psicometría y metodologías de las ciencias sociales (Borges et al., 2004). Por otra parte, dentro de factores de riesgo existentes para los trastornos mentales, son los llamados “distales”, o bien, “del pasado remoto”.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, se catalogaba al *F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia* como un padecimiento en niños y adolescentes, perteneciente a la categoría diagnóstica 3, Trastornos de ansiedad. Sobre esta temática destaca la investigación titulada “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género”; en este estudio realizado por Aláez et al. (2000), se analizaron las características de niños y adolescentes cuyos padres solicitaban atención psicológica en un Centro Comunitario de Salud, presentando las tasas de prevalencia diagnóstica y su relación con la edad y el género de los participantes.

Según los resultados de Aláez et al. (2000), los trastornos más frecuentes fueron los de conducta (23.0%), seguidos de los trastornos depresivos (14.6%), de ansiedad (13.3%), del desarrollo (12.7%) y de eliminación (9.7%). Los hallazgos mostraron una relación estadísticamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los participantes, lo que respalda la hipótesis de que la psicopatología infantil sigue una evolución determinada. En particular, se observará un aumento en la prevalencia de ciertos trastornos a partir de los 10 años, destacando los trastornos de conducta en la población de 14 a 18 años, así como *los trastornos de ansiedad y depresión*.

Asimismo, se evidenció una relación significativa entre el tipo de trastorno y el género, esto sugiere diferencias en la distribución de estas psicopatologías entre niños y niñas. En el caso de los varones, los trastornos de conducta mostraron la mayor prevalencia, seguidos por los trastornos del desarrollo, eliminación, ansiedad y depresión. También fueron comunes los trastornos de la actividad y atención, así como aquellos relacionados con la rivalidad fraternal. En contraste, en la población femenina, los trastornos de más prevalencia fueron los depresivos, seguidos de los de expresión conductual, ansiedad y desarrollo, mientras que también se encontraron representaciones significativas de los trastornos del sueño, reacción a estrés agudo.

Se revisaron investigaciones que han explorado la relación entre experiencias de *hipersensibilidad social en la infancia* y la manifestación de trastornos psicológicos en la adultez, especialmente en mujeres jóvenes. Estos estudios han proporcionado

hallazgos con significancia y que ayudan a comprender cómo las experiencias tempranas inciden en la salud mental posterior.

Por ejemplo, un estudio realizado en un distrito de Lima por Chininin Oyola (2021) analizó los niveles de autoestima en mujeres adolescentes y adultas. La muestra incluyó a 87 adolescentes y 281 mujeres adultas. Los resultados indicaron que el 55.2% de las adolescentes presentaban una autoestima baja, mientras que en las mujeres adultas este porcentaje disminuía al 18.1%.

Por otro lado, Martínez-Álvarez et al. (2014) examinaron la relación entre el apego afectivo con los padres durante la infancia y la calidad percibida de las relaciones de pareja en la juventud. Participaron 133 parejas heterosexuales de entre 17 y 25 años. Los resultados indicaron que un apego afectivo deficiente en la infancia estaba relacionado con una menor calidad en las relaciones de pareja durante la juventud.

Además, la investigación de Garaigordobil et al. (2016) analizó la prevalencia de conductas antisociales en una muestra de 3,026 participantes de 12 a 18 años en el País Vasco. Aunque el estudio se centró en adolescentes, los hallazgos son relevantes, ya que las conductas antisociales pueden ser una manifestación de dificultades en poder regular las emociones y agentes sociales derivadas de experiencias de hipersensibilidad en la infancia.

Por último, un estudio de Gil-Olarte et al. (2019) exploró la relación entre la inteligencia emocional y la ansiedad en mujeres. Los hallazgos sugirieron que

niveles bajos de inteligencia emocional se asociaban con mayores niveles de ansiedad. Dado que la hipersensibilidad social en la infancia puede afectar el desarrollo de habilidades de inteligencia emocional, es plausible que estas mujeres sean más propensas a experimentar ansiedad en la adultez.

Los estudios expuestos arriba destacan que una autoestima baja en la adolescencia, como la observada por Chininin Oyola (2021), puede mantenerse en la adultez, afectando el bienestar emocional y social. Asimismo, la deficiente vinculación afectiva en la infancia identificada por Martínez-Álvarez et al. (2014) se asocia con dificultades en las relaciones de pareja, mientras que la investigación de Garaigordobil et al. (2016) advierte sobre la relación entre experiencias tempranas y conductas antisociales. Además, Gil-Olarte et al. (2019) señalaron que una baja inteligencia emocional aumenta el riesgo de ansiedad, lo que sugiere que las mujeres con antecedentes de padecimientos tienen mayores probabilidades de desarrollar ansiedad crítica en la adultez.

Dicho lo anterior, visualicé útil, viable y recomendable llevar a cabo una nueva investigación que abordara el impacto de la falta de diagnóstico e intervención psicológica en mujer adulta que ha experimentado hipersensibilidad social en la infancia, se consideró a la unidad de análisis del caso por una selección que se comentará más adelante.

Además de lo mencionado, existen los estudios de caso, los cuales se aplican en diversos campos, como la sociología, la ciencia política y, dentro de las disciplinas

de la administración, donde el método cualitativo de investigación es el más utilizado (Woodside, 2003). Crespo (2000) argumenta que la discusión del caso es una combinación de retórica, diálogo, inducción, intuición y razonamiento: en definitiva, una recreación de la metodología de la ciencia aplicada.

Además, se promueve el uso de estudios de caso que explican resultados empíricos mediante el análisis de mecanismos causales, definidos como aquellos factores estables e independientes que, bajo ciertas condiciones, conectan causas y efectos (George, 2005). Este autor subraya que en la sociedad y la naturaleza existen relaciones de 'origen causal y complejo', las cuales son objeto de estudio a través de casos. Yacuzzi (2005) señala que, mediante métodos de búsqueda de objetivos y análisis de evidencia, es desarrollar posibles teorías confiables. En el campo de la investigación, el estudio de caso es una metodología particularmente valiosa, ya que se enfoca en la observación detallada y profunda de eventos y situaciones dentro del contexto social e institucional real de un sujeto, grupo o situación específica. Este enfoque es especialmente útil en las ciencias sociales y de la salud, ya que permite explorar fenómenos complejos en su entorno natural, facilitando una comprensión integral y contextualizada. A diferencia de los experimentos controlados en laboratorio, el estudio de caso se centra en analizar eventos y situaciones tal como ocurren en la vida cotidiana, lo que posibilita la generación de inferencias válidas y aplicables a contextos reales. Según un artículo de la revista "Pensamiento y Gestión", el estudio de caso es "la investigación empírica de un fenómeno del cual se desea aprender dentro de su contexto real cotidiano"

(Martínez, M. 2006).

A pesar de la naturaleza empírica y no controlada de estos estudios, se espera que aporten un “conocimiento científico”. Sin embargo, la crítica principal a esta metodología es la cuestión de la generalización. Dado que los estudios de caso se centran en situaciones específicas, surge la pregunta de hasta qué punto los resultados pueden aplicarse a otros contextos. Flyvbjerg (2006) argumenta que, si bien los estudios de caso no pueden ofrecer generalizaciones amplias, sí pueden proporcionar "insights" profundos que informan y enriquecen la teoría. Además, los estudios de caso pueden revelar patrones y generar hipótesis que posteriormente pueden ser probadas mediante otros métodos más generalizables.

En cualquier proceso de diseño, la integración de una teoría es esencial, ya que proporciona un esquema general para el estudio, la recopilación de información y su interpretación. Con el avance del caso clínico, la teoría inicial se va refinando y solidificando, logrando una madurez que, aunque no siempre perfecta, se aproxima más a la comprensión total del fenómeno estudiado. Este desarrollo teórico es crucial para el éxito del proyecto, pues permite una adaptación constante a nuevas evidencias y a la evolución del contexto investigado.

Particularmente en lo que respecta a los mecanismos causales, George (2005) define un mecanismo causal como un universo que transfiere materia, energía o información entre diferentes entidades, ya sean físicas, sociales o psicológicas. Aunque este proceso, puede variar significativamente en sus características,

siempre mantiene la capacidad de transmitir una estructura u orden entre los entes involucrados. Así, los mecanismos causales son fundamentales para comprender cómo se conectan y se influyen mutuamente diferentes elementos dentro de un sistema complejo.

Adicionalmente, los mecanismos causales nos permiten descomponer problemas grandes en partes más manejables y comprensibles. Al hacerlo, se facilita la comprensión del vínculo entre el *explanans* (lo que explica) y el *explanandum* (lo que es explicado), creando una cadena continua de relaciones causales sin interrupciones. Esta continuidad es crucial para la elaboración de teorías robustas y coherentes que puedan soportar el escrutinio empírico y teórico.

Dicho lo anterior, la teoría en el diseño y los mecanismos causales desempeñan roles complementarios y fundamentales. La teoría proporciona un marco estructural y flexible para la investigación, mientras que los mecanismos causales ofrecen un método para desentrañar las complejidades de las relaciones entre entidades. Juntos, permiten una aproximación más detallada y precisa a la comprensión y solución de problemas complejos, facilitando avances significativos en diversos campos del conocimiento.

1.2 Contexto

1.2.1 Presentación del caso

Atendiendo al aspecto de la confidencialidad el nombre de la participante

colaboradora en este estudio y el de cualquier persona que refiere en el transcurso del proceso han sido modificados respecto a los nombres reales.

1.2.1.1 Temporalidad y ubicación geográfica.

Al día 22 de febrero de 2023, en la ciudad de Morelia, Michoacán, “Ariana Rangel”[1] (en lo sucesivo Ariana) se presenta a consulta psicológica en modalidad presencial por propia voluntad (solicitando cita vía whats app). La finalidad de este encuentro inicial fue conocer el motivo de consulta, así como darle a conocer el *Consentimiento informado para servicios de terapia psicológica: acuerdo de servicios psicólogo-consultante*, (ver Apéndice A), así como el Aviso de privacidad y firma de su *Consentimiento para el tratamiento de sus datos personales* (ver Apéndice B). En el Apéndice C se adjunta el Consentimiento informado para investigaciones área de la salud para ISEO. Finalmente, se estableció una periodicidad de asistir a sesión una vez cada 15 días debido a sus posibilidades económicas.

1.3 Definición del problema de investigación

Se efectuó la primera sesión de consulta psicológica con "Ariana Rangel". Durante esta sesión inicial se recabaron sus datos generales y se comenzó a explorar detalladamente la problemática presentada. Ariana es una mujer adulta joven de 25 años, originaria de Guanajuato, Gto., y residente actual de Morelia, Michoacán.

[1] la participante colaboradora solicitó y sugirió este nombre por protección de su identidad o la razón particular.

Durante la entrevista, proporcionó información sobre su formación académica, indicando que recientemente se ha graduado de Licenciatura. Además, mencionó que está casada y que actualmente trabaja de manera independiente en el área de comercio a través de plataformas digitales.

En relación con el motivo de su consulta, Ariana expresó percibir una sensación de pesadez en su cuerpo al despertar por las mañanas, así como una constante desmotivación y una baja energía para llevar a cabo sus actividades diarias. También mencionó tener pensamientos recurrentes sobre desistir en sus esfuerzos por destacar en su trabajo y comenzar a aislarse de la convivencia tanto física como digital con personas con las que solía relacionarse.

Es relevante destacar que Ariana experimentó la pérdida de su padre hace un año, a causa del COVID-19. Desde entonces, ha reprimido sus emociones y ha evitado llorar en público, a pesar de sentir la necesidad de hacerlo. No ha podido expresar verbalmente sus sentimientos sobre este evento traumático, el cual ocurrió de manera repentina, sin una prolongada enfermedad o comorbilidad asociada.

En el caso de Ariana, se observan elementos relevantes en sus antecedentes familiares y clínicos que proporcionan un contexto integral para comprender su situación. Se destaca que es la segunda hija de padres de edad adulta madura. Su nacimiento transcurrió sin complicaciones aparentes, con mediciones dentro de los parámetros normales en cuanto a peso, estatura y diámetro craneal, así como un desarrollo psicomotriz acorde a las expectativas en las etapas tempranas de la

infancia.

Desde su infancia temprana, no se reportan incidentes traumáticos o enfermedades orgánicas que pudieran haber influido en su desarrollo. Sin embargo, se señala una tendencia hacia el aislamiento y la falta de interacción social, especialmente durante su período preescolar. Este comportamiento llamó la atención de los profesionales de la escuela, quienes recomendaron una evaluación psiquiátrica. Ariana recuerda que mostraba descontento ante la petición de sus padres para socializar con niños en fiestas infantiles; el descontento se acompañaba por signos de temblores en piernas, deseos de llorar y aferrarse con fuerza física a su papá. El especialista arrojó un diagnóstico de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia (ante la vigencia en ese momento del CIE-10).

Sus padres evitaron que accediera a tratamiento psiquiátrico y/o psicológico asumiendo que “la cura se daría con el tiempo” y forzándola continuamente para asistir a más fiestas infantiles; refiere que su hermano mayor si ha presentado habilidad y gusto por socializar y continuamente era comparada para actuar como él y al intentar forzarse los signos incómodos seguían presentándose y terminaba en sollozos o llanto momento en que los padres ya dejaban de insistirle.

Durante su escolaridad básica, Ariana experimentó episodios de tartamudez al hablar en público, lo cual sugiere posibles dificultades en el manejo de la ansiedad y la autoconfianza en situaciones sociales.

En adición a lo anterior, los antecedentes familiares de hipertensión (materna y

paterna) y de trastorno mental con características de altibajos en el estado de ánimo de su madre con tratamiento farmacológico únicamente, podrían estar relacionados con la carga genética que influye en la salud de Ariana.

Es necesario señalar que Ariana desconoce el nombre específico del trastorno mental de su madre, dado que su relación con ella ha sido distante durante muchos años. Desde hace seis años, no han mantenido ningún tipo de comunicación, ya sea verbal, escrita o en persona; la noticia del fallecimiento de su padre llegó a Ariana de manera inesperada, no fue informada directamente por su familia, sino que se enteró a través de publicaciones en redes sociales y la confirmación posterior por parte de una amiga cercana.

1.3.1 Diseño del estudio

Ariana ha expresado sus necesidades con respecto a la atención a su salud, destacando la importancia de determinar si actualmente enfrenta algún trastorno derivado de la falta de atención al diagnóstico en su infancia. Además, manifiesta su disposición a comprometerse con un tratamiento que mejore su bienestar emocional y fomente su capacidad para relacionarse laboralmente, en la modalidad a través de medios digitales en tiempo real con sus clientes. Esta mención subraya necesidades de abordar tanto las posibles secuelas de la omisión en la intervención temprana como las metas específicas de Ariana en términos de salud mental y funcionalidad laboral.

1.3.1.1 Variables.

Por lo anterior establecido las variables que se identifican en este planteamiento para el diseño de la investigación son:

• Variable independiente atributiva: Padecimiento que se diagnosticó en la infancia (X_1).

• Variables independientes activas: Metodología del diagnóstico acertado (X_2), Programa de intervención psicológica en atención a la demanda de la mujer adulta joven (X_3).

• Variable dependiente: Trastorno actual de la mujer adulta joven (Y).

1.3.1.2 Características del diseño de estudio.

El diseño experimental adoptado en este estudio es verdadero y se fundamenta en un enfoque de la investigación cualitativo. Según diversas clasificaciones, la investigación se puede categorizar de diversas formas:

• Por el criterio de propósito o utilidad de la investigación: es adaptativa, el conocimiento o tecnología existente podrá ser adoptada por la beneficiaria y de utilidad específica para su caso.

• Por el diseño del método: es diseño pretest-postest de un solo caso.

• Según el número de variables: independientes (multivariado) y dependientes (univariado) de las cuales se busca establecer una correlación cualitativa.

• Según el tipo de situación experimental: es un diseño intrasujeto.

• Según el número de sujetos o grupos: es un diseño de un solo sujeto.

• Por su validez es tanto interna como externa. La validez, se construye de manera progresiva a lo largo de todas las fases del estudio, asegurando la rigurosidad metodológica en cada etapa del proceso investigativo. Un estudio de caso alcanzará resultados válidos en la medida en que se implementen mecanismos de monitoreo adecuados en cada una de sus fases, desde la planificación del diseño y la ejecución del trabajo de campo hasta la sistematización de los hallazgos, la elaboración del informe final y la difusión.

1.3.2 Pregunta de investigación

Una vez definidas las variables pertinentes, surge la pregunta central de la investigación: ¿Puede una metodología de diagnóstico clínico precisa y un programa de intervención psicológica tener un efecto positivo en el trastorno actual de la mujer adulta joven con antecedente de trastorno por hipersensibilidad social en infancia?

1.3.3 Características del planteamiento

En el análisis de la historia familiar y clínica de Ariana, se evidencian varios factores que destacan su relevancia en la investigación clínica y psicológica.

1.3.3.1 Trascendencia.

La interrogante central es crucial para abordar la naturaleza compleja del trastorno

y su posible evolución a través de su ciclo vital. Enfrentarse a esta cuestión implica explorar no solo la eficacia de las herramientas diagnósticas y terapéuticas disponibles, sino también comprender cómo estas intervenciones pueden influir en el bienestar psicológico de la mujer adulta joven y su calidad de vida, que enfrentan esta necesidad en su falta de funcionalidad y la problemática persiste con el paso de los años.

1.3.3.2 Magnitud, frecuencia y distribución.

Es esencial considerar la magnitud, frecuencia y distribución de los síntomas y comportamientos observados. La propuesta de un estudio de caso para Ariana se justifica plenamente dadas estas características. En particular, el análisis detallado de sus conductas y respuestas emocionales permite identificar patrones significativos y recurrentes que son cruciales para el diagnóstico.

1.3.3.3 Vulnerabilidad.

Respecto a la vulnerabilidad, se observa que existen recursos adecuados para llevar a cabo una investigación exhaustiva. Las fuentes de información disponibles proporcionan un marco conceptual sólido, permitiendo aplicar conocimientos teóricos relevantes. Además, las herramientas diagnósticas necesarias están al alcance, lo que facilita la evaluación precisa de la situación de Ariana. Asimismo, los saberes procedimentales necesarios para diseñar un programa de intervención están claramente definidos y alineados con los objetivos propuestos, asegurando una intervención eficaz y personalizada.

1.3.3.4 Factibilidad

La factibilidad de este estudio es alta, dado que esta es la primera vez que Ariana tiene contacto con un servicio profesional de diagnóstico e intervención psicológica. Este contexto presenta una oportunidad única para explorar y abordar sus necesidades de manera integral. Sin embargo, es fundamental identificar y examinar las posibles barreras que puedan surgir durante la implementación de las estrategias terapéuticas. Entre estas barreras podrían encontrarse la resistencia familiar o la falta de apoyo social, factores que deben ser considerados cuidadosamente para asegurar la efectividad del tratamiento. Además, es importante analizar los facilitadores que podrían mejorar la implementación de estas estrategias. Estos pueden incluir la disponibilidad de un entorno de apoyo, su círculo de confianza, el compromiso del profesional-investigador de la salud mental involucrado haciendo uso objetivo de los instrumentos pertinentes y la disposición de Ariana para participar activamente en su proceso terapéutico.

1.4 Objetivo general

El objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre la ausencia de intervención temprana en la infancia y su impacto en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez. Asimismo, se pretendió acertar la evaluación de una metodología de diagnóstico clínico preciso y determinar la eficacia de una intervención psicológica adaptada a las necesidades específicas de la participante, con el fin de mejorar su bienestar psicosocial y su capacidad de interacción en el

ámbito profesional. Es por ello que el objetivo general lo estructuré como sigue:

Describir la relación entre la ausencia de una intervención oportuna en la infancia y su impacto en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez, determinando la eficacia de una metodología diagnóstica clínicamente fundamentada y una intervención psicológica adaptada a las particularidades de la participante para optimizar su bienestar psicosocial, fortalecer sus habilidades de interacción y favorecer su desarrollo personal y desempeño laboral.

1.5 Objetivos específicos

Para abordar este objetivo general, fue crucial considerar objetivos específicos interrelacionados.

- Analizar el impacto de la ausencia de una intervención oportuna en la infancia sobre la funcionalidad emocional y laboral en la adultez, identificando los principales factores asociados a su evolución.

- Evaluar la eficacia de una metodología de diagnóstico clínico fundamentada en la identificación precisa del trastorno actual, considerando sus implicaciones en el bienestar psicosocial de la participante.

- Diseñar una intervención psicológica adaptada a las particularidades de la participante para optimizar su bienestar psicosocial, fortalecer sus habilidades de interacción y mejorar su desempeño laboral.

• Demostrar el efecto positivo de la intervención psicológica en la participante, evaluado mediante la percepción de su ámbito emocional y la funcionalidad de la comunicación en su entorno laboral, con una continuidad de seguimiento de seis meses.

1.6 Justificación

El uso de un estudio de caso permite ilustrar de manera detallada y concreta cómo estas metodologías pueden ser aplicadas en la práctica clínica. A través del análisis exhaustivo de un caso específico, se pueden observar los efectos directos de la intervención, lo que proporciona evidencia empírica del éxito de las estrategias empleadas.

El objetivo general mencionado anteriormente abarca el tema del trastorno; cada una de las categorías incluye una amplia gama de temas relacionados con las dificultades específicas que estos trastornos ocasionan. Cada tipo de trastorno conlleva desafíos específicos que afectan de manera significativa la autoimagen de los individuos, así como sus patrones de interacción social y sus respuestas ante situaciones de estrés. Si bien la sintomatología varía según la naturaleza del trastorno, en términos generales, las personas afectadas suelen presentar dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales, así como para gestionar el estrés de manera adaptativa. Asimismo, es común que experimenten una autoimagen inestable, la cual puede diferir notablemente de la percepción que los demás tienen de ellas.

Plantear el diagnóstico de un trastorno de personalidad ocurre cuando un profesional de la salud observa que el individuo tiene una percepción distorsionada de sí mismo o de otros, o bien cuando persiste en comportamientos que típicamente resultan en consecuencias negativas. La manifestación de un trastorno ocurre cuando los rasgos de personalidad se vuelven excesivamente marcados, rígidos y desadaptativos, provocando problemas significativos en el ámbito laboral, académico y en las relaciones interpersonales. Estas desadaptaciones sociales no solo causan una notable angustia en las personas con trastornos de personalidad, sino también en aquellos que las rodean. Los patrones de mala adaptación pueden variar en cuanto a su intensidad y duración.

Algunas personas tienen una predisposición genética a desarrollar un trastorno de personalidad, y esta predisposición puede ser amplificada o "Atenuada por factores ambientales". Cuando una persona reconoce la necesidad de buscar ayuda, los síntomas que experimenta suelen ser la razón principal para solicitar alivio. En estas situaciones, el profesional de la salud realiza una serie de preguntas dirigidas a identificar si existe la posibilidad de un trastorno de personalidad.

De acuerdo a lo anterior, los trastornos de personalidad se definen por patrones de comportamiento y percepción que son notablemente disfuncionales y duraderos, afectando de manera adversa las capacidades sociales y emocionales de los individuos, así como su bienestar general.

1.6.1 La necesidad de un diagnóstico

Esta necesidad aparece cuando la situación empieza a cambiar de forma radical, añadiéndose una progresiva complejidad, generándose así una mayor controversia en torno al proceso. El concepto actual de diagnóstico supone:

• Diagnosticar es un proceso para identificar el trastorno, es poner un nombre a un problema de salud mental que una persona está padeciendo.

• Este cambio, por el cual el conocimiento de lo que le pasa a la persona se ha de identificar con un nombre (diagnóstico), está muy relacionado con la necesidad de incorporar a la ciencia médica.

Por otro lado, el poner nombre al proceso de diagnosticar, se ha convertido en un instrumento con múltiples significados y repercusiones: administrativos (costes) clínicos (con el objetivo de homogeneizar el proceso de diagnóstico, evitando la variabilidad clínica ligada a lo individual o a colectivos de profesionales), jurídicos (procesos de incapacitación, obtención de prestaciones económicas).

Actualmente, un diagnóstico acertado cubre la necesidad de las personas afectadas de obtener una explicación clara y precisa sobre su condición. Estas personas exigen, con razón, que se les proporcione un nombre a lo que les sucede, ya que tienen acceso a una abundante cantidad de datos acerca de los procesos patológicos en el tema salud mental. Sin embargo, limitarse exclusivamente al nombre del proceso que padecen puede suponer una etiqueta que las estigmatiza y, en consecuencia, interferir en sus procesos de recuperación y normalización. Este fenómeno es especialmente preocupante, dado que el etiquetado puede reforzar

estereotipos negativos y aumentar la autoestigmatización, lo cual dificulta aún más el avance hacia la salud integral de la persona (Corrigan & Watson, 2002).

Puede establecerse que, en la actualidad, el diagnosticar ha pasado de ser un instrumento exclusivo del ámbito clínico-asistencial, y por tanto de controversia / discusión exclusiva del ámbito profesional, a ser un instrumento que partiendo siempre del ámbito clínico (es el profesional el que diagnostica), una vez emitido, tiene unas repercusiones mucho más amplias, que se extienden al ámbito social.

Es esencial destacar que, una vez el profesional diagnostica (pone un nombre al trastorno), de inmediato se debe proponerse intervenir con un tratamiento sobre la persona, lo cual requiere un alto grado de profesionalidad, competencia y exigencia ética. Este diagnóstico tendrá un significado crucial y se espera que produzca un efecto positivo, como el empoderamiento de quien cursa con problemáticas de salud mental. Así, algunas investigaciones (Pérez, 2018; Gómez, 2017; Martínez, 2019) señalan que, la intervención profesional puede tener repercusiones significativas, tales como:

- Cambios sociales y culturales que se han venido dando desde la última parte del siglo pasado.

- Impulso de las investigaciones neurobiológicas y psicofarmacológicas en el campo de la salud mental.

- Desarrollo exponencial del acceso de la población a la información, lo que ha

transformado al documento de comunicación del estudio de caso en una herramienta clave, dejando al profesional que atiende a la persona como una de las múltiples fuentes de información disponibles.

Estas referencias proporcionan un contexto académico y científico que respalda las afirmaciones sobre la evolución y el impacto de los diagnósticos y tratamientos sobre la salud mental, además de subrayar los cambios socioculturales relacionados.

1.7 Beneficios esperados

El presente estudio busca contribuir al campo de la salud socioemocional y mental al permitir comprender cómo las experiencias tempranas de hipersensibilidad social pueden influir en el desarrollo de trastornos psicológicos en la adultez. Identificar la relación entre estas variables permite fortalecer las bases teóricas que explican la continuidad de los síntomas a lo largo del ciclo vital. Además, posibilita ampliar el conocimiento sobre la relevancia de la intervención psicológica temprana para prevenir afecciones más severas en etapas avanzadas del desarrollo.

Este estudio tiene potencial al innovar en el abordaje metodológico al emplear un diseño cualitativo de estudio de caso intrasujeto, lo que permite analizar de manera detallada la historia de vida de la participante y su relación con el desarrollo de su sintomatología actual. Utilizar este enfoque posibilita obtener una perspectiva más profunda sobre los mecanismos psicológicos subyacentes, aportando un modelo de intervención adaptado a casos con antecedentes similares. Asimismo, permite

demostrar la trascendencia de considerar las circunstancias biográficas y emocionales dentro de la práctica psicoterapéutica.

En términos de aplicación clínica, este estudio permite desarrollar estrategias de intervención ajustadas a las necesidades de personas que han experimentado hipersensibilidad social en la infancia y que, en la adultez, presentan síntomas relacionados con ansiedad, aislamiento y dificultades emocionales. Diseñar un plan de procedimiento personalizado basado en la comprensión de la historia personal posibilita mejorar la efectividad terapéutica y proporcionar herramientas adecuadas para la regulación emocional y el fortalecimiento de la resiliencia.

Otro beneficio de este estudio radica en su contribución a la promoción para intervenir en la salud mental. Difundir hallazgos obtenidos posibilita sensibilizar a los profesionales del área la salud y de la educación sobre lo importante que es la detección y el abordaje temprano de la hipersensibilidad social en la infancia. Además, permite generar conciencia sobre los efectos a largo plazo de la ausencia de intervención, fomentando la creación de programas preventivos y de seguimiento en poblaciones vulnerables.

Este estudio también permite validar la efectividad de una intervención psicoterapéutica centrada en la historia biográfica y el análisis de factores contextuales. Evaluar la evolución del estado emocional de la participante antes, durante y después del proceso terapéutico posibilita generar evidencia empírica sobre la pertinencia de este enfoque. Asimismo, realizar un seguimiento de seis

meses posibilita observar la sostenibilidad de los cambios logrados, identificando las fortalezas y áreas de mejora del tratamiento.

Desde una perspectiva científica, este estudio permite sentar bases para investigaciones donde también se aborde la relación entre la hipersensibilidad social infantil y el desarrollo de trastornos psicológicos en la adultez. Además, posibilita identificar factores de riesgo y protección que pueden influir en la evolución de la sintomatología, lo que resulta fundamental para la elaboración de modelos teóricos más integrales.

Finalmente, este estudio permite ofrecer una contribución significativa al campo de la psicoterapia al destacar la necesidad de enfoques personalizados y holísticos en el tratamiento de trastornos psicológicos. Al enfatizar la importancia del contexto biográfico y emocional en la intervención psicológica, posibilita avanzar hacia modelos terapéuticos más humanizados y eficaces, mejorando así la calidad de vida de quienes enfrentan estas problemáticas.

1.8 Limitaciones

En el presente estudio, los resultados obtenidos no pueden ser interpretados como una generalización estadística ni como una representación extensiva del marco teórico o del fenómeno analizado. Esto se debe a que el estudio clínico no se sustenta en una muestra probabilística derivada de una población, lo que impide la extrapolación directa de los hallazgos. Por ello, algunos autores prefieren utilizar el término "transferibilidad" en lugar de "generalización" al referirse a investigaciones

de naturaleza cualitativa (Maxwell, 1998).

No obstante, su objetivo principal es la construcción de una teoría que pueda aplicarse a casos con características similares. A pesar de esta limitación, la aplicación de una metodología rigurosa — que incluya el uso de instrumentos válidos, la recopilación precisa de antecedentes y un análisis detallado de los datos - puede conferir mayor objetividad y confiabilidad a los resultados. En este sentido, aunque los hallazgos no sean generalizables en términos estadísticos, su relevancia y aplicabilidad en contextos análogos pueden contribuir significativamente a la actualización del conocimiento en ese campo de estudio.

1.9 Alcances

Desde sus orígenes, los diagnósticos han desempeñado una función esencial en la orientación de las intervenciones terapéuticas. En este sentido, se destacan dos manuales de referencia en el ámbito de los trastornos mentales. Por una parte, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en adelante *DSM*, redactado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se halla en su quinta edición, publicada al 2013, junto con su versión revisada (DSM-5-TR) de 2022. Por otra, la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en adelante *CIE*, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se utiliza en su undécima edición (CIE-11), publicada al 2019. Es importante resaltar la notable correspondencia entre los diagnósticos establecidos en ambos manuales.

Por otro lado, el diagnóstico psicoterapéutico comprende el conjunto de

procedimientos destinados a realizar una observación rigurosa del funcionamiento mental del individuo. Este enfoque metodológico permite explicar de manera comprensible los problemas y síntomas presentados por el paciente, facilitando la definición de objetivos orientados al bienestar psicológico o a la mitigación de los problemas que motivaron el tratamiento. Aunque cada escuela psicoterapéutica aplica técnicas específicas para la realización del diagnóstico, lo fundamental es que dicho proceso brinde al individuo una explicación clara de su situación y proponga líneas de intervención que contribuyan a reducir su malestar. Al llegarse la etapa de intervención es fundamental analizar cómo la intervención psicológica ha influido en la percepción emocional de la usuaria. Al considerar su bienestar emocional, podemos observar cambios significativos que reflejan una mejora en su calidad de vida. Además, es importante destacar que estas mejoras no solo se limitan a su ámbito personal, sino que además tienen impacto directo en su entorno laboral.

Por otra parte, la funcionalidad de la comunicación en su ámbito laboral es otro aspecto crucial a evaluar. La intervención psicológica debe ser capaz de proporcionar herramientas que faciliten una comunicación más efectiva y asertiva. Como resultado, se genera un entorno laboral más equilibrado y eficiente.

Asimismo, para garantizar la validez de los resultados, es esencial mantener un seguimiento continuo durante un período de seis meses. Este seguimiento permitirá identificar cambios y mejoras sostenibles en el tiempo, asegurando que los efectos positivos de la intervención sean duraderos.

Al finalizar el presente estudio quedará demostrado el efecto positivo del plan de intervención psicológica en Ariana, se debe considerar tanto la percepción de su ámbito emocional como la funcionalidad de la comunicación en su entorno laboral, con un seguimiento continuo durante seis meses. Esta evaluación integral proporcionará una visión completa de los beneficios de la intervención, confirmando su eficacia y contribuyendo al bienestar general de Ariana.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

La presente sección incluye una revisión de literatura asociada a una apegada delimitación y clara explicación de las variables que le dan título a este trabajo. Se encontrarán los constructos, conceptos y definiciones que ayudaron a desarrollar adecuadamente las variables, de lo general a lo particular y la relación entre ellas que engloba el objetivo general.

2.1 Estudios de caso, características y tipología

2.1.1 Definiciones de estudio de casos y características

De acuerdo con Yin (2018), el estudio de caso constituye una investigación empírica orientada al análisis de fenómenos contemporáneos, caracterizándose por la necesidad de recolectar datos reales. Esta metodología se distingue de los estudios experimentales de laboratorio, ya que se aplica en contextos naturales y permite estudiar unidades como pueden ser objetos un colectivo, organización, política, entidad, o procesos en una persona. Una implicación adicional es que las fronteras que delimitan el caso pueden no ser claras, y su definición dependerá de la elección razonada del investigador, constituyendo así un elemento esencial en la construcción del mismo. Sin embargo, es importante señalar que esta ambigüedad no es una constante, pues en ciertos contextos las delimitaciones del caso pueden ser claramente identificables y no presentan confusión alguna.

Remenyi (2012) describe el estudio de caso a partir de seis elementos

fundamentales: se emplea para abordar preguntas de investigación complejas o difíciles de responder; representa un método empírico para dar solución a la pregunta planteada; considera múltiples variables, algunas de las cuales no son evidentes de forma inmediata; integra métodos cualitativos, cuantitativos o una combinación de ambos, pudiendo ser aplicados desde una perspectiva positivista o interpretativa; se exponen mediante una narrativa que facilita la comprensión del fenómeno estudiado; y mantiene un análisis preciso en una unidad de específica.

Otro especialista en la materia es Gerring (2017), quien plantea que el estudio de caso representa una estrategia metodológica de carácter intensivo orientada al análisis profundo de un caso individual o de una pequeña cantidad de casos, sustentándose principalmente en datos obtenidos mediante la observación. Este enfoque posee la capacidad de ofrecer comprensión sobre fenómenos que podrían extrapolarse a contextos más amplios. La definición subraya la naturaleza intensiva del método, diferenciándolo de los enfoques extensivos, los cuales se caracterizan por trabajar con muestras grandes (N) y por utilizar un número limitado de variables o parámetros, donde un número reducido de casos permite un tratamiento exhaustivo y en profundidad del objeto de análisis. Este planteamiento se complementa con una segunda manera en la que el autor describe este tipo de investigación, al señalar que el estudio de caso posee un enfoque centrado, lo cual implica que el investigador invierte un tiempo significativo en examinar y luego exponer el caso o los casos seleccionados. Además, se considera que dicho caso ofrece evidencia sustancial que sustenta el argumento principal de la investigación

(Gerring, 2017).

La definición dada por Gerring también incluye a la generalización ya que argumenta que, si se estudia un caso es debido a que es posible extender los hallazgos hacia su aplicación a otros casos similares, lo que se refiere a la generalización analítica pues se pueden aportar elementos para reforzar la teoría.

2.1.2 Construcción del caso

Gerring (2017) señaló que la construcción del caso debe considerar criterios de validez y generalización analítica, permitiendo extrapolar hallazgos a contextos similares sin perder la especificidad del estudio. En este sentido, Yin (2018) enfatizó la necesidad de definir unidades de análisis claros, utilizando múltiples fuentes de evidencia para fortalecer la credibilidad de los resultados. Hancock y Agozzine (2006) destacaron la importancia de la triangulación de datos, asegurando que la interpretación del caso sea rigurosa y bien fundamentada. Por su parte, Robson (2011) sugirió que la construcción del caso debe seguir un diseño flexible que permita ajustes conforme se obtengan nuevos datos, favoreciendo la adaptabilidad en la investigación cualitativa. Remenyi (2012) resaltó que la estructura narrativa del caso juega un papel crucial en la transmisión del conocimiento generado, permitiendo una mejor comprensión de los hallazgos y su aplicación en la práctica. Finalmente, Savin-Baden y Major (2013) señalan que la interpretación del caso debe ser reflexiva, incorporando la perspectiva del investigador y de quienes participan para garantizar una comprensión global del fenómeno estudiado.

2.1.3 Tipología de casos

La tipología de estudios de caso clínicos en la investigación cualitativa ha sido objeto de diversas clasificaciones por parte de distintos autores, quienes han propuesto categorías basadas en objetivos, enfoques y contextos específicos. Estas tipologías permiten a los investigadores seleccionar el diseño más adecuado según las condiciones de su estudio y las preguntas de la investigación planteadas.

2.1.3.1 Tipologías según Robert K. Yin.

Yin (2018) propuso una clasificación de estudios de caso basada en su propósito y diseño, distinguiendo entre:

- Estudios de caso exploratorios: Utilizados para definir preguntas de investigación y desarrollar hipótesis en etapas iniciales de un estudio.
- Estudios de casos descriptivos: Buscan describir un fenómeno en su contexto real, proporcionando una narrativa detallada de los eventos o situaciones estudiadas.
- Estudios de casos explicativos: Se enfocan en explicar las causas y efectos de un fenómeno, identificando relaciones causales y mecanismos subyacentes.
- Estudios de caso múltiples: Involucran el análisis de varios casos para comparar y contrastar hallazgos, lo que puede fortalecer la validez externa

de los resultados.

2.1.3.2 Tipologías según Bent Flyvbjerg.

Flyvbjerg (2013) enfatizó la importancia de la selección estratégica de casos y propuso las siguientes categorías:

- Casos extremos o atípicos: Aquellos que se desvían significativamente de la norma y pueden ofrecer insights profundos sobre fenómenos inusuales.
- Casos críticos: Seleccionados por su potencial para probar una hipótesis o teoría, ya que, si funciona en este caso, es probable que funcione en otros.
- Casos paradigmáticos: Representan ejemplos prototípicos de un fenómeno y sirven para ilustrar tendencias generales.

2.1.3.3 Tipologías según Xavier Coller.

Coller (2005) propuso una clasificación basada en la unidad de análisis y el enfoque del estudio, distinguiendo entre:

- Estudios de casos individuales: Se centran en una sola unidad de análisis, como una persona, organización o evento, permitiendo una profunda comprensión de su complejidad.
- Estudios de casos colectivos: Involucran el análisis de múltiples casos para identificar patrones comunes y diferencias significativas.

- Estudios de caso intrínsecos: El interés radica en el caso en sí mismo, sin intención de generalizar los hallazgos a otros contextos.

- Estudios de casos instrumentales: El caso se utiliza como medio para comprender un fenómeno más amplio o para desarrollar teorías.

Es importante destacar que estas tipologías no son mutuamente excluyentes y pueden superponerse según el enfoque y los objetivos del investigador. La selección de una tipología determinada debe fundamentarse en la naturaleza de las preguntas de investigación, las condiciones particulares del contexto en el que se desarrolla el estudio y la disponibilidad de recursos para su implementación (Stake, 2005).

2.1.4 Unidades de análisis, generalización analítica y transferibilidad

Dentro del enfoque cualitativo, el estudio de caso se ha establecido como una herramienta metodológica clave para explorar a fondo fenómenos complejos en contextos delimitados. Los elementos esenciales de esta metodología comprenden la identificación clara de las unidades de análisis, la posibilidad de realizar una generalización analítica y la capacidad de transferir los resultados a escenarios comparables (Yin, 2018).

2.1.4.1 Unidades de Análisis en los Estudios de Caso

Las unidades para analizar representan los componentes fundamentales que se investigan en un estudio de caso. Según Yin (2018), estas unidades pueden variar

desde individuos hasta organizaciones, eventos o procesos. Adecuar la unidad de análisis es crucial, ya que determina el enfoque del estudio y la interpretación de los datos.

Un ejemplo de ello es que, en una investigación sobre una intervención terapéutica, la unidad de análisis puede estar constituida por un solo paciente o bien por un conjunto de pacientes que participan en la misma modalidad de tratamiento (Creswell, 2013). Asimismo, en investigaciones organizacionales, la unidad de análisis podría centrarse en la dinámica interna de un equipo de trabajo o en las estrategias de gestión de una empresa (Coller, 2005).

Hancock y Agozzine (2006) enfatizaron que la unidad de análisis debe estar alineada con los objetivos de la investigación y ser lo suficientemente delimitada para garantizar la profundidad en el estudio. Por ello, la identificación y justificación de la unidad de análisis constituye un paso clave en el diseño del estudio de caso.

2.1.4.2 Generalización analítica

A diferencia de la generalización estadística, que busca resultados extrapolares a una población más amplia, la generalización analítica se centra en la aplicación de teorías a situaciones similares. De acuerdo con Yin (2018), los estudios de caso buscan principalmente extender y profundizar teorías existentes mediante una generalización de tipo analítico, en contraposición a los enfoques cuantitativos que se centran en la generalización estadística a través del recuento de frecuencias.

Según Gerring (2017), la generalización analítica permite que los hallazgos de un caso particular contribuyan al desarrollo teórico en un campo determinado. En este sentido, la robustez de la generalización analítica radica en la formulación de proposiciones teóricas que pueden ser contrastadas en contextos similares.

Flyvbjerg (2013) destacó que la generalización analítica no depende del número de casos estudiados, sino de la calidad de la argumentación teórica que los sustenta. Así, un solo caso bien documentado y analizado puede generar conocimientos aplicables a otros entornos con características comparables.

2.1.4.3 Transferibilidad

La transferibilidad se refiere al grado en que los hallazgos de un estudio cualitativo pueden aplicarse a otros contextos o grupos. Según Firestone (1993), existen tres modelos de generalización: la generalización estadística, la generalización analítica y la transferencia de caso a caso (transferibilidad).

En este último modelo, la responsabilidad de determinar la aplicabilidad de los hallazgos recae en el lector o usuario de la investigación, quien debe evaluar las similitudes entre el contexto original del estudio y el nuevo contexto (Savin-Baden & Major, 2013). Para facilitar esta evaluación, es esencial que el investigador proporcione descripciones detalladas y ricas del contexto y los hallazgos del estudio (Gray, 2009).

Robson (2011) destacó que la transferibilidad se ve favorecida cuando los datos son

presentados con transparencia y con suficiente profundidad para que otros investigadores puedan evaluar su aplicabilidad. De esta manera, el rigor metodológico y la claridad en la presentación de resultados contribuyen a la validez del estudio de caso.

2.2 Introducción al diagnóstico e intervención psicológica en la adultez

La evaluación e intervención psicológica en la etapa adulta constituyen campos relevantes dentro de la psicología clínica. En esta fase del desarrollo, las personas pueden atravesar diversos retos en los ámbitos emocional, cognitivo y social, los cuales exigen un análisis cuidadoso y estrategias de tratamiento apropiadas (Yin, 2018). De acuerdo con el DSM en su 5ª edición, publicado en el 2013 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), los trastornos más prevalentes en adultos incluyen trastornos depresivos, de ansiedad y de la personalidad.

Diversas investigaciones en el ámbito epidemiológico han evidenciado que los trastornos de ansiedad pueden originarse durante la niñez o la adolescencia, aunque también es posible que persistan o emerjan en la adultez. De acuerdo con Beesdo-Baum y Knappe (2012), estos trastornos presentan una elevada prevalencia en la población adulta, impactando de manera considerable en su desenvolvimiento cotidiano. En su revisión, se observó que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población adulta varía del 15% al 30%, dependiendo del tipo específico de trastorno y de los criterios diagnósticos utilizados. Estos trastornos incluyen, por mencionar algunos, el trastorno de pánico, el trastorno de

ansiedad generalizada y las fobias específicas. De igual manera, Kessler et al. (2005) señalan que la edad en que inician los trastornos mentales varía según su tipología. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad y aquellos relacionados con el control de los impulsos tienden a manifestarse hacia los 11 años. En contraste, los trastornos vinculados al consumo de sustancias suelen aparecer cerca de los 20 años, mientras que los trastornos del estado de ánimo tienden a comenzar alrededor de los 30 años.

En cuanto al diagnóstico, es esencial una evaluación integral que considere la historia clínica del individuo, entrevistas diagnósticas estructuradas y la aplicación de instrumentos psicométricos validados. Hirshfeld-Becker y Biederman (2002) enfatizaron la importancia de identificar tempranamente los síntomas para implementar intervenciones efectivas. Además, Coplan y Weeks (2010) destacaron la relevancia de evaluar las habilidades de comunicación y adaptación socioemocional, ya que deficiencias en estas áreas pueden estar relacionadas con trastornos de ansiedad y otros problemas psicológicos.

Las estrategias terapéuticas aplicadas durante la adultez incluyen diversos enfoques psicológicos, siendo la terapia cognitivo-conductual (TCC) una de las más eficaces en el abordaje de los trastornos depresivos y de ansiedad. Según Rapee, Schniering y Hudson (2009), la TCC permite a los pacientes reconocer y transformar pensamientos disfuncionales y conductas no adaptativas. Asimismo, Stein y Stein (2008) destacan que, para el tratamiento del trastorno de ansiedad social, resulta favorable integrar tratamientos farmacológicos con intervenciones psicológicas.

Es fundamental que las intervenciones se ajusten a las necesidades particulares de cada persona, tomando en cuenta elementos como la edad, el contexto sociocultural y la existencia de comorbilidades. Moffitt et al. (2002) señalaron que los patrones de comportamiento antisocial pueden variar a lo largo de la vida, lo que implica la necesidad de enfoques de intervención diferenciados. De igual manera, Biederman et al. (2011) identifican factores predictivos de la persistencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la edad adulta, lo cual subraya la relevancia de un monitoreo constante y ajustes en el enfoque terapéutico.

2.2.1 Importancia del diagnóstico temprano en salud mental

La salud mental va más allá de la simple ausencia de trastornos. Este concepto, fundamental para comprender el bienestar psicológico, puede ser especialmente beneficioso tanto para individuos diagnosticados con enfermedades mentales o físicas, como para aquellos con antecedentes familiares de trastornos. Asimismo, su comprensión resulta crucial para quienes se encargan de su atención.

Los recursos destinados a preservar la salud pueden coexistir con síntomas psicopatológicos, incluso en casos de severidad como la ansiedad crónica. Esta coexistencia plantea la necesidad de desarrollar enfoques clínicos más holísticos, abordando no solo la enfermedad, sino también los aspectos positivos de la persona: sus fortalezas, capacidades y esfuerzos personales hacia la recuperación.

Diversas investigaciones subrayan la relevancia de adoptar un enfoque holístico en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales

(Smith et al., 2019). Este enfoque no se limita únicamente a tratar la patología, sino que también valora los recursos internos del individuo, lo que facilita un abordaje más integral y eficaz para optimizar la calidad de vida y el bienestar psicológico.

Es esencial para los sujetos porque contribuye a trabajar productivamente y a alcanzar su pleno potencial. Desde el enfoque bio-psico-social, se resalta la relevancia de los componentes biológicos, psicológicos y sociales, así como su interacción y autorregulación. Se destaca que tanto la salud como la enfermedad pueden ser influenciadas por estos tres factores principales que determinan la salud (León et al, 2004).

El concepto de salud se admite como un fenómeno dinámico y en constante evolución, que no solo abarca la presencia o ausencia de enfermedad, sino también la capacidad del individuo para desarrollar habilidades personales y sociales. Este proceso no se produce de manera aislada, sino que está determinado por múltiples factores contextuales, entre ellos el entorno social, que incide notablemente en el bienestar y la calidad de vida en las personas (Rodríguez y Neipp, 2008).

Según información de la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, AC (de siglas AMIIF), en América Latina se observa que la prevalencia durante 12 meses de los trastornos neurológicos y mentales, considerados de forma compuesta varía entre el 18.7% y el 24.2%. Además, la incidencia de los trastornos de ansiedad fluctúa entre el 9,3% y el 16,1%, mientras que la de los trastornos afectivos se encuentra del 7,0% y entre el 8,7%. De igual

forma, se reporta que la prevalencia de los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas fluctúa entre el 3,6% y el 5,3% (AMIIF, 2019).

De acuerdo con estimaciones de la Secretaría de Salud (SSA) en México, se calcula que aproximadamente 15 millones de sujetos presentan algún tipo de trastorno mental (SS, 2003). Asimismo, información reciente de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (o ENEP) señala que aproximadamente el 28,6% de la población ha experimentado, al menos una vez en su vida, uno de los 23 trastornos contemplados en la *CIE-10*. Sin embargo, solo entre uno a 10 pacientes recibe atención especializada, según indican estudios realizados por Medina et al., en 2003.

El Plan de Acción en Salud Mental promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) busca fomentar la equidad mediante la implementación de una cobertura sanitaria universal. Para ello, establece directrices específicas, indicadores precisos y objetivos concretos dirigidos a los estados miembros, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población. Resulta especialmente preocupante que, en los países de ingresos bajos y medios, se estima que entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no acceden al tratamiento adecuado; asimismo, este problema se extiende a las naciones de ingresos elevados, donde entre el 35% y el 50% de los individuos con trastornos severos no acceden a la atención necesaria (OMS, 2013).

2.2.2 Impacto de la ausencia de diagnóstico oportuno

La ausencia de un diagnóstico oportuno en trastornos mentales ha demostrado tener consecuencias significativas en la vida de los individuos afectados. Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013), los retrasos en la identificación y tratamiento de estas condiciones pueden exacerbar la severidad de los síntomas y complicar el proceso terapéutico.

La falta de un diagnóstico oportuno en trastornos mentales puede conducir al agravamiento de los síntomas, cronificación de la enfermedad, dificultades en la intervención terapéutica, impacto negativo en la calidad de vida, mayor carga para el sistema de salud. Como ejemplo de lo anterior, lo evidencian los siguientes trabajos. Beesdo-Baum y Knappe (2012) señalan que la incidencia de los trastornos de ansiedad en la población adulta es considerablemente elevada, afectando significativamente su funcionamiento diario. La falta de un diagnóstico temprano puede llevar a una cronificación de los síntomas, dificultando la intervención efectiva.

Biederman et al. (2011) identifican que la falta de un diagnóstico oportuno del trastorno por déficit de atención e hiperactividad *(TDAH)* está vinculada con la permanencia de los síntomas en la edad adulta, lo que implica desafíos adicionales en el ámbito laboral y social.

Kessler et al. (2005) señalaron que, aunque muchos trastornos mentales comienzan en la infancia o en la adolescencia, una proporción considerable de casos nuevos emerge en la adultez. La falta de detección temprana en estas etapas puede resultar

en una mayor carga de enfermedad y complicaciones asociadas.

Hirshfeld-Becker y Biederman (2002) subrayaron la relevancia de actuar de manera temprana en niños con riesgo de presentar trastornos de ansiedad, proponiendo que una identificación precoz permite alterar el desarrollo del trastorno y favorece un mejor pronóstico en el futuro.

2.2.3. Repercusiones en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez

El diagnóstico e intervención psicológica en mujeres adultas jóvenes con antecedentes de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia es un área que requiere atención especializada debido a las repercusiones que este trastorno puede tener en la vida adulta. La hipersensibilidad social en la infancia, caracterizada por una respuesta exagerada a estímulos sociales, puede manifestarse en la adultez como ansiedad social, afectando distintos contextos de la vida de una persona.

Diversas investigaciones han evidenciado que la ansiedad social originada en la infancia puede mantenerse durante la adultez si no se aborda oportunamente. En este sentido, Schwartz, Snidman y Kagan (1999) encontraron que los adolescentes que habían mostrado un temperamento inhibido en etapas tempranas presentaban niveles más elevados de ansiedad social, lo que indica una posible persistencia del trastorno a lo largo del desarrollo. Esta persistencia puede influir negativamente en la funcionalidad emocional y laboral de las mujeres adultas jóvenes.

En el plano emocional, la presencia de hipersensibilidad social no intervenida puede derivar en una autoestima disminuida, percepciones de ineficacia personal y complicaciones en la interacción con los demás. Coplan y Weeks (2010) argumentaron que tanto la timidez como las limitaciones en el uso funcional del lenguaje durante la niñez se relacionan con dificultades en la adaptación socioemocional, las cuales pueden mantenerse en la adultez. Este tipo de complicaciones tiende a expresarse mediante la evasión de escenarios sociales, reduciendo las posibilidades de crecimiento tanto a nivel personal como profesional.

En el ámbito laboral, las mujeres con antecedentes de sensibilidad social elevada podrían experimentar obstáculos importantes. La ansiedad en contextos que exigen interacción interpersonal —como entrevistas, exposiciones o dinámicas grupales— puede afectar su desempeño y restringir su progreso profesional. A ello se suma la sobrecarga emocional que implica manejar esta ansiedad, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar agotamiento u otros trastornos vinculados a la salud mental. Un estudio realizado por Biederman et al. (2011) indicó que el *TDAH* persistente en la adultez está relacionado con dificultades laborales, lo que sugiere que otros padecimientos de inicio en la niñez, entre ellos la hipersensibilidad social, podrían tener efectos similares.

La intervención temprana es crucial para mitigar estas repercusiones. Hirshfeld-Becker y Biederman (2002) enfatizaron lo importante de la atención temprana en niños en riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, subrayando que enfoques como la terapia cognitivo-conductual resultan eficaces en la disminución de

síntomas ansiosos y en la prevención del agravamiento del trastorno. En el caso de mujeres jóvenes adultas, este tipo de intervención ha demostrado ser útil para afrontar la ansiedad social, facilitando una mayor estabilidad emocional y un mejor desempeño en contextos laborales.

Desde el área de la salud mental los profesionales deben reconocer lo significativo de abordar el trastorno de hipersensibilidad social desde una perspectiva de género, considerando las experiencias únicas de las mujeres y cómo estas pueden influir en la manifestación y manejo del trastorno. La puesta en marcha de programas de intervención que conjunten tanto las habilidades sociales como las estrategias de afrontamiento puede ser beneficiosa para mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

2.3 Clasificaciones de las enfermedades y estadísticas

El diagnóstico de las enfermedades mentales se ha basado principalmente en criterios clínicos, esto debido a que, se carece de estudios de laboratorio, de imagen o de electrofisiología que sean lo suficientemente definitivos por sí solos para identificar los trastornos mentales primarios. Esta carencia es especialmente notoria en los trastornos afectivos y en los del desarrollo infantil, donde los estudios paraclínicos no respaldan de manera concluyente el diagnóstico. No obstante, estos análisis se realizan con el propósito de descartar la presencia de trastornos comórbidos o de establecer un diagnóstico diferencial preciso. En este contexto, resulta fundamental destacar uno de los avances más significativos en los entornos

de la psicología y la psiquiatría, como la definición de criterios clínicos objetivos para la clasificación e identificación de distintos trastornos mentales.

En el plano internacional, los estándares diagnósticos de mayor reconocimiento y aceptación derivan del *DSM* y del *CIE*, los cuales proporcionan un marco estructurado para la evaluación y diagnóstico en salud mental. Estos criterios proporcionan un marco sustancial que guía a los profesionales en la identificación precisa y la clasificación de los trastornos mentales.

El *DSM* constituye un eje fundamental para clasificar y comprender las condiciones de salud mental. Este manual es ampliamente empleado por especialistas en psicología y psiquiatría en regiones como Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico. Su finalidad esencial es proporcionar una clasificación oficial y consensuada de los trastornos mentales, utilizando un lenguaje uniforme que permita estandarizar tanto el diagnóstico clínico como las intervenciones terapéuticas en el ámbito de la salud mental. Asimismo, este manual ha superado las barreras lingüísticas, consolidándose como una referencia global en ámbitos académicos, de investigación y legal, como sostienen González y Álvarez (2022).

Además, el DSM se ha consolidado como una herramienta de referencia fundamental para la identificación y categorización de los trastornos mentales, extendiendo su influencia más allá del país en el que fue desarrollado, Estados Unidos, sino también en otras regiones del mundo, incluyendo Europa y Asia, tal como lo señalan Kawa y Giordano (2012). Esta influencia global subraya su impacto

significativo en la comprensión y abordaje de la salud mental a nivel internacional.

La 5ta. edición revisada del DSM (*DSM-5-TR),* que se publicó en marzo del 2022, establece un sistema de clasificación que busca organizar las enfermedades mentales en categorías diagnósticas, fundamentadas en los síntomas y en el curso de la enfermedad. Este manual introdujo nuevos trastornos, como el Trastorno Disruptivo del Estado de Ánimo, eliminó otros, como el duelo dentro de los trastornos depresivos, y modificó algunos términos, como el cambio de "retraso mental" a "discapacidad intelectual" (Regier et al., 2013). Uno de los avances más significativos introducidos en el DSM-5 fue la incorporación de la sensibilidad cultural, lo que se materializó con la adición del capítulo denominado "Formulación Cultural". Este enfoque contribuye a una mayor precisión en el diagnóstico al considerar los significados de las experiencias individuales dentro del contexto de la diversidad cultural.

Paralelamente, la undécima edición de la CIE *(CIE-11),* presentada por la OMS en 2019, constituye una herramienta esencial para la catalogación, notificación y agrupación de diversas condiciones, además de signos, síntomas y factores que afectan a la salud. Este compendio abarca estados o categorías destinadas a incluir enfermedades, condiciones y trastornos vinculados a la salud, así como las causas extrínsecas de enfermedad o fallecimiento. Además, integra una amplia variedad de señales, síntomas, resultados clínicos atípicos, quejas y factores sociales, todos relevantes para el contenido de los registros sanitarios.

En consecuencia, la CIE se configura como una herramienta sumamente versátil, capaz de organizar los datos recopilados bajo diferentes categorías como "Causa de la muerte", "Diagnósticos", "Motivos de ingreso", "Afecciones o trastornos tratados" y "Motivos de consulta". Estas categorías son de uso frecuente en los registros de salud y en la elaboración de estadísticas relevantes (OMS, 2019/2021). Es relevante destacar que la CIE utiliza categorías diagnósticas que guardan una notable semejanza con aquellas presentes en el DSM-5-TR. Esta notable similitud sugiere un progreso hacia la estandarización y sistematización del diagnóstico de enfermedades mentales a nivel global.

De acuerdo con este enfoque, Lara (2014) sugiere que el diagnóstico no se limita únicamente a la identificación de una enfermedad a través de sus signos y síntomas, sino que también involucra la conclusión que se obtiene al finalizar dicho proceso. En términos generales, para el diagnóstico de diversas enfermedades, se recurre a dos modelos distintos que permiten abordarlas desde perspectivas complementarias: primeramente, el enfoque etiológico se fundamenta en identificar la causa subyacente del padecimiento. Este método es especialmente efectivo al tratarse de enfermedades con bases infecciosas o cromosómicas, ejemplificadas por patologías como las enfermedades infecciosas o cromosómicas.

No obstante, en el contexto de los trastornos mentales, este enfoque solo resulta aplicable en situaciones particulares. Por ejemplo, se puede establecer una relación causal en pacientes diagnosticados con trastorno por estrés postraumático, así como en aquellos que presentan un deterioro cognitivo severo, ya sea debido al VIH

o a la enfermedad de Alzheimer. Por otro lado, el modelo sintomático se orienta hacia el análisis meticuloso de los síntomas manifestados por el paciente, permitiendo así la formulación de un diagnóstico preciso.

En el ámbito de los trastornos mentales, esta modalidad adquiere especial importancia, ya que se reconoce que su origen es multifactorial, influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se considera que tanto la genética como el entorno tienen un papel crucial en la aparición de estos trastornos. No obstante, ni el componente genético por sí solo ni el contexto ambiental son determinantes exclusivos en la manifestación de un trastorno mental.

En este sentido, puede observarse que ambos enfoques, el etiológico y el sintomático, ofrecen perspectivas valiosas para el diagnóstico de enfermedades, especialmente en el ámbito de la salud mental, donde la interacción de factores tanto biológicos como ambientales es crucial para comprender la complejidad de los trastornos mentales (Kendler, 2005).

2.3.1 Factores asociados a las condiciones de salud mental

Durante los últimos siglos se han desarrollado múltiples enfoques para conceptualizar la salud y la enfermedad, los cuales, con fines heurísticos, pueden agruparse en tres perspectivas fundamentales: la biomédica, la comportamental y la socioeconómica. Cada uno de estos enfoques está vinculado a un contexto histórico específico, caracterizado por determinadas condiciones sociales, económicas y políticas que han configurado, de manera consecuente, las

definiciones de lo que se considera sano y enfermo.

Según Gómez (2002), el enfoque biomédico es el legado de la tradición biologicista y empirista propia de la medicina occidental, donde la enfermedad se entiende como consecuencia de factores anatómicos, fisiológicos o influencias externas que alteran el funcionamiento orgánico. En este modelo, la intervención está enfocada en la curación, entendida como una corrección de los aspectos anatómicos y fisiológicos a través de un enfoque directo y vertical. Desde la perspectiva biomédica, la salud mental se basa en un monismo biologicista que reduce los aspectos mentales a procesos biológicos. En este enfoque, se entiende que la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están influenciados y determinados por causas físicas (Guinsberg, 2001; Rogers, 2010).

Desde la década de 1960, se observa una transformación en los perfiles de morbimortalidad en los países en desarrollo. Las enfermedades infecciosas, que hasta ese momento eran las principales preocupaciones de las agencias de salud, comenzaron a ser reemplazadas por enfermedades crónicas (como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares). Según Flores (2005), debido a su alta prevalencia y carga de enfermedad, estas enfermedades se convirtieron rápidamente en el nuevo foco de atención, impulsando la adopción de un enfoque renovado para entender los procesos de salud-enfermedad, el cual se centró en aspectos comportamentales. Los factores ambientales juegan un papel crucial en la explicación y modificación de la conducta humana. Se sostiene que es posible "modelar" la conducta si se comprenden las leyes que la rigen y se alteran

las condiciones del entorno que influyen en ella. Además, se reconoce la importancia de las dimensiones mentales en la explicación del comportamiento, considerando lo mental como estructuras y procesos cognitivos (que no son directamente observables) que determinan cómo las personas sienten, piensan y actúan. En este sentido, se argumenta que los trastornos mentales están asociados con patrones distorsionados o irracionales de pensamiento, como los esquemas desadaptativos y las distorsiones cognitivas, que ocasionan desequilibrios en el comportamiento o problemas emocionales (Beck, 2000; Vallejo et al., 2008).

Desde 1980, comenzaron a surgir críticas a los enfoques biomédicos, señalando que estos se centran principalmente en la enfermedad, pero no abordan de manera integral la salud. En respuesta, se desarrolló un creciente interés por analizar las estructuras y modelos sociales que facilitan que los individuos puedan disfrutar de una buena salud. Este giro teórico dio lugar a la consolidación del enfoque socioeconómico, que pone énfasis en los determinantes sociales de la salud y en cómo los factores socioeconómicos impactan en el bienestar de las personas (OMS, 2005). Desde la óptica del enfoque socioeconómico, lo mental se comprende de manera dialéctica, entendiendo la interacción intrínseca entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el entorno material y la vida cultural (Rogers, 2010). En este marco, las condiciones objetivas en las que se encuentra una persona son vistas como causantes, y no como consecuencias, de sus modos subjetivos de ser y pensar. Así, la salud mental se concibe de forma recursiva, vinculada a la noción de capital global, enmarcada dentro de los derechos humanos y el desarrollo

integral de la persona (Ministerio de la Protección Social, 2007); el bienestar mental es conceptualizado como un problema de índole política y económica, condicionado por factores sociales más amplios. Estos factores están relacionados con la situación económica, las condiciones ambientales en las que las personas residen, y los recursos accesibles a ellas (Rogers, 2010). En este modelo socioeconómico se ha alojado la concepción ´Modo de vida´ como un componente esencial en la dinámica de los procesos de salud - enfermedad. Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), las condiciones sociales que afectan directamente la salud de los individuos no dependen exclusivamente de sus decisiones personales. Por lo tanto, la salud de una persona está influenciada por factores sociales, económicos y políticos que van más allá de su control individual.

2.3.2 Factores predisponentes y mantenimiento en la adultez

Existen múltiples factores que actualmente inciden en las condiciones de salud mental de la población, y desde una perspectiva multifactorial, estas se vinculan tanto a condiciones biológicas (genéticas y ambientales) como psicosociales (económicas, culturales y demográficas). La interacción de estos factores puede afectar de manera distinta a individuos, familias y grupos sociales. Su efecto en la salud mental resulta especialmente relevante en etapas críticas del desarrollo vital y, en muchos casos, puede extenderse más allá del individuo, influyendo también en generaciones posteriores.

2.3.2.1 Factores biológicos

Por ejemplo, la presencia de trastornos mentales en los padres durante las primeras etapas del desarrollo infantil puede incrementar la probabilidad de que los hijos experimenten síntomas de depresión o ansiedad en fases posteriores de su vida e incluso en sus propios descendientes. No obstante, el afecto estable y el respaldo emocional dentro del entorno familiar pueden actuar como factores protectores frente a estos riesgos (Hoefnagels, 2005; Beardslee, Solantaus & Van Doesum, 2005).

2.3.2.2 Factores psicosociales

Existen también otros factores de riesgo vinculados a antecedentes de comportamientos problemáticos y a la presencia de trastornos, entre los que se incluyen los episodios depresivos en edades tempranas, así como el conflicto constante y la falta de organización dentro del núcleo familiar; pérdidas personales-duelo; eventos de elevada tensión; soledad; abuso o abandono de menores, etc. (Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2005).

2.4 Trastornos de la salud mental

Los trastornos de salud mental suelen denominarse también como problemas de salud mental; Sin embargo, este último concepto posee un significado más amplio, ya que incluye no solo a los trastornos clínicos, sino también a las discapacidades psicosociales y otros estados mentales caracterizados por una angustia intensa, limitaciones funcionales o conductas de riesgo, como las autolesiones. Aunque comúnmente se supone que los cambios en la personalidad, el pensamiento o el

comportamiento derivados de un trastorno mental, en realidad pueden estar motivados por múltiples causas distintas.

First (2015) plantea que, si bien todas las causas que afectan la salud mental involucran al sistema nervioso, pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los trastornos mentales en sí mismos, los efectos farmacológicos, las enfermedades que impactan directamente el cerebro y los trastornos sistémicos. Los trastornos mentales suelen iniciarse en la adolescencia o adultez temprana, presentan recaídas y remisiones, y afectan notablemente el desempeño personal, familiar y laboral (Kessler et al., 2005; Yonkers et al., 2003). Asimismo, ciertos medicamentos pueden alterar el estado mental por intoxicación, abstinencia o efectos adversos. Además, enfermedades neurológicas como Alzheimer, Parkinson o accidentes cerebrovasculares pueden provocar alteraciones cognitivas y conductuales. Finalmente, condiciones sistémicas como insuficiencia renal, lupus o alteraciones tiroideas también pueden comprometer la salud cerebral.

2.4.1 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

Desde 2019, se estima que cerca de una de cada ocho personas en el mundo —alrededor de 970 millones— presenta algún trastorno mental, siendo los más comunes la ansiedad y la depresión (Global Health Data Exchange, 2022). Estos aumentaron notablemente en 2020 tras la pandemia de COVID-19, con incrementos del 26 % en ansiedad y del 28 % en depresión grave (OMS, 2022). Los trastornos de ansiedad, los más frecuentes a nivel global, afectan a más mujeres y suelen

iniciarse en edades tempranas, provocando gran discapacidad y altos costos sociales (OMS, 2023). Por su parte, los trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista, el TDAH o el desarrollo intelectual, surgen en la infancia y afectan funciones cognitivas, motoras y sociales esenciales para la vida diaria (OMS, 2019).

El Capítulo 06 de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11ª edición (CIE-11) se titula “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo” y agrupa un amplio rango de categorías diagnósticas. Este capítulo incluye desde los trastornos del neurodesarrollo, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios, hasta condiciones como la catatonia, los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y los relacionados con el miedo. Asimismo, se contemplan los trastornos obsesivo-compulsivos, los vinculados al estrés, disociativos, de la conducta alimentaria, de eliminación, del control de los impulsos, de la personalidad y parafílicos. También incorpora los trastornos por uso de sustancias o comportamientos adictivos, neurocognitivos, los asociados al embarazo, parto o puerperio, los factores psicológicos que influyen en enfermedades clasificadas en otros apartados y los síndromes mentales o conductuales secundarios a otras enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Esta clasificación proporciona un marco integral para la identificación y el diagnóstico de diversos trastornos mentales y del comportamiento, facilitando una comprensión más profunda de estas condiciones y orientando las intervenciones terapéuticas adecuadas.

2.4.2 Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo

Los trastornos de ansiedad comprenden un grupo de alteraciones psiquiátricas que pueden presentarse a lo largo de diferentes momentos de ansiedad del ciclo vital, incluyendo la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Estas afecciones se caracterizan por provocar un nivel elevado de malestar y pueden impactar significativamente en el funcionamiento diario del individuo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Además, tienen un impacto significativo en áreas emocionales, sociales y, en ocasiones, académicas. Cuando no se abordan oportunamente, estos trastornos pueden evolucionar de manera desfavorable (APA, s.f.). En este mismo sentido la ansiedad es una respuesta espontánea, natural ante situaciones de estrés o de amenaza; sin embargo, cuando se presenta de manera excesiva o persistente, puede interferir notablemente en la vida cotidiana. Los trastornos de ansiedad tienen el potencial de comprometer de manera importante el rendimiento en contextos laborales, escolares y sociales. Asimismo, este tipo de afecciones puede obstaculizar el establecimiento y mantenimiento de vínculos saludables con familiares y personas cercanas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Según Birmaher (2000), los niños, adolescentes e incluso adultos que presentan algún trastorno de ansiedad suelen desarrollar un estilo de pensamiento caracterizado por la exageración, el negativismo, la irracionalidad y una escasa capacidad de autorregulación. La cognición influye significativamente en la generación de estados emocionales, entre los cuales destacan el miedo, la

vergüenza y la preocupación excesiva. En este sentido, la tendencia a la exageración constituye una de las principales distorsiones cognitivas observadas en niños con estos trastornos. Gold (2006) señala que dichas emociones son inherentes a la experiencia humana; sin embargo, lo que determina su carácter patológico es la intensidad con la que se presentan, la frecuencia con la que ocurren o la combinación de ambas.

Desde esta perspectiva, una interpretación desproporcionada de los estímulos cotidianos puede desencadenar respuestas emocionales desadaptativas. Por ejemplo, un ruido nocturno puede traducirse en la convicción de que "algo malo me ocurrirá"; una calificación más baja de lo esperado puede generar la certeza de que "he perdido el ciclo escolar"; la partida temporal de los padres debido a responsabilidades laborales puede ser percibida como un abandono inminente; la observación de las olas del mar puede generar la creencia de que "seré arrastrado"; mientras que una discusión entre hermanos podría reforzar la idea de que "me quedaré solo".

2.4.2.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia

Los trastornos de ansiedad en la infancia han sido reconocidos en las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-5, las cuales destacan varios trastornos de ansiedad que se inician en estas etapas. La CIE-10 identificó trastornos emocionales con inicio en la infancia, como el trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de hipersensibilidad social, entre otros (OMS, 2016). En

el DSM-5-TR, se clasifican solo el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno reactivo de vinculación, mientras que otros trastornos de ansiedad se diagnostican con los mismos criterios tanto en niños como en adultos, favoreciendo un enfoque clínico uniforme en su evaluación y tratamiento (APA, 2022). Los trastornos de ansiedad abarcan desde el trastorno de pánico hasta el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (APA, 2022).

En la CIE-11, los trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo han sido reestructurados en una nueva categoría bajo el capítulo 06 (código 6B), lo que permite una mejor diferenciación diagnóstica. A diferencia de la CIE-10, que los clasificaba en trastornos neuróticos, esta reorganización incluye trastornos como el de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, anteriormente ubicados en una sección específica para la infancia (OMS, 2019). Esta nueva clasificación resalta las características esenciales de cada trastorno, enfocándose en el estímulo que desencadena la ansiedad o el miedo (Kogan, 2017).

La activación fisiológica y la conducta de evitación están presentes en todos los trastornos de ansiedad, aunque varían en intensidad. El criterio esencial para diferenciar cada diagnóstico es el foco de aprehensión. En la CIE-11 (OMS, 2019), los trastornos de ansiedad y los relacionados con el miedo se agrupan en el capítulo 06 (código 6B), e incluyen el trastorno de ansiedad generalizada (6B00), trastorno de pánico (6B01), agorafobia (6B02), fobia específica (6B03), trastorno de ansiedad social (6B04), trastorno de ansiedad por separación (6B05) y mutismo selectivo (6B06).

2.5 Metodologías diagnósticas en salud mental

Las metodologías diagnósticas en salud mental comprenden un conjunto de procedimientos y herramientas que permiten a los profesionales evaluar y comprender el estado psicológico de los individuos. La selección de los métodos adecuados es esencial para garantizar diagnósticos precisos, juega un papel crucial del plan del tratamiento, evaluación de la efectividad de las intervenciones y la investigación en psicología clínica.

2.5.1 Evaluación clínica y herramientas psicométricas

El término "evaluar" proviene del francés *évaluer*, derivado de *value* ('valor') en francés antiguo, que a su vez tiene origen en el latín *valeo, valdere* ('ser fuerte, tener valor') y de la raíz indoeuropea *wal* ('ser fuerte'). En el contexto de la psicología, la evaluación psicológica clínica se considera una subdisciplina tanto de la Psicología Científica como de la Clínica. Esta área integra conocimientos de diversos campos como la psicología diferencial, la psicopatología, la neuropsicología, y la psicología aplicada, entre otros. El desarrollo de sus técnicas ha sido impulsado por los avances en psicometría, psicología experimental y matemática, que han permitido la creación de métodos y herramientas necesarias para el análisis del comportamiento humano (Fernández-Ballesteros, 2017).

2.5.1.1 Evaluación psicológica clínica de la ansiedad en la infancia

Las emociones como la tristeza, el miedo y la ansiedad son respuestas emocionales

naturales y se experimentan en diversas etapas del desarrollo humano. La causa de estas emociones, su forma de manifestarse y las funciones adaptativas que cumplen, evolucionan a medida que la persona crece y transita de la infancia a la adolescencia. En su manifestación patológica, los trastornos de ansiedad o afectivos suelen ser una expresión exagerada de los miedos o experiencias comunes en la infancia. Por lo tanto, la manera en que se desarrollan estos trastornos está influenciada por la etapa del desarrollo en la que se presentan (Ruiz, 2005). A este respecto, es importante reconocer que la intensidad y el contexto en que estas emociones se experimentan pueden variar, lo que resulta en una respuesta emocional adecuada para el desarrollo del individuo.

Sin embargo, la distinción entre lo normal y lo patológico se vuelve especialmente compleja en el caso de la ansiedad, ya que esta emoción desempeña funciones esenciales para la adaptación. De hecho, la ansiedad puede ser tanto un mecanismo protector ante situaciones de peligro como una respuesta desproporcionada cuando se presenta de manera excesiva o incontrolada (Beck, 2016). Esta dualidad hace que el proceso de diagnosticar y evaluar los trastornos de ansiedad sea desafiante, dado que debe considerarse tanto el contexto de la respuesta emocional como su impacto en la funcionalidad del individuo.

En la infancia, la distinción entre lo normal y lo patológico depende de la capacidad del niño para superar la ansiedad como emoción y mantenerse libre de ella una vez que la situación que la generó ha cesado; este proceso se conoce como flexibilidad en la adaptación afectiva (Klein, 2002).

Según Schaefer (1999), la evaluación de la ansiedad en niños debe considerar varios factores clave. Primero, la motivación individual influye en la respuesta ante situaciones percibidas como amenazantes, por lo que es esencial que el niño pueda expresar sus emociones y comprenderlas. Segundo, la fase evolutiva es relevante, ya que las manifestaciones de ansiedad deben ser evaluadas en función de su frecuencia, intensidad y duración, para determinar si son apropiadas para la etapa de desarrollo del niño o si son excesivas. Finalmente, el ambiente en el que el niño se encuentra también afecta su respuesta emocional. Un entorno de apoyo promueve el manejo adecuado de la ansiedad, mientras que un entorno que minimiza el problema puede perjudicar el desarrollo emocional del niño (Ruiz, 2005).

2.5.2 Evaluación psicológica clínica en adultos

Según Fernández-Ballesteros (2017), la evaluación psicológica clínica en adultos se concibe como un proceso dentro del ámbito clínico o sanitario, orientado a la exploración y análisis de trastornos o enfermedades mentales en pacientes adultos, desde una perspectiva científica de la psicología. Este proceso se lleva a cabo mediante diversas técnicas, tales como entrevistas clínicas, técnicas exploratorias estandarizadas y observaciones conductuales, entre otras, que facilitan la recopilación de información detallada y precisa. El objetivo es obtener una descripción confiable y objetiva de los síntomas y manifestaciones clínicas, permitiendo una comprensión adecuada del estado mental del paciente y la formulación de diagnósticos clínicos apropiados.

La evaluación psicológica clínica tiene como objetivo principal la toma de decisiones que permitan establecer un diagnóstico funcional psicopatológico adecuado, a fin de definir la intervención más efectiva para mejorar la salud mental, ajustar la conducta y promover la adaptación al entorno para incrementar la capacidad y la satisfacción personal (Carrasco et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2017; Wood et al., 2002). Este proceso inicia con el análisis de cada caso, donde es clave seleccionar herramientas sensibles al cambio terapéutico, ya que, al concluir la intervención, se debe poder evaluar los cambios para medir la efectividad del tratamiento.

Carrasco et al. (2013) destacan que los objetivos de la evaluación en adultos incluyen: establecer un diagnóstico preciso de las conductas problemáticas, clasificar los problemas según sistemas internacionales, identificar las variables involucradas en el origen y mantenimiento del trastorno, y evaluar los resultados de la intervención a lo largo del proceso. El evaluador clínico, según Fernández-Ballesteros et al. (2003), debe llevar a cabo una serie de actuaciones sistemáticas y dinámicas para obtener información relevante, lo que implica un continuo proceso de toma de decisiones, donde las hipótesis diagnósticas iniciales se contrastan y ajustan conforme se integra nueva información.

Según Miralles (sf), la evaluación psicológica enfocada al diagnóstico es un proceso sistemático que sigue una secuencia específica de pasos. Este procedimiento ha sido ampliamente investigado y se aborda desde varios modelos teóricos. El proceso comienza cuando un cliente o usuario solicita la intervención de un

profesional de la psicología, lo que involucra a una persona o un grupo particular (siendo el propio evaluado, en algunos casos, el usuario). A partir de esa solicitud, se inicia un conjunto de fases que guiarán la toma de decisiones a lo largo del proceso que, siguen la misma lógica que cualquier otro tipo de investigación en el ámbito del conocimiento científico. Así, el proceso de evaluación se puede entender como un ciclo que consiste en formular y contrastar la hipótesis, tal como ocurre en otras áreas científicas.

Según Fernández-Ballesteros (2017), antes de definir las fases del proceso de evaluación, es fundamental considerar los diversos objetivos científicos que guían la evaluación psicológica. Estos objetivos abarcan aspectos clave como la descripción, clasificación, predicción, explicación y control de la conducta del individuo.

En este sentido, la evaluación psicológica se lleva a cabo en función de diversas metas fundamentales, entre las que destacan: el diagnóstico, orientado a identificar y delimitar un trastorno o problema psicológico; la orientación, cuyo propósito es guiar al individuo hacia estrategias o recursos adecuados; la selección, aplicada en contextos en los que se requiere determinar la idoneidad de un sujeto para una actividad específica; y, finalmente, el tratamiento o cambio, que busca intervenir y modificar las conductas o estados emocionales del individuo con base en los hallazgos obtenidos en el proceso evaluativo (Fernández-Ballesteros, 2017).

En la primera meta, el diagnóstico, consiste en asignarle al comportamiento de un

sujeto una clasificación o categoría según el sistema de clasificación utilizado. Aunque el diagnóstico no siempre lleva a un tratamiento específico, generalmente está acompañado de un pronóstico, que se refiere a una predicción sobre el curso probable del caso (Haynes et al., 2011).

En relación con eso, los objetivos de evaluación diferentes requieren procedimientos de intervención distintos y únicos. Fernández-Ballesteros (2017) indica que, mientras el diagnóstico, la orientación y la selección requieren predecir el comportamiento y pueden lograrse a través de métodos observacionales y correlacionales, el cambio de conducta implica la planificación, implementación y evaluación de intervenciones, lo cual demanda enfoques experimentales o cuasiexperimentales. Según Fernández-Ballesteros (2017), cuando los objetivos de la evaluación psicológica son diagnóstico, orientación o selección, la verificación de hipótesis se realiza a través de la aplicación de técnicas e instrumentos de evaluación, lo cual se organiza en cuatro etapas fundamentales y se caracteriza por su enfoque descriptivo-predictivo, ya que busca identificar y prever patrones conductuales en función de los datos obtenidos.

Por otro lado, cuando los objetivos de la evaluación están dirigidos a la intervención y el cambio, el proceso se vuelve más extenso y complejo. En este caso, se comienza con una fase de preevaluación o formulación del caso, donde se plantean hipótesis iniciales sobre el problema del individuo. Luego, se realiza una nueva formulación de hipótesis que se contrastará experimentalmente mediante la aplicación del tratamiento, su valoración y el seguimiento de los efectos de la

intervención. Así, el proceso predictivo antecede al interventivo, el cual incluye la fase interventivo-valorativa (Fernández-Ballesteros, 2017).

2.6 La personalidad en el diagnóstico integral

Comprender procesos y reacciones particulares de una persona con enfermedad ante su malestar, no se origina del entendimiento convencional del evaluador clínico; sin embargo, con todo, ese entendimiento le será tan valioso como lo son sus conocimientos en anatomía, fisiología o bioquímica. La personalidad influye en los estilos individuales de vivir y enfrentar la enfermedad (Jiménez & Pino, 2018).

Distinguir con precisión entre una enfermedad mental y una conducta considerada dentro de la normalidad no siempre es una tarea sencilla. Por ejemplo, diagnosticar un trastorno de ansiedad en una persona que experimenta preocupación o estrés debido a su entorno laboral puede representar un desafío, dado que dichas emociones son una parte integral de la experiencia diaria de la mayoría de las personas en algún punto de sus vidas. De manera similar, la línea entre la presencia de algunos rasgos de personalidad, como la meticulosidad o el orden, y el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, puede ser difusa y requerir un análisis exhaustivo sustentado en criterios diagnósticos estandarizados (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Según First (2015), resulta más preciso conceptualizar la salud mental y la enfermedad mental como un continuo, en lugar de categorías dicotómicas. La

delimitación entre ambas condiciones suele establecerse con base en tres criterios fundamentales: a) la severidad de los síntomas, b) la duración de estos y c) el impacto que tienen en el funcionamiento diario de la persona. Durante la evaluación inicial, el profesional clínico debe determinar si la sintomatología presentada corresponde a un trastorno mental o si, por el contrario, tiene un origen de índole física, lo que requiere un análisis integral y multidimensional.

2.7 Clasificación de trastornos de la personalidad

Un trastorno de la personalidad se caracteriza por un patrón duradero de pensamientos y comportamientos que se apartan considerablemente de las normas socioculturales esperadas para la persona. Este patrón, de naturaleza generalizada e inflexible, se mantiene estable a lo largo del tiempo, con manifestaciones que suelen iniciar en la adolescencia o en la adultez temprana, generando un impacto negativo en el bienestar personal y funcionalidad del sujeto (APA, 2022).

Asimismo, la misma fuente señala que los rasgos de personalidad corresponden a patrones duraderos en la manera de percibir, interpretar y relacionarse tanto con el entorno como con la propia persona. Sin embargo, cuando dichos rasgos presentan rigidez y desadaptación, ocasionando un malestar subjetivo significativo o una afectación en el desempeño cotidiano, pueden constituir un trastorno de la personalidad (APA, 2022).

El DSM-5-TR clasifica diversos trastornos de la personalidad, diferenciados según patrones distintivos de pensamiento, emoción y comportamiento (APA, 2022). A

continuación, se presentan algunos de estos trastornos:

El *trastorno de la personalidad paranoide* (301.0, F60.0) se caracteriza por un patrón persistente de desconfianza, interpretando las acciones de los demás como malintencionadas. El *trastorno de la personalidad esquizoide* (301.20, F60.1) se observa en individuos con un marcado distanciamiento social y una expresión emocional limitada. El *trastorno de la personalidad esquizotípica* (301.22, F21) está definido por un malestar en las relaciones íntimas, distorsiones cognitivas y comportamientos excéntricos. El *trastorno de la personalidad antisocial* (301.7, F60.2) implica un patrón de desprecio por los derechos ajenos.

El *trastorno límite* (301.83, F60.3) se caracteriza por inestabilidad en las relaciones interpersonales y una impulsividad notable. El *trastorno histriónico* (301.50, F60.4) se distingue por una emotividad excesiva y una constante búsqueda de atención. El *trastorno narcisista* (301.81, F60.81) presenta un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. El *trastorno evitativo* (301.82, F60.6) se manifiesta como inhibición social, sentimientos de inadecuación y sensibilidad extrema ante la evaluación negativa.

El *trastorno dependiente* (301.6, F60.7) se caracteriza por sumisión y una necesidad constante de cuidado. El *trastorno obsesivo-compulsivo* (301.4, F60.5) implica una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo y el control. El *cambio de personalidad debido a una afección médica* (310.1, F07.0) está relacionado con trastornos derivados de alteraciones fisiológicas, como una lesión cerebral.

Finalmente, existen categorías para *trastornos de la personalidad no especificados* (301.89, F60.89) y aquellos cuyo diagnóstico *no encaja en las categorías previamente definidas* (301.9, F60.9).

2.7.1 Características diagnósticas en un trastorno de la personalidad

Los trastornos de la personalidad según el DSM-5-TR pueden concebirse como dimensiones que reflejan espectros de disfunción en la personalidad, ubicándose en un continuo con otros trastornos mentales (APA, 2022). Dentro del enfoque categorial de clasificación, se identifican diversas características clínicas generales que definen un trastorno mental. En primer lugar, el Criterio A establece que debe existir un patrón persistente de experiencia interna y comportamiento que se desvía significativamente de las normas culturales del individuo. Este patrón debe manifestarse en al menos dos (o más) de las siguientes áreas:

- *Cognición.* Engloba las maneras en que el individuo se percibe a sí mismo, interpreta a los demás y comprende los eventos del entorno.
- *Afectividad.* Se refiere al rango, la intensidad, la variabilidad y la adecuación de las respuestas emocionales.
- *Funcionamiento interpersonal.* Hace alusión a las habilidades y dificultades en la interacción y relación con otras personas.
- *Control de impulsos.* Implica la capacidad para gestionar y regular impulsos y comportamientos de manera adecuada.

El *Criterio B* subraya que este patrón es inflexible y se manifiesta de forma omnipresente en diversas situaciones personales y sociales. El *Criterio C* establece que dicho patrón debe generar una pesadumbre de importancia clínica o causar un deterioro en áreas esenciales del funcionamiento, como en los ámbitos social y laboral. Asimismo, el *Criterio D* destaca que el patrón es duradero y consistente, comenzando al menos en la adolescencia o en los primeros años de la adultez. Finalmente, el *Criterio E* sugiere que este patrón duradero no puede interpretarse mejor como una expresión o resultado de otro trastorno mental.

Por lo anterior mencionado, los trastornos de la personalidad en el DSM-5-TR se comprenden desde enfoques tanto categoriales como dimensionales, lo que permite captar la complejidad y variabilidad de los patrones de disfunción de la personalidad. Estos enfoques facilitan una identificación más precisa de las manifestaciones patológicas dentro del ámbito de la salud mental (APA, 2022).

2.8 Trastornos de personalidad y prevalencia

Los trastornos de la personalidad tienen cuatro características claves: patrones de pensamiento distorsionados, respuestas emocionales problemáticas, control de impulsos alterados y dificultades interpersonales (APA, 2022). Estos trastornos se agrupan en tres clústeres según sus síntomas. El Clúster A incluye trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, caracterizados por aislamiento e incomodidad social. El Clúster B abarca los trastornos antisociales, límite, histriónico y narcisista, con comportamientos impulsivos y dificultades en las relaciones

interpersonales. El Clúster C incluye los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo, relacionados con ansiedad y control. Además, para cumplir con los criterios de diagnóstico de un trastorno de personalidad, es esencial que los patrones de comportamiento se presenten en la edad adulta, ya que el diagnóstico no se realiza antes de los 18 años. Según el DSM-5-TR, la prevalencia mediana de los trastornos de personalidad es de 3,6% para el Clúster A, 4,5% para el Clúster B, 2,8% para el Clúster C y 10,5% para cualquier trastorno de personalidad (APA, 2022).

Estos datos se basan en estudios como: la *Encuesta Nacional de Comorbilidad - Réplica* (NCS-R), que se llevó a cabo entre 2001 y 2003, recopilando datos de una muestra nacional de 10,000 residentes de hogares de habla inglesa en los Estados Unidos continentales. Por otro lado, la *Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas-III* (NESARC-III) se realizó en 2012-2013, al incluir una muestra representativa de 36,309 adultos en los Estados Unidos.

2.9 Desarrollo y curso de los trastornos de personalidad

Desde 2022 la APA define los trastornos de personalidad como patrones persistentes de pensamiento, conducta y vivencias internas que se apartan notablemente de las normas culturales esperadas. Dichos patrones, caracterizados por su rigidez, tienden a manifestarse en distintos contextos sociales y personales. Generalmente, se inician en la adolescencia o al comienzo de la adultez, manteniéndose estables a lo largo del tiempo. Estas manifestaciones suelen

generar malestar significativo o interferir en aspectos importantes del funcionamiento diario, como las relaciones sociales, laborales y personales.

La aparición y consolidación de los patrones disfuncionales de personalidad está influenciado por una combinación de factores genéticos, biológicos y ambientales. Estudios han sugerido que ciertas predisposiciones genéticas pueden aumentar la vulnerabilidad a desarrollar estos trastornos. Sin embargo, las experiencias tempranas, también desempeñan un papel crucial en su aparición. Por ejemplo, experiencias de trauma en la infancia guardan relación con una mayor predisposición a experimentar algún trastorno en la vida adulta.

La trayectoria clínica de los trastornos de personalidad se modula por la naturaleza del trastorno y los rasgos propios de cada individuo. Ciertos trastornos, como el límite de personalidad, tienden a presentar una atenuación sintomática conforme avanza la edad, en contraste, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva muestra una mayor persistencia en sus manifestaciones clínicas. Es importante destacar que, aunque los trastornos de personalidad son considerados patrones estables, con intervenciones terapéuticas adecuadas, es posible lograr progresos notables en la adaptación funcional y en la percepción subjetiva de la calidad de vida de los individuos afectados.

Cabanyes & Monge (2017) sostienen que los trastornos mentales se presentan en personas con una base genética que facilita la aparición de estos trastornos. Esta disposición hereditaria, en combinación con factores estresantes como conflictos

familiares o presiones laborales, puede influir en la manifestación de alteraciones mentales.

2.10 Atención tardía en la salud mental e impacto en la funcionalidad emocional y laboral

La atención tardía en la salud mental y condiciones relacionadas, como la hipersensibilidad social, ha sido objeto de estudio en diversas investigaciones. García y Pérez (2024) analizaron el impacto psicosocial en mujeres que recibieron intervención en la adultez derivado de un diagnóstico no atendido, encontrando que la falta de identificación temprana contribuyó a dificultades significativas en su bienestar emocional y adaptación laboral. Estas mujeres a menudo experimentan emociones persistentes de soledad y falta de conexión con los demás, lo que repercute de manera desfavorable su autoestima y salud mental.

Cafiero (2023) identificó factores asociados a la intervención tardía en trastornos, señalando que las manifestaciones clínicas en mujeres suelen ser menos evidentes debido a estrategias de camuflaje social. Esta capacidad para enmascarar síntomas puede llevar a diagnósticos erróneos o retrasados, exacerbando desafíos emocionales y laborales. La falta de una atención oportuna impide el acceso a intervenciones adecuadas, restringiendo la adquisición de competencias interpersonales y laborales esenciales para una participación adecuada en el entorno profesional.

Amar, Llanos y Acosta (2003) subrayaron el papel crucial de los factores protectores

en el bienestar mental, como el apoyo social y la resiliencia, que pueden mitigar los efectos negativos de un diagnóstico tardío. Sin embargo, en ausencia de una atención temprana, las oportunidades para fortalecer estos factores se ven reducidas, incrementando la vulnerabilidad a trastornos emocionales y dificultades en el ámbito laboral.

Góngora y Casullo (2009) llevaron a cabo una investigación comparativa enfocada en los valores, la autoestima y la inteligencia emocional., encontrando que individuos sin una atención temprana de condiciones como la hipersensibilidad social presentan menores niveles de autoestima e inteligencia emocional. Estas deficiencias afectan su capacidad para manejar el estrés y establecer relaciones interpersonales saludables en el entorno laboral, limitando su desempeño y crecimiento profesional.

La OMS en el 2022 enfatizó que el cuidado de la salud mental en el ámbito laboral es clave para el bienestar integral de los individuos. Una atención tardía puede resultar en una falta de adaptaciones adecuadas en el entorno laboral, aumentando el riesgo de estrés, agotamiento y otros problemas de salud mental. Además, la estigmatización y la discriminación pueden intensificarse, dificultando aún más la integración y satisfacción laboral.

López y Gómez (2011) proporcionaron pautas para la actuación con trabajadores con problemas de salud mental, enfatizando la urgencia de intervenciones tanto oportunas como específicas. Para casos de atención tardía, las intervenciones

pueden ser menos efectivas debido a la exposición prolongada a factores estresantes sin el apoyo adecuado, lo que complica la rehabilitación y reintegración laboral.

La Organización Internacional del Trabajo (2022) analizó los factores psicosociales presentes en el ámbito laboral, señalando que una atención tardía puede exacerbar riesgos como la sobrecarga laboral y el ausentismo Estos factores contribuyen a un deterioro en la salud mental y a una disminución en la productividad, afectando tanto al individuo como a la organización.

García y Gutiérrez (2023) evalúan la efectividad de las medidas para apoyar el reintegro laboral de personas con dificultades de salud mental, indicando que una atención tardía limita las opciones de intervención y reduce las probabilidades de un retorno exitoso. La falta de reconocimiento temprano de las necesidades específicas dificulta la implementación de estrategias de apoyo efectivas.

Montoya (2021) exploró el bienestar laboral como factor protector de los riesgos psicosociales, sugiriendo que entornos laborales que promueven el bienestar pueden mitigar algunos efectos negativos de un diagnóstico tardío. No obstante, sin una atención adecuada, es menos probable que los individuos accedan a estos entornos o se beneficien plenamente de ellos. La identificación y la intervención temprana son cruciales para promover el bienestar y la integración efectiva en el entorno laboral.

2.10.1 Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de

las personas

Los factores protectores son aspectos clave que facilitan la capacidad de las personas para enfrentar desafíos y preservar su bienestar emocional. En el ámbito de la salud mental, estos factores pueden ser tanto personales como colectivos, desempeñando un papel fundamental en la prevención y manejo de trastornos mentales. Según García et al. (2019), los factores protectores, tales como el apoyo social, la resiliencia personal y las estrategias de afrontamiento saludable, contribuyen significativamente a la estabilidad emocional y reducen la vulnerabilidad a enfermedades mentales.

De acuerdo con Góngora y Casullo (2009), concluyeron que tanto la inteligencia emocional como la autoestima actúan como factores protectores significativos en la salud mental; en consecuencia, los individuos que manifiestan niveles elevados de estos atributos muestran una mayor capacidad de adaptación y una menor incidencia de trastornos psicológicos.

Amar, Llanos y Acosta (2003) identifican factores protectores clave en la salud mental, resaltando el apoyo social y la resiliencia. Su estudio subraya que una red de apoyo sólido y la capacidad de adaptación a adversidades son esenciales para el bienestar psicológico. La Organización Mundial de la Salud (2022) resalta que un entorno laboral saludable es vital para el bienestar mental, destacando la seguridad en el trabajo, las oportunidades de desarrollo y un ambiente de apoyo.

García y Pérez (2024) investigan el impacto psicosocial del diagnóstico tardío del

trastorno del espectro autista en mujeres, concluyendo que estrategias de afrontamiento y redes de apoyo son cruciales para mitigar sus efectos negativos. López y Gómez (2011) propone pautas para actuar con trabajadores con problemas de salud mental, subrayando la importancia de ambientes laborales inclusivos y programas de bienestar para promover la salud mental de los empleados.

La Organización Internacional del Trabajo (2022) aborda los factores psicosociales laborales, destacando la importancia de un equilibrio entre la vida laboral y personal, y políticas de apoyo para proteger la salud mental de los trabajadores. García y Gutiérrez (2023) evalúan la efectividad de intervenciones para el retorno al trabajo, encontrando que los programas de reintegración y apoyo continuo son factores protectores claves para una recuperación exitosa.

2.10.2 Dificultades en la interacción social y adaptación laboral

Estudios recientes revelan que las personas que experimentaron hipersensibilidad social en la infancia enfrentan desafíos en la interacción social y la adaptación laboral durante la adultez, lo que impacta su bienestar emocional y desempeño profesional. Las dificultades incluyeron problemas en la comunicación, interpretación de señales no verbales y establecimiento de relaciones interpersonales, generando aislamiento y estrés. En el ámbito laboral, estos retos afectan la colaboración y el crecimiento profesional. Sin embargo, factores como las redes de apoyo social, el fomento de la autoconfianza y la inteligencia emocional, así como la creación de entornos laborales inclusivos demostraron ser elementos

clave para mitigar estos efectos y mejorar la calidad de vida.

2.10.2.1 Dificultades en la interacción social

Las investigaciones de García y Pérez (2024) revelaron que las personas que experimentaron hipersensibilidad social en la infancia enfrentaron desafíos significativos en la interacción social y la adaptación laboral durante la adultez. Estas dificultades afectaron su bienestar emocional y desempeño profesional, manifestándose en diversas áreas.

En cuanto a la comunicación, se presentaron problemas para interpretar señales no verbales y entender las sutilezas de la interacción social, lo que dificultó la comunicación efectiva con los demás. Además, se encontraron obstáculos al tratar de comprender y responder emocionalmente a los demás de manera convencional, lo que afectó la calidad de sus relaciones interpersonales. Asimismo, las personas tuvieron dificultades para iniciar y mantener amistades o relaciones cercanas, lo que llevó a sentimientos de aislamiento y soledad.

2.10.2.2 Adaptación laboral

En el ámbito laboral, García y Pérez (2024) revelaron que las personas enfrentaron varios desafíos. La comunicación en el trabajo fue uno de los aspectos más afectados, ya que las dificultades para interpretar señales no verbales y entender las sutilezas de la interacción social impactaron negativamente en el desempeño laboral. La empatía también presentó retos, ya que la incapacidad para comprender

y responder adecuadamente a las emociones de los compañeros dificultó la colaboración y el trabajo en equipo, elementos esenciales en muchos entornos laborales. Además, las dificultades para iniciar y mantener relaciones laborales cercanas limitarán las oportunidades de desarrollo profesional.

Estas dificultades llevaron a una menor satisfacción laboral y a un mayor riesgo de desempleo o subempleo. Es fundamental que los empleadores y compañeros de trabajo sean conscientes de estas posibles dificultades y brinden apoyo adecuado para facilitar la adaptación laboral de estas personas.

2.10.2.3 Factores protectores en la salud mental

A pesar de las dificultades mencionadas, estudios han revelado que ciertos factores protectores contribuyeron positivamente a la salud mental de estas personas:

Las redes de apoyo social jugaron un rol clave en el bienestar emocional de las personas. Tener una red de apoyo robusta, que abarcó a familiares, amigos y especialistas en salud mental, brindó un entorno seguro para expresar vivencias y obtener orientación. Este soporte facilitó la expresión de emociones y la obtención de consejos útiles, contribuyendo a una mejor gestión del estrés y la ansiedad. Estudios han demostrado que las redes de apoyo pueden ayudar a desarrollar resiliencia emocional, ofreciendo la fuerza necesaria para superar dificultades (Amar, Llanos & Acosta, 2003).

El desarrollo de una autoestima saludable y habilidades de inteligencia emocional

resultó esencial para la gestión de emociones y la resiliencia frente a desafíos sociales y laborales. Una autoestima sólida permitió a los individuos enfrentar adversidades con mayor confianza, mientras que la inteligencia emocional ayudó a entender y gestionar las propias emociones, así como la empatía hacia los demás. Estas competencias promovieron interacciones sociales más efectivas y una adaptación laboral más exitosa (Góngora & Casullo, 2009).

Además, los ambientes laborales inclusivos desempeñaron un papel crucial en la adaptación laboral y la reducción del estrés asociado a las interacciones sociales. Entornos de trabajo que promovieron la inclusión y la comprensión de la diversidad neurodivergente facilitaron la integración de individuos con diferentes necesidades y estilos de comunicación. La Organización Mundial de la Salud (2022) subrayó que estos entornos no solo favorecen a los trabajadores, sino que también incrementan la productividad y contribuyen a un ambiente laboral más positivo.

2.11 Intervención en salud mental

La intervención en salud mental, desde el enfoque biomédico, se enfoca principalmente en el tratamiento especializado de los trastornos mentales, siendo la farmacoterapia el tratamiento convencional, aunque en algunos casos se recurre a métodos como la terapia electroconvulsiva o incluso la psicocirugía (Guinsberg, 2007; Pedrosa, 2003). Desde una perspectiva de salud pública, el enfoque biomédico promueve la expansión de servicios especializados, aumentando la cantidad de profesionales, mejorando el acceso a centros de salud mental y

garantizando la disponibilidad de medicamentos y recursos tecnológicos. Estos esfuerzos buscan ofrecer atención a quienes padecen trastornos mentales.

En contraposición, las intervenciones basadas en el enfoque comportamental enfatizan la prevención mediante educación y el desarrollo de habilidades conductuales, siendo clave para abordar diversas problemáticas de salud mental (Miyazaki, 2010; McCarty, 2011). Por su parte, las estrategias socioeconómicas requieren un enfoque integrador que aborde los contextos sociales y los estilos de vida de las comunidades, superando tanto la visión biomédica centrada en la enfermedad como la conducta mental enfocada en los factores de riesgo (Molina, 2009).

La salud debe concebirse como una prioridad, entendiendo que sus determinantes trascienden lo biológico. En este marco, las estrategias de promoción de la salud deben ser integrales y multisectoriales, centradas en la determinación social de la salud. La Atención Primaria en Salud Integral, por tanto, es clave en la estrategia, destacando la importancia de la participación tanto individual como comunitaria (Restrepo & Jaramillo, 2012).

2.12 Intervención psicológica en trastornos de adultos

La intervención en el ámbito de la salud mental se orienta a prevenir, eliminar o reducir conductas inapropiadas, así como a enseñar o potenciar comportamientos adecuados, considerando las variables que controlan dichas conductas. Gavino (2004) sostiene que, según la evaluación realizada, se elabora un plan de

intervención que tiene en cuenta las dificultades específicas identificadas, así como las variables que los afectan. Este plan se ajusta a las características individuales de cada cliente, cuentos como su edad, nivel cultural, motivación y expectativas, además de considerar el entorno en el que se desarrolla. Esta personalización permite una intervención más efectiva y acorde a las necesidades y circunstancias particulares de cada individuo. Cabe destacar que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) cuenta con diversas técnicas que pueden combinarse y adaptarse de múltiples maneras para diseñar programas de intervención específicos. En consecuencia, no existen intervenciones estandarizadas aplicables de manera uniforme a todos los problemas.

Los trastornos de personalidad se abordan principalmente mediante un programa o proceso terapéutico, el cual puede incluir tanto terapia individual como terapia grupal, cabe señalar que la eficiencia de la terapia aumenta significativamente cuando las personas afectadas buscan activamente el tratamiento y muestran una motivación clara para el cambio. Según First (2015), los trastornos de personalidad del Clúster C disponen de la mayor variedad de opciones de tratamiento entre todos los trastornos de personalidad. Esto se debe, probablemente, a que los trastornos de ansiedad y depresivos asociados tienen opciones de tratamiento bien establecidas.

De esta forma, la clave del tratamiento efectivo de los trastornos mentales y los trastornos de personalidad radica en una debida personalización de las intervenciones terapéuticas, teniendo en cuenta tanto las características

individuales de cada paciente como las circunstancias específicas que rodean su problemática.

2.13 Efectos positivos de un programa de intervención eficaz asociada a una metodología de diagnóstico clínico acertada

Algunas personas que padecen trastornos de la personalidad experimentan angustia debido a su comportamiento, lo que las motiva a buscar tratamiento activo. Sin embargo, existen quienes no perciben su conducta como problemática, por lo que no buscan ayuda por iniciativa propia. En estos casos, son generalmente sus amigos, familiares o profesionales del ámbito social quienes incitan a la persona a recibir apoyo profesional (Millon et al., 2004).

El tratamiento de los trastornos de personalidad puede ser complejo, lo que resalta la importancia de contar con un terapeuta experimentado, empático y sin prejuicios, capaz de comprender la autoimagen del paciente, sus vulnerabilidades emocionales y sus mecanismos habituales de afrontamiento. Según Zimmerman (2021), aunque los tratamientos varían según el tipo de trastorno de la personalidad, en general, se centran en los siguientes objetivos:

- *Reducir la angustia.* El terapeuta trabaja con el paciente para identificar los factores de estrés que están generando malestar, facilitando así el proceso terapéutico.

- *Fomentar la toma de conciencia sobre el problema interno*. Dado que muchas

personas con trastornos de personalidad no reconocen que su comportamiento es problemático, el terapeuta se enfoca en ayudarles a identificar cuándo sus acciones son inapropiadas y sus consecuencias negativas, promoviendo una mayor conciencia de sí mismas.

- *Limitar conductas disfuncionales.* Estas conductas deben abordarse rápidamente para evitar daños duraderos en las relaciones sociales y laborales.

- *Modificar los rasgos de personalidad conflictivos*. Se emplean terapias estructuradas individualmente para intervenir de manera eficaz en los rasgos problemáticos.

CAPITULO III: MÉTODO

En este capítulo, se estableció la metodología de manera detallada, desde la elección de la línea de investigación, el establecimiento de los pasos y procedimientos utilizados en la investigación llevada a cabo. Así mismo, se incluye el proceso y la explicación de todos los aspectos de abordaje de la metodología según la base del planteamiento y objetivos propuestos.

Para abordar el estudio se implementó un diseño experimental con un enfoque de investigación cualitativa, que combinó instrumentos con arrojo de datos cuantitativos y cualitativos. La selección de este diseño respondió a la necesidad de llevar a cabo una evaluación profunda y ordenada del caso, lo que permita identificar los patrones sintomáticos y evaluar el efecto positivo de la intervención psicológica implementada.

En primer lugar, se efectuó un examen retrospectivo de los registros clínicos de Ariana, lo que permitió establecer correlaciones entre los episodios de hipersensibilidad social presentados en la infancia y los síntomas actuales. A partir de esta información, se definió un protocolo de evaluación clínica, en el cual se incluyeron entrevistas estructuradas y cuestionarios estandarizados validados para el contexto de estudio. En esta fase inicial se aseguró un diagnóstico preciso y fundamentado, estableciendo la base para la planificación de la intervención.

Posteriormente, se creó un plan de tratamiento con base en la terapia cognitivo-conductual, incorporando estrategias de la reestructuración cognitiva, la exposición

gradual y el entrenamiento en habilidades sociales. El plan terapéutico se estructuró en sesiones individuales con una frecuencia semanal, estableciendo objetivos terapéuticos medibles y ajustables según la evolución de la paciente. Durante la intervención, se registraron los avances mediante la aplicación periódica de instrumentos de medición psicológica, así como la observación clínica y el autoinforme de la paciente.

A lo largo del proceso terapéutico, se implementó un monitoreo continuo para evaluar la eficacia del tratamiento y realizar los ajustes necesarios. Este seguimiento permitió identificar mejoras en la regulación emocional y en la interacción social de Ariana, así como posibles áreas que requerían un refuerzo adicional. Al concluir la intervención, se estableció una fase de seguimiento con sesiones espaciadas en el tiempo, con el fin de consolidar los aprendizajes adquiridos y prevenir posibles recaídas.

El diseño metodológico adoptado permitió no solo analizar la evolución de Ariana, sino también generar evidencia empírica sobre la aplicabilidad y efectividad de las estrategias terapéuticas utilizadas. De este modo, el presente estudio contribuyó al conocimiento sobre la intervención psicológica en adultos con antecedentes de hipersensibilidad social en la infancia, proporcionando directrices para futuras investigaciones y prácticas clínicas especializadas.

3.1. Línea de Investigación

En el Programa Educativo (PE) Doctorado en Salud Mental de ISEO las líneas de

investigación se sustentan en el *Plan de Acción Sobre Salud Mental de la O.M.S*. En la presente investigación se atienden aspectos metodológicos dentro de la línea 2. Salud Mental y Desarrollo Psicosocial.

Desde la NOM-025-SSA2-2014 se define una estrategia concreta que resulta de la suma de acciones implementadas por diversos sectores de la población, destacando especialmente la labor de los organismos de salud, servicios sociales y las instituciones correspondientes del sector salud. Lo fundamental es brindar atención a la población en relación con los trastornos mentales y del comportamiento, a llevar tanto su tratamiento como el fortalecimiento de las instituciones encargadas de ofrecer estos servicios (SSA, 2014).

La atención centrada en el diagnóstico, tratamiento y recuperación enfatiza el empoderamiento de las personas para que asuman la responsabilidad de su propia vida. Esto implica brindarles el apoyo necesario para alcanzar claridad en sus necesidades, garantizar una atención de calidad, fomentar la resiliencia, crear vínculos saludables, restaurar la autonomía y llevar una vida plena y significativa. De este modo, se busca implementar una intervención que no solo aborde los síntomas, sino que también promueva el bienestar general y la inclusión social de quienes se ven afectados por trastornos mentales.

La sublínea en la que se categoriza la investigación, es Prevención de los trastornos mentales (sublínea 2.2), justificándose en la propuesta de incluir la salud mental en el ámbito de la atención primaria de salud para garantizar la cobertura sanitaria

universal. El caso de la joven participante “Ariana”, cuya información fue integrada en esta investigación, acudió con el objetivo de beneficiarse de una atención psicológica.

De acuerdo con la NOM-025-SSA2-2014, la atención en salud mental es proporcionada por profesionales de psicología clínica capacitados, quienes forman parte de un equipo multidisciplinario responsable de tratar diversos trastornos mentales y conductuales, así como otras problemáticas relacionadas. Este equipo emplea técnicas de psicoterapia y otros recursos terapéuticos, seleccionados según la gravedad del trastorno. En el caso específico, la atención se brindó de manera ambulatoria, con intervenciones dirigidas a maximizar el crecimiento personal y mitigar las dificultades derivadas de un trastorno mental y conductual en las áreas clave de la vida diaria.

Por otro lado, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo fomentar el aprendizaje o reaprendizaje de habilidades para la vida cotidiana, lo que facilita la obtención y conservación de un entorno de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas (DOF: 09/04/2015). Los servicios de salud mental involucrados en esta investigación se llevaron a cabo en el sector privado, a aparte atención, prevención y tratamiento.

En suma, este estudio resalta la relevancia de una atención psicológica integral y personalizada, que no solo se centra en los síntomas del trastorno mental, sino que también se enfoca en la rehabilitación psicosocial de la joven. Este enfoque permite

la recuperación de las habilidades esenciales para una vida plena y productiva, desempeñándose de mejor manera en su contexto laboral.

3.2. Enfoque metodológico

El enfoque metodológico que se siguió para el presente caso clínico fue predominantemente cualitativo, centrado en la comprensión profunda de las experiencias subjetivas de Ariana. Este enfoque implicó la recopilación y análisis de datos a través de entrevistas, historias de vida y observaciones, buscando explorar los significados que el individuo atribuye a su vivencia. Como investigadora me enfoqué en interpretar y describir las experiencias de Ariana, contextualizándolas en su temporalidad, espacio y relaciones. Además, priorizando la objetividad y el rigor científico mediante un análisis detallado de los discursos y temas emergentes.

3.2.1 El enfoque cualitativo

El enfoque cualitativo se distingue por la diversidad de sus métodos, entre los que se incluyen el estudio de caso, la fenomenología, la teoría fundamentada, la etnografía, el interaccionismo simbólico, la historia temática, y la biografía. Estos métodos reflejan Desde la perspectiva y los contextos de Ariana que experimenta el fenómeno, proporcionando una visión profunda y subjetiva del mismo. Como señala Creswell (2007), “la investigación cualitativa implica una indagación en profundidad del entendimiento humano” (p. 45).

El uso de esta aproximación se caracteriza por su naturaleza inductiva. Esto implica que, a partir del análisis de un fenómeno específico, es posible identificar patrones y similitudes en

otros fenómenos, lo cual facilita la comprensión de procesos, cambios y experiencias. Este método no sigue una secuencia lineal; más bien, es iterativo o recurrente, sin etapas definidas. Las actividades dentro de este proceso tienen como objetivo ahondar en el problema de investigación, así como la recopilación y evaluación de datos son un esfuerzo continuo y simultáneo. Según Merriam (1998), “la recolección de datos cualitativos es un proceso que se da simultáneamente con el análisis, lo cual permite que cada uno de estos elementos se informe mutuamente” (p. 39).

La metodología cualitativa adoptada en esta investigación ha sido fundamental para entender cómo la participante del caso percibe los acontecimientos. Esto se alinea con el principio de que el investigador debe involucrarse profundamente en el contexto de la persona participante para obtener una comprensión auténtica de sus experiencias y perspectivas. Como lo indica Denzin y Lincoln (2011), “el investigador cualitativo es un *bricoleur*, un hacedor de colchas que selecciona y ajusta las herramientas de investigación según las necesidades del estudio y el contexto” (p. 6).

Según Denzin (2012), la investigación cualitativa es un proceso científico enfocado en entender los significados detrás de las acciones de los individuos. Este campo interdisciplinario abarca diversas áreas y objetos de estudio, y se basa en un paradigma interpretativo y naturalista. Esto implica que los investigadores cualitativos no solo observan fenómenos y sujetos en sus contextos naturales, sino que también se esfuerzan por interpretarlos y comprender sus acciones, interacciones y el significado que les otorgan dentro de su entorno psicosocial.

3.2.1.1 Paradigma interpretativo en el área de la salud

Cuando entre el profesional (quien, en el estudio realizado, también asume el rol de investigador) y la persona participante se establece un vínculo de apoyo, el objetivo dentro de este modelo es identificar sus necesidades y lo que realmente desea en ese momento. A partir de ello, se busca ayudarle a seleccionar, entre las diversas intervenciones psicológicas disponibles, aquellas que mejor satisfagan sus requerimientos. El profesional ofrece detalles sobre la naturaleza de la condición, además de informar acerca de los riesgos y beneficios de las posibles intervenciones, brindando apoyo para clarificar y articular sus necesidades de manera efectiva. La interpretación auxilia en fomentar una mejor comprensión de la participante y el examen crítico de sus preferencias. Se conjuga así el sentido benéfico clínico del profesional con la concepción de beneficio que debe sustentar el mismo usuario, decidiendo en autonomía corresponsable y respetando la integridad profesional del especialista.

3.2.1.2 Métodos de investigación cualitativa en el área de psicología clínica

Según Montero y León (2002), los estudios cualitativos se dividen en tres tipos principales: investigaciones etnográficas, estudios de caso e investigación-acción.

A) *Investigaciones etnográficas*. Se enfocan en el estudio de un grupo con características específicas, donde el investigador se involucra directamente, recopilando datos mediante técnicas no estructuradas, destacando la observación participante.

B) *Estudios de caso*. Son investigaciones descriptivas no estructuradas que analizan una

única unidad muestral, que puede ser una persona, grupo o institución. Se divide en dos tipos:

Estudios de caso intrínsecos: Cuando el investigador se encuentra con la unidad muestral sin seleccionarla previamente.

Estudios de casos instrumentales: Cuando el investigador selecciona intencionalmente la unidad muestral para representar un fenómeno específico.

C) *Investigación-acción*. Examina un contexto social a través de un proceso continuo, donde la investigación y la intervención se desarrollan simultáneamente en un ciclo espiral.

3.2.2 Estudio científico

Esta investigación correspondió a un estudio de caso de corte intrínseco, la persona participante consultó con los servicios de atención psicológica y a su vez de corte instrumental por considerarse un fenómeno prototípico.

3.2.2.1 El estudio de caso experimental

La metodología de estudio de casos está orientada a aquellos investigadores que desean profundizar en el análisis de una situación específica. Según Bell (2005), esta metodología permite examinar en detalle un aspecto particular de un problema en un período de tiempo generalmente limitado. Los sujetos de análisis pueden ser fenómenos, personas, eventos o casos específicos, y su estudio debe llevarse a cabo en su contexto natural (Muñoz, 2011).

El estudio de casos no se limita a describir un evento o situación, sino que implica una

recolección sistemática de datos, el análisis de las relaciones entre variables y la planificación detallada del proceso de investigación (Bell, 2005).

Los experimentos de caso único forman un conjunto de investigaciones experimentales en las que un solo sujeto actúa como su propio control. Montero y León (2005) identifican varias opciones de diseño para este tipo de experimentos, como AB, ABAB, variantes de ABAB y línea de base múltiple. En los experimentos AB, se realizan investigaciones en las que no es posible eliminar el procedimiento. El diseño ABAB se basa en la aplicación y retirada del tratamiento para evaluar su efecto. Las variantes de ABAB incluyen modificaciones en la secuencia estándar para adaptarse a distintos contextos. Los diseños de línea de base múltiple permiten analizar diversas conductas en un mismo sujeto, la misma conducta en distintos contextos o los mismos actos en varios individuos. De acuerdo con Montero y León (2005), estos diseños se incluyen en investigaciones instrumentales, que abarcan estudios centrados en el desarrollo de pruebas y dispositivos, abordando tanto el diseño o adaptación como el análisis de sus propiedades psicométricas.

Cazabat (2013) menciona que los diseños experimentales de caso único (DECU) han sido desarrollados específicamente para su aplicación en el ámbito clínico. El objetivo principal de estos diseños es evaluar el impacto de una intervención aplicada a un paciente, combinando métodos de investigación formal con la práctica clínica. Entre los diseños utilizados se encuentran: el diseño sin retirada AB, el diseño de retirada ABAB, el diseño con dos tratamientos ABACA, los diseños con tres niveles de tratamiento ABAB'AB", los diseños para contrastar la interacción ABACAB-BC-C, y los estudios de línea de base múltiples aplicados a diversas conductas en un mismo paciente, a varios pacientes con la misma

intervención y múltiples situaciones con la misma intervención.

Esta investigación sigue el diseño con dos tratamientos ABACA propuesto por Montero y León (2007), que permite evaluar la efectividad de dos tratamientos diferentes en un mismo sujeto, donde B y C representan los tratamientos analizados.

3.3. Diseño metodológico

3.3.1 Diseño cualitativo fenomenológico

El diseño cualitativo fenomenológico, de carácter aplicativo, se emplea en las ciencias sociales y, más recientemente, en el ámbito de la salud con la finalidad de explorar fenómenos concretos desde la perspectiva de los participantes. Este enfoque busca comprender cómo las personas experimentan y perciben eventos o situaciones particulares, permitiendo una profunda interpretación de su vivencia subjetiva. En la fenomenología, “el investigador identifica la esencia de las experiencias humanas en torno a un fenómeno de acuerdo con la forma en que lo describen los participantes del estudio” (Creswell, 2003). De este modo, la variedad de fenómenos a estudiar es ilimitada, Facilitando la exploración de una amplia gama de emociones, vivencias, pensamientos y percepciones; lo que significa que puede enfocarse en aspectos cotidianos como en fenómenos excepcionales.

Una pregunta común en estos estudios es: ¿Qué significados, estructuras y esencias se derivan de la experiencia vivida por una persona (individual), un grupo (grupal) o una comunidad (colectiva) en relación con un fenómeno? (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Este interrogante refleja el objetivo de la fenomenología como método, que busca

explorar los significados que las personas otorgan a sus vivencias, ya sea a través de una descripción fiel de sus relatos o mediante las interpretaciones que el investigador de ellos obtiene.

Para construir un diseño adecuado en la investigación fenomenológica, Palacios y Corral (2010) subrayan la necesidad de asegurar la congruencia entre la orientación cualitativa adoptada, la pregunta de investigación, los métodos de recolección de datos, su análisis y la presentación de resultados, así como el grado de rigor científico alcanzado. Además, señalan la importancia del posicionamiento inicial del investigador, quien debe "tomar distancia" respecto al fenómeno estudiado para evitar que su visión personal influya en la interpretación de la experiencia. En investigaciones en el ámbito de las ciencias de la salud, estos autores también destacan las implicaciones éticas derivadas de este tipo de estudios.

Al definir la orientación fenomenológica a seguir, el investigador generalmente elige entre una perspectiva descriptiva y una interpretativa. La primera se enfoca en recolectar las narrativas o descripciones de los participantes, respetando sus percepciones sobre el fenómeno en cuestión. En cambio, la vertiente interpretativa o hermenéutica busca elaborar interpretaciones de la experiencia basadas en lo expresado por los participantes (Hernández et al., 2014).

En términos generales, el proceso metodológico comienza con la identificación del fenómeno de estudio, luego se recoge la información de los sujetos que lo han vivido y, finalmente, se desarrolla una descripción compartida de la experiencia, destinada a los participantes, otros investigadores o al público interesado (Hernández et al., 2014).

De acuerdo con los objetivos de esta investigación, el diseño sigue lo propuesto por Mertens (2005), quien señala que los diseños fenomenológicos se centran en las experiencias subjetivas e individuales de los participantes. Según Mertens, la fenomenología se basa en las siguientes premisas:

El estudio aborda y comprende los fenómenos desde la perspectiva de la usuaria y de la interpretación conjunta con la persona investigadora.

El análisis se fundamenta en la exploración de discursos y temas específicos, buscando identificar sus posibles significados.

Se realiza una investigación histórica como una forma cualitativa de indagación, manteniendo la objetividad a través de la interpretación, la intuición y las estructuras universales para comprender la experiencia de la usuaria.

La persona investigadora contextualiza las experiencias en función de su temporalidad (cuándo ocurrieron), espacialidad (dónde sucedieron), corporalidad (experiencias personales) y contexto relacional (vínculos establecidos estas durante vivencias).

Las entrevistas, el enfoque de caso, la recopilación de información mediante registros de historias de vida y el seguimiento se orientan a identificar temas relacionados con experiencias tanto cotidianas como excepcionales de la persona que vivenció el fenómeno estudiado.

3.4 Población

En esta investigación, uno de los objetivos principales consistió en analizar, comprender y reinterpretar los fenómenos generados en las percepciones y significados que Ariana ha construido, así como del contexto relacional establecido con la persona investigadora. En este sentido, se planteó aplicar la lógica inductiva como dimensión fundamental, Avanzando de lo particular a lo general, desde los datos concretos hacia las generalizaciones no estadísticas y la construcción teórica

Los eventos experimentados por Ariana y los significados derivados de estas vivencias, sus necesidades o motivos de atención, no pueden ser escalados a una población debido a que la historia tiene una duración que abarca etapas de madurez psicosocial distinta. Mencionado lo anterior, en términos de control y validez interna se procedió en este caso mediante un “Diseño de preprueba/posprueba con solo la mujer adulta joven”, mismo que se esquematiza así: G 01 X 02.

Ha sido necesario que entre 01 y 02 ocurrieran un mínimo de algunos acontecimientos que permitan generar cambios, en adición al tratamiento psicológico y cuanto más largo sea el intervalo de tiempo entre las mediciones, mayor será la posibilidad de que esas fuentes hayan tenido un efecto.

La posibilidad de correlación fue interna, en base al tipo de situación experimental, se trató de un diseño intrasujeto. Por ello se estableció que la correlación ocurriera a partir de la selección de la Variable independiente atributiva: X_1 Padecimiento que se diagnosticó en la infancia. Variables independientes activas: X_2 Metodología del diagnóstico acertado, X_3 Programa de intervención psicológica en atención a la demanda de la usuaria, Variable

dependiente: Y Trastorno actual de la joven mujer adulta.

3.5. Procedimiento de selección de la muestra

Mertens (2005) señala que, debido a sus características, la investigación cualitativa exige muestras adaptativas que se ajustan, reevalúan y redefinen de manera continua. El objetivo principal es seleccionar entornos y casos que permitan lograr una comprensión más profunda de un fenómeno y extraer aprendizajes de él. En la investigación cualitativa, la muestra no se valora desde un enfoque probabilístico, ya que su propósito no es extrapolar los hallazgos a una población más amplia, sino alcanzar un mayor nivel de profundidad (Hernández et al., 2014). En esta misma línea, Daymon (2010) enfatiza que el criterio fundamental en la selección de casos es su capacidad para ofrecer una comprensión detallada del entorno y el problema de investigación. Por lo tanto, las muestras cualitativas no deben ser utilizadas para representar una población en general.

En este estudio, la selección de la muestra se fundamentó en un diseño metodológico de estudio de caso con enfoque cualitativo. En particular, se empleó un estudio de caso intrínseco, ya que el objetivo central fue entender profundamente la situación de la participante, sin buscar generalizar los hallazgos a otras poblaciones que no presentan las mismas características (Stake, 1995). Asimismo, se consideró un estudio de caso instrumental, en la medida en que los datos obtenidos permitieron aportar al conocimiento sobre la intervención psicológica en casos con antecedentes de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia (Montero y León, 2002).

La muestra fue elegida por conveniencia, considerando principalmente los criterios de

accesibilidad y disposición de la participante, así como la pertinencia de su situación clínica para los objetivos del estudio (Patton, 2015). La participante fue una mujer adulta joven con antecedente documentado de hipersensibilidad social durante la infancia, cuyo caso representó una oportunidad única para explorar los efectos a largo plazo de este trastorno y la eficacia de la intervención psicológica aplicada.

El procedimiento de selección y el consentimiento informado, en donde el formato de este último es el aprobado por un comité ético de los programas de estudio de ISEO (Apéndice C), ambos procedimientos aseguran el cumplimiento de los principios de confidencialidad, beneficencia y autonomía de la participante. Este proceso permitió garantizar la validez y la pertinencia del caso dentro del marco del estudio.

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

En la presente investigación, se definieron criterios puntuales de inclusión, exclusión y eliminación, con el fin de asegurar la relevancia y calidad de los datos recolectados, siguiendo las recomendaciones metodológicas para investigaciones cualitativas en psicología.

Los *criterios de inclusión* se establecieron con el fin de asegurar que la participante seleccionada representara adecuadamente el fenómeno de estudio. Se consideraron los siguientes criterios:

1. Diagnóstico previo de hipersensibilidad social en la infancia, respaldado por evaluaciones clínicas.

2. Edad entre 18 y 30 años, franja etaria que corresponde a la adultez joven, etapa en la cual se buscó analizar la evolución del trastorno desde no atendido en la infancia.

3. Presencia de dificultades psicosociales en la adultez temprana relacionadas con dicho antecedente.

4. Disposición para participar voluntariamente en el proceso de diagnóstico, asistir a las sesiones programadas, aceptar los procedimientos de diagnóstico e intervención psicológica.

5. Capacidad cognitiva suficiente para comprender y participar en el estudio con los objetivos propuestos.

Para minimizar posibles sesgos en la interpretación de los resultados, se definieron los siguientes *criterios de exclusión*:

1. Coexistencia de trastornos psiquiátricos severos que pudieran interferir con la intervención psicológica.

2. Presencia de condiciones neuropsicológicas que afectaran la capacidad de comprensión y expresión de la participante (Yin, 2018).

3. Consumo de sustancias psicoactivas que pudieran alterar el curso de la intervención.

4. Falta de disponibilidad para asistir a las sesiones establecidas en el protocolo del estudio.

Finalmente, se consideraron *criterios de eliminación* para situaciones en las que la participante, aunque cumpla con los criterios de inclusión, no pueda seguir participando en

el estudio por:

1. Desistimiento voluntario de la participante en cualquier momento del proceso.

2. Falta de adherencia a las estrategias de intervención establecidas.

3. Cambios significativos en su estado de salud mental que impidieran la continuidad en el estudio.

4. Identificación de información inconsistente o falta de veracidad en los datos proporcionados.

La íntegra aplicación de estos criterios permitió asegurar la validez interna del estudio y la obtención de datos consistentes, relevantes y susceptibles de tratamiento para comprender el impacto del trastorno por hipersensibilidad social desde la infancia y su correlación con las demás variables del estudio.

3.6. Participantes

Dentro de la investigación cualitativa, es esencial entender que la muestra no se elige por representatividad estadística, sino en la capacidad de los casos para proporcionar información detallada y relevante. Tal como señala Hernández Sampieri, "lo que interesa es contar con casos que posean y brinden la información requerida" (Hernández et al., 2014). En otras palabras, la calidad de los datos cualitativos radica en la profundidad y pertinencia de la información recolectada obtenida de los participantes.

Asimismo, la selección de los participantes en un estudio cualitativo se realiza de manera

intencional. Esta estrategia se enfoca en seleccionar individuos que puedan ofrecer una visión comprensiva y detallada del fenómeno en estudio. De hecho, "la selección de los participantes se basa en estudiar a profundidad algo a fin de que sea válido" (Martínez, 2010). En este contexto, es esencial que se alcancen el criterio de saturación de información, es decir, el punto en el cual la recopilación de datos adicionales no aporta nueva información significativa.

Por otra parte, la eficacia en investigación cualitativa depende de la destreza del investigador para interpretar y comprender la información recabada. Como se menciona en el ejemplo proporcionado, "mucho del éxito de este tipo de investigación depende de la capacidad del rol del investigador para observar y para analizar e interpretar información" (González, 2012). Esta capacidad incluye no solo la observación y la recolección de datos, sino también la interpretación y análisis de estos, permitiendo una comprensión profunda y matizada del tema estudiado.

3.6.1 Participante "Ariana Rangel"

Mujer joven adulta de la que trataron los fenómenos de este estudio, de edad 25 años, al momento de la primera consulta. Originaria de Guanajuato, Gto., actualmente reside en Morelia, Michoacán. Durante la entrevista, proporcionó información sobre sus antecedentes académicos, indicando que es recién egresada de una licenciatura. En cuanto a su estado civil, Ariana está casada y, en la actualidad, trabaja por cuenta propia en el área de comercio a través de plataformas digitales. Las situaciones a intervenir fueron descritas en el capítulo 1.

3.6.2 Participante "Persona investigadora"

El rol y actividades realizadas fueron: En mi papel de persona investigadora, desempeñé diversas funciones cruciales dentro del proceso descriptivo-predictivo, cuyo objetivo principal era llevar a cabo una tarea diagnóstica en un caso solicitado por una usuaria del servicio de atención psicológica.

Establecimiento del planteamiento del problema y recolección de información. Primero, profundicé en los diferentes pasos necesarios para establecer el planteamiento del problema en este caso concreto. Para ello, utilicé entrevistas y otras técnicas de atención de primer nivel, las cuales resultaron fundamentales para recolectar la información pertinente al caso.

Formulación de hipótesis y consulta bibliográfica. Luego de la primera fase de recolección de información y tras identificar las variables de estudio, formulé hipótesis plausibles. Este proceso incluyó una consulta exhaustiva de la bibliografía pertinente, lo cual permitió proponer como hipótesis: "la ausencia de una intervención oportuna del trastorno por hipersensibilidad social en la infancia (X_1) impactó negativamente en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez de la participante (Y), manifestándose en dificultades significativas en la interacción social y el desarrollo profesional. Se consideró que la aplicación de una metodología diagnóstica clínicamente fundamentada (X_2) permitiría identificar con mayor precisión la sintomatología persistente y sus implicaciones en la adultez. Asimismo, se propuso que la implementación de un programa de intervención psicológica adaptado a las necesidades específicas de la participante (X_3) favorecería la optimización de su bienestar psicosocial, fortaleciendo sus habilidades de interacción y

mejorando su desempeño laboral. Se estimó que, tras la intervención, se observarían mejoras en la percepción del ámbito emocional y en la funcionalidad comunicativa en el entorno profesional, lo que evidenciaría el efecto positivo del abordaje clínico propuesto".

Planificación de técnicas de evaluación. Posteriormente, revisé un listado exhaustivo de técnicas de evaluación aplicables. Con base en este análisis, planifiqué detalladamente las sesiones de evaluación, asegurando la aplicación de las técnicas más adecuadas para el caso específico.

Organización y análisis de datos. Una vez obtenidos los datos, estos fueron organizados en registros detallados. Los resultados de las pruebas administradas se contrastaron con los sistemas nosológicos CIE-11 y DSM-5-TR, lo cual facilitó una interpretación precisa de los mismos. Este paso fue esencial para la posterior propuesta de un tratamiento adecuado en un segundo nivel de atención.

Planificación e implementación del tratamiento. Finalmente, planifiqué la aplicación del tratamiento, determinando su influencia en el comportamiento problemático y/o trastorno actual de la usuaria. Este análisis detallado permitió redactar un informe comprensivo sobre el caso, concluyente, el cual incluyó recomendaciones y estrategias para el seguimiento continuo.

3.7. Técnicas e Instrumentos empleados

En el estudio se emplearon métodos e instrumentos de recolección amplios en las etapas iniciales del estudio, mientras que en fases posteriores se aplicaron herramientas específicas

para evaluar el funcionamiento psicológico y valorar la intervención realizada.

Con relación a confirmar a detalle la ausencia de una intervención oportuna del trastorno por hipersensibilidad social en la infancia, se efectuaron 2 sesiones de entrevistas semidirigidas, registros de observación en expediente clínico.

Para establecer la metodología de diagnóstico clínico del trastorno o enfermedad mental actual de la mujer se utilizaron entrevistas clínicas estructuradas, observación, escalas estandarizadas, manual nosológico CIE-11, análisis documental, registros de observación en expediente clínico, nota/informe de diagnóstico.

Para dar a conocer el programa de actividades de intervención psicológica a operar en sesiones individuales de consulta de atención de segundo nivel entre la usuaria y el profesional de la salud mental se utilizaron entrevista dirigida, guía de psicoeducación.

Para demostrar la efectividad de la intervención psicológica en Ariana buscando la percepción de su ámbito emocional y funcionalidad de la comunicación en su ámbito laboral, se utilizaron cuestionarios, escalas estandarizadas, registros de observación, notas de evolución y resumen clínico en expediente clínico.

Se describe y explica los instrumentos utilizados, a continuación.

3.7.1 Entrevistas clínicas

Creswell (2009) indica que las entrevistas cualitativas deben mantener un carácter abierto, sin imponer categorías previas, permitiendo así que los participantes expresen libremente

sus vivencias, sin influencias del investigador ni de estudios previos. Además, resalta que las categorías emergen de los propios entrevistados. Por lo general, en este tipo de investigación, las entrevistas iniciales son abiertas, flexibles y de tipo exploratorio, y se van estructurando conforme avanza el proceso de indagación, aunque no suelen ser completamente estructuradas. En este estudio, se programaron sesiones para la recolección de información, permitiendo el diálogo entre las participantes. Mediante el intercambio de preguntas y respuestas, se desarrolló una comunicación fluida que facilitó la construcción compartida de significados en relación con los objetivos planteados en la investigación.

3.7.2 Observación y formatos de registro

Implica el uso de todos los sentidos por parte del investigador, una inmersión profunda en la inducción cualitativa y una participación activa en la percepción del lenguaje corporal de la participante. Además, requiere atención a los detalles, sucesos, eventos e interacciones, así como el registro constante de notas y una reflexión permanente sobre las actividades desarrolladas en diversos contextos y ambientes. Esto incluye la observación de las conductas de las personas involucradas y la interpretación de los significados atribuidos a dichas conductas. En esta investigación, la observación ha sido una herramienta fundamental para la recolección de datos sobre fenómenos, temas o situaciones delicadas, complejas de discutir o describir. Asimismo, resultó útil en momentos que Ariana no fue particularmente elocuente, articulada o descriptiva, y al requerirse corroborar con datos de primera fuente la información recabada durante las entrevistas.

3.7.3 Expediente clínico

El expediente clínico se encuentra regulado en México por la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, que establece criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios para su elaboración, manejo, conservación, propiedad y confidencialidad. Esta norma debe cumplirse en todos los establecimientos de atención médica, tanto públicos como privados, incluidos los consultorios. Cuando se necesite divulgar información contenida en el expediente clínico con motivos docentes, investigativos o de publicación médica, y dicha información permita identificar a la persona (como en el caso de Ariana), como ocurrió en este estudio de caso, fue será indispensable contar con su consentimiento expreso. Asimismo, se adoptaron las medidas necesarias para garantizar su anonimato. El expediente de atención psicológica, conformado en el contexto de atención médica ambulatoria, integró la historia clínica junto con las notas de evolución, adecuándose a la naturaleza del servicio proporcionado y observando los principios científicos y éticos propios de la práctica clínica Una vez abierto el expediente clínico se integró por hoja frontal con datos del paciente, aviso de privacidad, consentimiento informado, historia clínica, anamnesis, plan de tratamiento, notas de evolución de sesiones.

3.7.4 Escalas de evaluación

Los instrumentos psicométricos o escalas de evaluación son herramientas científicas con una sólida base teórica y una amplia validez estadística, diseñadas para medir y evaluar características psicológicas en una persona. En esta investigación, su uso tuvo los siguientes propósitos: (a) evaluar y medir los rasgos generales de personalidad de la usuaria; (b)

determinar un perfil psicológico específico; y (c) corroborar la presencia de un posible trastorno mental, facilitando su diagnóstico y el establecimiento de un tratamiento psicoterapéutico adecuado. Por ello su uso fue requerido en dos etapas: el diagnóstico y la evolución. En la tabla 1 se redacta el uso y validez de las escalas utilizadas en la evaluación descriptivo-predictiva.

Tabla 1.Tabla 1 Escalas utilizadas en la evaluación descriptivo-predictiva

Escala	Usos y validez
Test de depresión de Beck (BDI-II) (Ver apéndice D).	Esta escala ha demostrado evidencia de validez convergente, al mostrar una elevada presión con indicadores de depresión y ansiedad (Araya et al., 2013), además de asociarse con niveles de desesperanza y síntomas internalizantes. De igual manera, ha demostrado validez divergente, reflejada en su escasa evaluación con escalas de apoyo social y síntomas externalizantes (Van Voorhis & Blumentritt, 2007). Distintas investigaciones han identificado puntos de corte diversos según la muestra analizada; sin embargo, en términos generales, se ha encontrado que el *BDI-II* muestra niveles adecuados de sensibilidad y especificidad, así como una confiabilidad sólida, con coeficientes que varían entre 0,90 y 0,91 (Melipillán et al., 2008).
Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Ver apéndice E).	Esta escala es una herramienta útil para evaluar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en trastornos de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 ítems, con un rango

	de puntuación de 0 a 63, y ha demostrado ser un instrumento válido para discriminar y detectar pacientes con sintomatología ansiosa (Sanz et al., 2012). Además, cuenta con evidencia de validez en relación con otras pruebas que evalúan la ansiedad, tanto en su versión original, que ha sido comparada con 33 instrumentos (Bardhoshi et al., 2016), como en sus adaptaciones al español (Sanz & Navarro, 2003; Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).
Escala de ansiedad de Hamilton (HARS) (Ver apéndice F).	Esta escala es una herramienta heteroaplicada compuesta por 14 ítems; trece de ellos valoran signos y síntomas de ansiedad, y uno evalúa el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe ser aplicada por el terapeuta tras una entrevista estructurada de hasta 30 minutos, considerando la frecuencia e intensidad de los síntomas. La puntuación total ha mostrado alta validez concurrente con otras escalas como The Global Rating of Anxiety by Covi (r = 0,63–0,75) y el BAI (r = 0,56). Asimismo, discrimina adecuadamente entre pacientes con ansiedad y personas sanas, con medias de 18,9 y 2,4, respectivamente (Kobak, 1993).
Entrevista basada en el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (I.P.D.E)	Este instrumento, diseñado por Loranger (1995) y adaptado al español por López-Ibor, Pérez Urdániz y Rubio (1996), se basa en una entrevista clínica semiestructurada compatible con los criterios del DSM y la CIE. Es ampliamente utilizado a nivel mundial y destaca por haberse desarrollado mediante pruebas de campo. El IPDE incluye un

(Ver apéndice G).	cuestionario de detección y una entrevista semiestructurada. El primero, de tipo autoinformado, contiene entre 59 y 77 elementos (según la versión), con formato Verdadero/Falso y una duración aproximada de 15 minutos. Si se identifican más de tres criterios por trastorno, se continúa con la entrevista completa, permitiendo al clínico establecer un diagnóstico definitivo o probable mediante codificación estructurada.

En la tabla 2 se redacta el uso y validez de las escalas utilizadas en la evaluación interventivo-valorativo (evolución):

Tabla 2. Tabla 2 Escalas utilizadas en la evaluación interventivo-valorativo

Escala	Usos y validez
Escala de Autoeficacia General (EAG). (Ver apéndice H).	La Escala de Afrontamiento General (EAG) es una herramienta clínica e investigativa de gran utilidad para evaluar la capacidad de una persona para enfrentar situaciones vitales con múltiples estresores en distintos contextos. Esta herramienta se ha validado en Múltiples culturas y grupos etarios, demostrando alta consistencia interna y confiabilidad test-retest, lo que la convierte en un recurso utilizado para la valoración y el seguimiento en el ámbito clínico y psicológico. Su uso se extiende tanto en estudios

	longitudinales como transversales, permitiendo medir la autoeficacia de manera precisa y cómo incide sobre la salud mental, así como el comportamiento adaptativo (Rodríguez, 2022).
Inventario de Estrés Percibido (PSS) (Ver apéndice I).	Es una herramienta ampliamente utilizada en la investigación psicológica y en la evaluación clínica para medir la percepción subjetiva del estrés en individuos. Su validez ha sido confirmada a través de múltiples estudios que destacan su capacidad para captar de manera efectiva la carga emocional percibida y cómo ésta impacta en el bienestar mental, esto lo convierte en una herramienta sólida para diagnosticar y hacer seguimiento de trastornos mentales vinculados al estrés.. Además, su uso en diferentes contextos culturales y poblaciones refuerza su aplicabilidad en la investigación cualitativa, facilitando la identificación de patrones de estrés percibido en diversas muestras (González-Ramírez et al., 2020).
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Ver apéndice J).	Esta escala es ampliamente utilizada en la investigación psicológica para evaluar el bienestar subjetivo de las personas, y ha demostrado ser una herramienta válida y confiable en diversos contextos culturales y clínicos. Su aplicación en el diagnóstico de trastornos mentales es significativa, ya que la identificación de niveles de satisfacción relacionados con la presencia o ausencia

	de síntomas depresivos y otros problemas de salud mental. Su respaldo psicométrico robusto la convierte en una herramienta esencial para estudiar el bienestar general en diversas poblaciones (Diener et al., 1985).
Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE) (Ver apéndice J).	Esta prueba ha demostrado ser una herramienta eficaz y válida en el diagnóstico de diversas condiciones neuropsicológicas, gracias a su capacidad para medir de manera integral tanto aspectos cognitivos como emocionales en los individuos. Su aplicación se ha destacado en contextos clínicos y educativos, permitiendo identificar deficiencias y fortalezas en estas áreas, lo que facilita el diseño de intervenciones personalizadas. Además, su validez ha sido confirmada por investigaciones que destacan su efectividad en la detección temprana de trastornos del desarrollo, así como en la evaluación de la autorregulación emocional y cognitiva, lo que refuerza su relevancia en la práctica clínica (Neuenschwander et al., 2012; Fernández Vilar y Carranza, 2013).

3.7.5 Manuales nosológicos

Se emplea la *CIE-11*, como un sistema estandarizado para la categorización de enfermedades y problemas de salud. Esta nosología facilita la toma de decisiones administrativas y epidemiológicas, permitiendo un registro preciso y sistemático de los datos recopilados por los profesionales de la salud, lo que contribuye a la planificación y evaluación

de intervenciones sanitarias. En los sistemas de información de salud, los datos deben ser reutilizables para análisis epidemiológicos, asignación de recursos e investigación, así como para aplicaciones individuales como documentación sanitaria, apoyo en decisiones, diagnóstico de afecciones, factores de riesgo y motivos de consulta. Estos elementos se encuentran en diversos registros y sanitarios de los que se generan estadísticas. La CIE proporciona información detallada, más allá de las categorías estadísticas, utilizando identificadores únicos (OMS, 2022). Manual nosológico DSM-5-TR, se ha referido a este manual en el capítulo 1.

3.7.6 Guía de psicoeducación

Su uso tuvo como objetivo auxiliar durante las sesiones de la salud para abordar temas en la detección (documentos de normativas) y comunicación del tratamiento efectivo de la problemática ofreciendo en las alternativas terapéuticas una adecuada comunicación debido a lo conciso de los puntos desarrollados, los elementos gráficos y didácticos. Las guías psicoeducativas se enfocaron en ofrecer a la joven adulta información precisa sobre su condición, además de proporcionarle estrategias de afrontamiento para manejar de manera efectiva los síntomas. Además, se promovió la identificación de patrones asociados a la sintomatología y la detección de la necesidad de intervención farmacológica en casos de manifestaciones severas, enfatizando la importancia de informar de inmediato a los profesionales de salud ante cualquier agravamiento.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

En el marco de un estudio cualitativo, se consideró que, al tratarse de un ser

humano, la participante proporcionaba información significativa, como conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias expresadas de manera individual en su propio lenguaje. Desde el rol de investigadora, se buscó comprender los significados y las razones internas que fundamentaban el comportamiento de la joven adulta, trascendiendo la mera captación de datos numéricos. A continuación, se detallaron y explicaron los procedimientos empleados en la aplicación de los instrumentos destinados a la recolección de datos o unidades de análisis.

3.8.1 Procedimiento de registro de generales de la problemática

La joven adulta estableció contacto con el servicio de salud de atención primaria del sector privado a través del número de contacto de la especialista en la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp. En respuesta a su solicitud, se le programó una consulta psicológica presencial para el día siguiente. El 22 de febrero de 2023, acudió voluntariamente a la consulta con el propósito de exponer el motivo de su demanda de atención, proporcionar sus datos generales y formalizar los procedimientos administrativos correspondientes. En esta primera sesión, se realizó el procedimiento para obtener el consentimiento informado para la prestación de servicios psicológicos, en el cual se establecieron los acuerdos entre la consultante y la profesional a cargo. Asimismo, se le proporcionó el Aviso de Privacidad, y se procedió con la firma del consentimiento para el tratamiento de sus datos personales.

A fin de garantizar la confidencialidad y anonimato de la participante, tanto su nombre como los de cualquier persona mencionada durante el proceso, los datos fueron modificados para ser incluidos en el presente estudio. Una vez completado el registro de sus datos generales y documentación, se procedió a la apertura de su expediente clínico.

Transcurridos 15 días desde la consulta inicial, la consultante asistió a dos entrevistas clínicas estructuradas, cuyo propósito fue la elaboración de la historia clínica. Durante estas sesiones, se empleó la observación como herramienta metodológica, registrando en el expediente clínico las respuestas obtenidas y utilizando la inducción cualitativa como técnica de análisis.

Dada la naturaleza del caso, se le comunicó la opción de participar en la investigación actual bajo la modalidad de caso clínico, asegurándole que su decisión no afectaría los beneficios de la atención psicológica que había solicitado. Tras otorgar su consentimiento, se realizaron dos entrevistas semidirigidas adicionales, con el fin de profundizar en la historia de vida y la historia diagnóstica de la participante. En este proceso, se indagó de manera detallada sobre la presencia de la variable independiente atributiva X1: padecimiento diagnosticado en la infancia, complementando la información con registros de observación documentados en su expediente clínico.

3.8.2 El procedimiento de diagnóstico clínico

En este procedimiento se operacionalizó la variable independiente activa X2

(mecanismo asertivo para el diagnóstico) para determinar la enfermedad mental actual de la mujer (variable dependiente: Y). De acuerdo con la revisión de la literatura, se sabe que los trastornos emocionales (F93.x) experimentados en la infancia, y que no recibieron tratamiento, persisten en la edad adulta, manifestándose como trastornos mentales, ya sea en forma de ansiedad o depresión, o hacia el desarrollo de un trastorno de la personalidad.

En consecuencia, la evaluación clínica se estructuró en diez entrevistas clínicas, durante las cuales se observaron conductas y actitudes, se aplicaron escalas - eligiendo los instrumentos de evaluación adecuados para cada constructo, y se verificó que la información recabada fuera pertinente, discriminativa y suficiente respecto a la hipótesis formulada. dicho proceso se apoyó en los manuales nosológicos y en el análisis documental, asegurando que la información fuera sólida y los datos estuvieran libres de sesgos y falta de exactitud, lo que permitió completar adecuadamente los registros de observación en el expediente clínico. Formato de expediente clínico se ha adjuntado en el Apéndice L.

La presentación de los datos se realizó con base en las fuentes consultadas, los instrumentos utilizados y los procedimientos implementados, siguiendo lineamientos propios del análisis psicológico. Posteriormente, la información fue organizada e integrada en la sección correspondiente a los resultados, donde también se desarrollaron las anotaciones relativas al pronóstico y se generó el contenido destinado a la comunicación verbal del informe de diagnóstico a la usuaria, el cual incluyó, además, un resumen que sintetizó las conclusiones más

relevantes.

3.8.3 Procedimiento de la comunicación de la intervención

Procediendo con el plan de actividades de intervención psicológica, se recurrió a los siguientes métodos de comunicación: una sesión de entrevista dirigida y una guía de psicoeducación. La selección del enfoque terapéutico, así como la preparación del contenido de la guía, se fundamentaron en las características particulares de Ariana. Se tomó en cuenta múltiples variables, entre ellas los estresores contextuales, los factores de riesgo identificados, el nivel de gravedad del padecimiento, el grado de disfuncionalidad generado, así como la presencia de comorbilidades y de indicadores biológicos vinculados a la condición clínica, así como su edad y las demandas iniciales relacionadas con su desempeño laboral. El uso de la guía de psicoeducación resultó crucial para proporcionar a Ariana una claridad y detalles de las opciones de la intervención disponibles, sus posibles efectos favorables y para fomentar la adherencia al tratamiento.

3.8.4 Procedimiento de la intervención psicológica

Se planificó el programa de actividades de intervención psicológica para ser operado en sesiones individuales de consulta de atención individual entre Ariana y la profesional de la salud mental. Para ello, se determine previamente los criterios pertinentes, inventariando y sopesando los tratamientos posibles y definiendo los alcances de una intervención con beneficios. Se identificaron y evaluaron, de manera sistemática, las condiciones facilitadoras e inhibidoras que podrían afectar

el desarrollo del proceso, lo que permitió diseñar la intervención de forma integral y adecuada a las necesidades de Ariana.

Como investigadora, realicé registros detallados utilizando los medios que permitan constatar la evolución de la intervención, tales como sesiones de seguimiento y la documentación de notas clínicas en el expediente correspondiente. Además, se asume la responsabilidad de vigilar meticulosamente el curso de la intervención, garantizando la adherencia al protocolo establecido y previniendo posibles desviaciones en el proceso terapéutico.

3.8.5 Procedimiento de la evaluación del efecto positivo

Para demostrar el efecto positivo de la intervención psicológica en Ariana se determinó en qué medida se daba la valoración de la intervención y ponerla en marcha midiendo los objetivos al alcanzar la estabilidad emocional y la percepción de la funcionalidad de la comunicación con las personas de su ámbito laboral. Se monitoreó el seguimiento durante 6 meses utilizando escalas, recolectando cualquier información (evaluación valorativa) sobre cambios positivos (o sin cambios) que se consideraron resultado de la intervención, registrándolas como notas de evolución y resumen en el expediente clínico.

3.9. Desarrollo de etapas de la investigación

En esta investigación, de carácter cualitativo, se partió de una pregunta de investigación que guardó coherencia con la metodología empleada. El enfoque

adoptado buscó explorar la complejidad de los factores que rodearon los fenómenos estudiados, así como la diversidad de perspectivas y significados que estos tenían para la joven adulta. Dado que la realidad se modifica constantemente a través de la experiencia, el proceso investigativo, mediante los distintos instrumentos previamente descritos, permitió interpretar dicha realidad. Los significados emergieron a partir de los datos recopilados, obteniendo resultados de naturaleza subjetiva, sin fundamentación estadística propia de una investigación cuantitativa, aunque con posibilidad para transferibilidad para casos clínicos similares.

Por estructura de documento y para contextualizar el fenómeno se presentan las etapas del proceso, aunque no tuvieron una secuencia lineal en su ejecución, es decir, observación, inducción, evaluaciones, registro de información, análisis de datos, se llevaron de forma recurrente.

3.9.1 Definición de la muestra inicial del estudio y acceso a ésta

Como parte del proceso científico, una vez que la usuaria acudió al consultorio de manera voluntaria y sin acompañantes, como se mencionó en la sección anterior, dio inicio su inmersión en la etapa de evaluación. Esta comenzó cuando la joven adulta expresó su demanda o motivo de consulta a la profesional de la psicología, estableciéndose así los roles de los participantes: investigadora y persona participante (Ariana). Desde ese punto, se emprendió un proceso orientado a responder la cuestión formulada, lo que implicó necesariamente la toma de decisiones a través de varias etapas. En términos generales, estas fases fueron

similares a las aplicadas en toda la investigación científica, permitiendo así la formulación y contrastación rigurosa de hipótesis. Al estructurar el proceso de evaluación, se consideraron objetivos como la predicción de la asociación entre el trastorno no tratado en la infancia, el diagnóstico, la orientación o comunicación del mismo, la intervención terapéutica y la evaluación del cambio conductual. Por ello, la evaluación se desarrolló en dos momentos: uno descriptivo-predictivo y otro interventivo-valorativo.

3.9.2 Proceso de evaluación descriptivo-predictivo

Fase 1. Primer levantamiento de datos y apertura del expediente clínico. En esta fase, la investigadora se posicionó como observadora participante y recolectora de información sobre el caso. Se recopilaron datos esenciales para:

Especificar la demanda del caso, desde una perspectiva diagnóstica, de guía clínica, intervención terapéutica, abordaje del tratamiento y promoción del cambio conductual y,

Fijar los objetivos, lo que incluyó el establecimiento de un acuerdo formal con la usuaria, en el que se especificaron las obligaciones mutuas en cuanto a confidencialidad, colaboración y conformidad.

Adicionalmente, se documentaron las circunstancias pasadas y presentes relevantes para el caso, incluyendo dimensiones biológicas, individuales, sociales y del entorno, tales como el domicilio, situación personal y familiar, entorno económico

y social, ocupación, actividades recreativas, hábitos de vida, condición física y antecedentes médicos. Se documentó detalladamente la forma y las condiciones en que se obtuvieron los datos, así como la logística para su recolección (incluyendo horarios, calendarios de entrevistas, condiciones generales del trabajo de campo, accesibilidad, disposición de los participantes y otros elementos relevantes).

Fase 2. Formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables. Esta fase se desarrolló en dos momentos fundamentales:

Formulación de hipótesis: A partir del análisis de las observaciones obtenidas y su contraste con el conocimiento teórico, tanto general como específico, se formularon hipótesis que posibilitaron la elaboración de una conceptualización lo que podría denominarse una “teoría sobre el caso”. En este proceso, se identificaron características en la usuaria que correspondían a criterios diagnósticos para trastornos mentales de ansiedad, depresión o trastornos de la personalidad.

Deducción de enunciados verificables: Consistió en determinar los instrumentos adecuados para operacionalizar cada una de las variables identificadas en las hipótesis formuladas. Además, se evaluó la posibilidad de que un trastorno de la infancia funcionara como factor de riesgo asociado en la evolución del trastorno actual, considerando la existencia de una posible asociación disfuncional.

Fase 3. Aplicación de instrumentos psicométricos y métodos complementarios de evaluación. Esta fase del proceso se desarrolló en tres etapas clave:

Preparación y planificación de los instrumentos de evaluación. Se diseñó un esquema de aplicación en el que se alternaron sesiones para la administración de baterías de pruebas, entrevistas dirigidas y observación clínica. Este enfoque permitió obtener información detallada sobre los significados atribuidos por la usuaria a su experiencia, sus sensaciones biológicas y el reconocimiento de factores de riesgo y de protección.

Administración de las pruebas estandarizadas de evaluación. Se aplicaron las escalas y técnicas siguiendo los procedimientos establecidos en sus respectivos manuales. En el caso de ciertos instrumentos, se cumplieron estrictamente las condiciones estándar requeridas. La experiencia, conocimientos y habilidades de la investigadora fueron determinantes para garantizar la correcta aplicación de las pruebas. Una vez obtenidos los datos, se verificó su calidad y, en los casos pertinentes, se realizaron procesos de ponderación y conversión a puntuaciones normalizadas.

Análisis de la información para la comprobación de hipótesis. Se realizó un análisis riguroso de las relaciones entre los diversos métodos empleados y las fuentes consultadas, con el fin de verificar las hipótesis planteadas. Los resultados fueron contrastados y analizados en función de su impacto en los objetivos de la evaluación, tanto en términos científicos como en su aplicabilidad al caso estudiado.

3.9.3 Integración de resultados.

Fase 4. Comunicación de resultados a la usuaria. La comunicación de resultados a

la usuaria. La presentación de los hallazgos fue una obligación tanto desde la perspectiva científica como desde la ética, siendo un aspecto clave en el rol de la investigadora. Esta fase se desarrolló en dos subfases:

1. Preparación del informe de resultados. Se elaboró un informe detallado en el que se integraron y analizaron los hallazgos obtenidos a partir de las diversas técnicas de evaluación aplicadas. Este informe presentó una recopilación de los datos significativos, la interpretación de los resultados en relación con los fines de la evaluación y las conclusiones tentativas derivadas de los mismos. Se cuidó que la información fuera clara, objetiva y accesible para la usuaria, evitando tecnicismos innecesarios y garantizando su comprensión.

2. Devolución y discusión de los hallazgos. Se realizó una sesión de retroalimentación con Ariana, en la que se le expusieron los resultados de manera estructurada y comprensible. Durante esta sesión, se brindó la oportunidad de expresar dudas, comentarios o inquietudes, asegurando un proceso bidireccional de comunicación. Además, se discutieron en conjunto posibles estrategias de afrontamiento y recomendaciones derivadas de la evaluación, fomentando una toma de decisiones fundamentada por parte de Ariana respecto a su bienestar y tratamiento.

3.9.4 El proceso interventivo-valorativo

Cuando la demanda es de cambio o modificación del comportamiento el paso siguiente exigió una intervención y su valoración, es decir, una vez administrado el

tratamiento, habría de comprobarse su efecto sobre las conductas-problema (o variable dependiente).

Fase 5. Plan de tratamiento. Al planificar tanto el tratamiento como su evaluación, es crucial asegurar que sean adecuados y efectivos. El término "adecuados" hace referencia a la capacidad del tratamiento para abordar las necesidades específicas de la usuaria de manera apropiada, mientras que "efectivos" implica que la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos sean óptimos, considerando el tiempo y el esfuerzo requeridos por Ariana. Posteriormente, se definió el grado de cambio esperado en las evaluaciones de la usuaria antes y después de la implementación del tratamiento. Dentro del plan, fue necesario evaluar el nivel motivacional de la joven antes de iniciar el tratamiento, con el objetivo de determinar si este sería adecuado para ella. En caso de que no lo fuera, se tomarían las medidas necesarias para ajustar el tratamiento, siendo la decisión inicial incorporar una guía psicoeducativa.

Fernández y Ballesteros (2013) proponen tres características fundamentales que deben cumplir los criterios de cambio establecidos en el plan de tratamiento:

1. Que estén en consonancia con las necesidades y demandas de la usuaria, y que hayan sido discutidos con ella, garantizando su implicación activa en el proceso.

2. Que sean realistas, es decir, alcanzables, evitando objetivos demasiado ambiciosos o difíciles de lograr.

3. Que estén debidamente temporalizados, especificando cuándo pueden ser alcanzados y en qué orden, para permitir una evaluación progresiva y controlada del tratamiento.

Fase 6. El diseño y la implementación del tratamiento. Se explicó a la participante destacando que debían comprenderse como una intervención psicológica orientada a abordar sus necesidades, intereses y demandas más relevantes: un cambio del comportamiento y de condiciones psicológicas globales en la funcionalidad de su personalidad.

Se valoró que la terapia cognitivo-conductual podría generar una alta efectividad en la reducción de recaídas, y en comparación con los medicamentos, no ocasiona efectos secundarios adversos.

En esta fase, se combinaron actividades de intervención (medidas repetidas) con evaluación continua. El tratamiento comenzó con el entrenamiento a la usuaria, a quien se le indicó que comunicara la orientación a su pareja, ya que por ser la persona más cercana y capaz de brindarle acompañamiento adecuado y empático.

El entrenamiento incluyó estrategias específicas de afrontamiento para disminuir la ansiedad al interactuar con Ariana, tales como: habilidades sociales, técnicas de relajación y normalización de la frecuencia cardíaca. La intervención se centró en reducir las respuestas fisiológicas displacenteras, mejorar la respuesta cognitivo-afectiva y modificar las conductas asociadas.

Entre los cambios esperados, se identificaron los siguientes objetivos:

Aumentar la confianza en sí misma de la joven, reforzando sus capacidades y habilidades. Se le alentó a identificar situaciones que enfrentaba con éxito, utilizando frases de autovaloración que impulsaran el refuerzo positivo de sus habilidades.

Modificar el estilo cognitivo, guiando a la joven para que reconfigure su percepción de la situación, pasando de considerarla como una amenaza a verla como un desafío solucionable, fomentando formas constructivas y realistas para enfrentar los problemas.

Establecer una relación entre la ansiedad y los pensamientos o deseos que la provocan, identificando también las preocupaciones y creencias subyacentes que generan los estados ansiosos.

Fomentar la autorresponsabilidad emocional, ayudando a la joven a atribuir sus emociones a sí misma y no a factores externos, permitiéndole reconocer que ella está creando sus propios sentimientos.

En sesiones se recurrió a recrear situaciones que le produjeran signos fisiológicos aproximados a los problemáticos para ayudarle a descubrir sus pensamientos.

Fase 7. Valoración y seguimiento. Esta fase representó el punto del proceso experimental en el que se intentó comprobar si había ocurrido un cambio en las conductas objetivo de la joven adulta, en el sentido esperado, y si no habían surgido

problemas adicionales. Para ello, fue necesario realizar las siguientes operaciones:

1. Nueva recolección de información: Se evaluaron las conductas problemáticas para verificar si se alcanzaron los cambios esperados.

2. Revisión de los criterios presentes en las hipótesis interventivas formuladas.

3. Mención por parte de la participante sobre la administración del tratamiento, para confirmar si este se había llevado a cabo de acuerdo con las indicaciones de la especialista.

4. Indagación sobre posibles cambios adicionales, tanto positivos como negativos, atribuibles al tratamiento.

El seguimiento también consistió en verificar si los efectos beneficiosos del tratamiento perduraban con el tiempo, así como la aparición de efectos no deseados relacionados con la intervención. Esto implicó evaluar las conductas implicadas tras el tratamiento y otros factores, como la satisfacción y la percepción de cambio por parte de la joven.

Los datos recopilados debieron ser analizados mediante comparaciones entre los resultados anteriores, durante y posteriores al tratamiento, con el fin de evaluar de forma integral la efectividad del proceso y el impacto del tratamiento en Ariana.

3.9.5 Elaboración de reporte de resultados

Una vez procesados y analizados los resultados, se formularon y desarrollaron una

serie de hipótesis funcionales que conformaron la teoría sobre el caso. En términos simples, se definió la naturaleza del problema, identificando los criterios que definieron la variable dependiente a modificar, así como las variables causales y aquellas vinculadas funcionalmente al problema, que se consideraba que lo sostenían y controlaban. Toda esta información fue comunicada a la usuaria, quien participó activamente en la toma de decisiones y acuerdos sobre los procedimientos a seguir para alcanzar el cambio deseado.

El proceso fue verificado experimentalmente, lo que implicó no solo la planificación de la intervención, sino también la evaluación de su efectividad. En este caso, se concluyó que los beneficios atribuidos al tratamiento aplicado se estabilizaron y mantuvieron, lo que respaldó tanto la intervención como las hipótesis formuladas. De no haber obtenido estos resultados, habría sido necesario replantear nuevos supuestos y estrategias de abordaje.

Desde el rol de investigadora la documentación del caso se llevó a cabo mediante la codificación clínica, un proceso que convierte el lenguaje natural en un sistema documental estandarizado y estructurado.

Los informes a la usuaria y de esta investigación se construyeron a base de discusiones narrativas, categorizaciones, presentación de diagramas, tablas, figuras; los elementos del informe se distinguieron por elementos concisos y didácticos, fundamentados en las notas evolutivas del expediente clínico, sin embargo, hacia la usuaria se utilizó un lenguaje natural por atención a una

comunicación clara, sin intento de confundirle, aunque sin dejar de ser objetivo y serio.

3.10. Aspectos bioéticos

3.10.1 Principios éticos para la investigación médica

Este estudio se basa en los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki, un documento redactado por la Asociación Médica Mundial (AMM), el cual ha sido actualizado y revisado de manera periódica. La Declaración establece un marco ético esencial para las investigaciones en seres humanos, promoviendo el respeto por la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes. Estos principios son fundamentales para avanzar en el conocimiento médico y científico, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, a través de investigaciones que frecuentemente requieren la experimentación con seres humanos (AMM, 2024).

La experimentación debe realizarse con estricta adherencia a estos principios éticos, asegurando la protección de los sujetos de investigación. Estos principios están presentes en diversas declaraciones y consensos internacionales, destacándose la Declaración de Helsinki, adoptada inicialmente en 1964 en Helsinki, Finlandia, y actualizada en múltiples ocasiones. Este documento ha sido clave en la ética de la investigación biomédica y ha influido considerablemente en el diseño de legislaciones y códigos de conducta a nivel mundial.

A lo largo de los años, la Declaración ha sido revisada en reuniones internacionales en ciudades como Tokio (1975), Venecia (1983) y Hong Kong (1989), consolidándose como un estándar en la ética de la investigación con seres humanos. El documento establece guías para médicos e investigadores, enfatizando la obligatoriedad del consentimiento informado y la evaluación ética de los protocolos de investigación, así como la necesidad de respetar la autonomía del individuo y su derecho a tomar decisiones informadas tras recibir una explicación clara sobre los riesgos y beneficios de participar en un estudio, siguiendo el principio de beneficencia.

Para que un individuo participe en una investigación, debe otorgar su consentimiento informado, asegurando que su participación sea libre y voluntaria, con la opción de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Además, se destaca que el bienestar del participante debe prevalecer sobre los intereses científicos y sociales. En casos donde el sujeto no pueda otorgar su consentimiento debido a incapacidades legales, mentales o físicas, o si es menor de edad, dicho consentimiento debe ser proporcionado por un representante legal.

Los principios de la Declaración de Helsinki también estipulan que la investigación debe basarse en un conocimiento profundo del campo científico (Artículo 11), en la evaluación de riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), y en la probabilidad razonable de beneficio para los participantes (Artículo 19). También es crucial que los estudios sean dirigidos por investigadores cualificados (Artículo 15), siguiendo protocolos aprobados y revisados éticamente. Finalmente, el principio de justicia subraya la

importancia de adherirse a las leyes nacionales y a las normas internacionales para asegurar que las protecciones de los participantes no se vean comprometidos (AMM, 2024).

3.10.2 Normas éticas sobre la investigación en psicología

En la *Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C.* (FENAPSIME), organismo al que estoy agremiada en el ejercicio profesional, se muestra un marcado interés en fundamentar normas de conducta profesional y orientar la elaboración de un Código de Ética que aspira a los ideales más elevados de la disciplina. Dichos principios se consideran en cualquier ámbito del ejercicio de la Psicología. A partir de 2018, FENAPSIME establece que, en el desempeño investigativo, se observan las siguientes disposiciones del apartado VI del Código de Ética:

El artículo 94 establece que, al decidir participar en una investigación, el profesional de la Psicología debe actuar con respeto, priorizando siempre la dignidad y el bienestar de participantes involucrados. El artículo 95 exige apegarse a las disposiciones de las leyes federales e internacionales en el desarrollo de estudios y experimentación. Asimismo, el artículo 96 impone estructurar la metodología de forma que se minimice la posibilidad de obtener resultados falaces, mientras que el artículo 97 recomienda verificar estudios previos para evitar redundancias y daños a los participantes. El artículo 98 coacciona a solicitar el consentimiento informado expreso y por escrito, explicando de manera clara las implicaciones personales y en

salud de la participación. Por otro lado, el artículo 99 faculta al profesional para reservar cierta información cuando su divulgación pueda afectar el resultado, siempre que ello no comprometa la integridad de los sujetos y, al finalizar el estudio, se revele dicha información, además de solicitar autorización para la publicación de resultados. Finalmente, se garantiza el derecho a desistir en cualquier momento (artículo 101), se enfatiza la comunicación de hallazgos en un lenguaje comprensible (artículo 103) y se establecen mecanismos, mediante consultas a consejos o comités institucionales (artículo 105), para resolver cualquier aspecto ético poco claro; asimismo, se imponen límites en el respeto de los derechos de los sujetos (artículo 106), se prohíben actos que puedan causar perjuicio (artículo 107), se rechazan procedimientos no avalados por centros científicos (artículo 108) y se impone la obligación de citar adecuadamente las fuentes en la difusión de datos o ideas (artículo 109).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

La presente sección detalla la información recopilada para llevar a cabo el análisis funcional del caso clínico, la confirmación de las características de la muestra unitaria reportada en las secciones de su expediente clínico; cómo a partir de dicha información se combinaron los datos disponibles y se representaron gráficamente los juicios clínicos para establecer relaciones con las variables de la investigación, entre ellas, la elección del tratamiento bajo las necesidades externadas. El análisis funcional implicó integrar las variables y relaciones causales con las necesidades de atención psicológica de la colaboradora y los objetivos del tratamiento. Se presenta un caso práctico ejemplificativo sobre la evaluación de signos fisiológicos, cognitivos y conductuales, enmarcado dentro de un diseño metodológico estructurado. Se integraron en tablas las evidencias obtenidas mediante diversas técnicas y herramientas, así como la identificación de factores causales y los listados utilizados en el análisis funcional. La representación gráfica de estos elementos permitió comunicar con claridad los hallazgos a otras personas, otorgando validez al caso clínico formulado y facilitando la selección del enfoque más adecuado para el tratamiento. El análisis funcional se caracteriza por su naturaleza dinámica e idiográfica, lo que implica que su validez está circunscrita a las situaciones o contextos específicos dentro de la historia de vida de la joven.

En la figura 1 se presenta la cronología del desarrollo del proyecto, destacando la

secuencia de las variables investigadas, las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de datos y el progreso del trabajo.

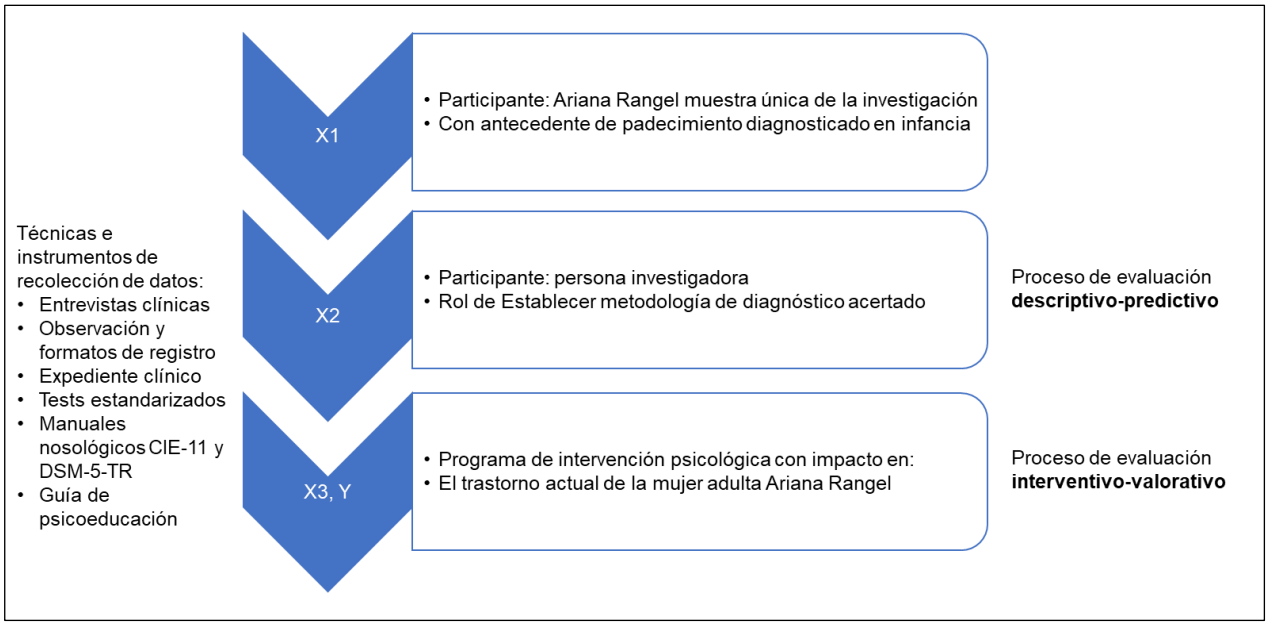


Figura 1. Investigación cualitativa fenomenológica, “Diseño de preprueba/posprueba con la mujer adulta joven”

Con base en lo anterior, el análisis cualitativo consistió en organizar los datos recolectados, en este caso, textos, y proceder a su codificación, siendo el primer dato descrito el Padecimiento que se diagnosticó en la infancia. A través de la codificación, se generaron unidades de significado y se realizó un proceso de evaluación descriptivo-predictivo, empleando la metodología de diagnóstico clínico, el cual contribuyó a emitir un trastorno en curso reuniendo la información nuevamente ahora con la finalidad de establecer el programa de actividades de intervención psicológica en un proceso interventivo-valorativo que condujo a discutir relaciones entre estas dos variables al valorar la intervención aplicada para

finalmente producir conclusiones del efecto en la percepción personal emocional de la mujer adulta participante.

A continuación, se presenta en la tabla 3 la planeación secuencial del desarrollo de la investigación dando lugar a la figura 2, el cronograma o planeación secuencial en el tiempo del desarrollo de la investigación asociado al uso de técnicas procedimentales e instrumentos de actuación y registro.

Tabla 3. Planeación secuencial del desarrollo de la investigación

Nombre de la tarea	Número de tarea	Fecha de inicio	Fecha final	Duración (dias)
Motivo de atención, contrato de servicios, consentimiento informado	Tarea 1	22/02/2023	07/03/2023	13
Antecedentes familiares y averiguación factores de riesgo	Tarea 2	08/03/2023	22/03/2023	14
Consentimiento e invitación participación investigación	Tarea 3	05/04/2023	18/04/2023	13
Información valoración X1	Tarea 4	19/04/2023	16/05/2023	27
Establecer procedimiento para X2 en acuerdo con la participante (posible ansiedad, depresión o trastorno de la personalidad)	Tarea 5	17/05/2023	30/05/2023	13
Evaluación Ansiedad	Tarea 6	31/05/2023	27/06/2023	27
Evaluación Depresión	Tarea 7	28/06/2023	25/07/2023	27
Evaluación Trastorno de Personalidad	Tarea 8	26/07/2023	09/08/2023	14
Análisis de información, determinación de Y, preparar guía psicoeducativa	Tarea 9	10/08/2023	22/08/2023	12
Comunicación de Y a la participante, comunicar cómo llevar a cabo X3	Tarea 10	23/08/2023	05/09/2023	13
Implementación de X3 y evaluar avances y efectos sobre Y	Tarea 11	06/09/2023	20/02/2024	167
Determinar validez y confiabilidad relación Y respecto a X3	Tarea 12	21/02/2024	20/03/2024	28
Análisis de información y pospruebas de evaluación	Tarea 13	21/03/2024	17/04/2024	27
Análisis y discusión de resultados	Tarea 14	18/04/2024	15/05/2024	27
Conclusiones	Tarea 15	16/05/2024	12/06/2024	27

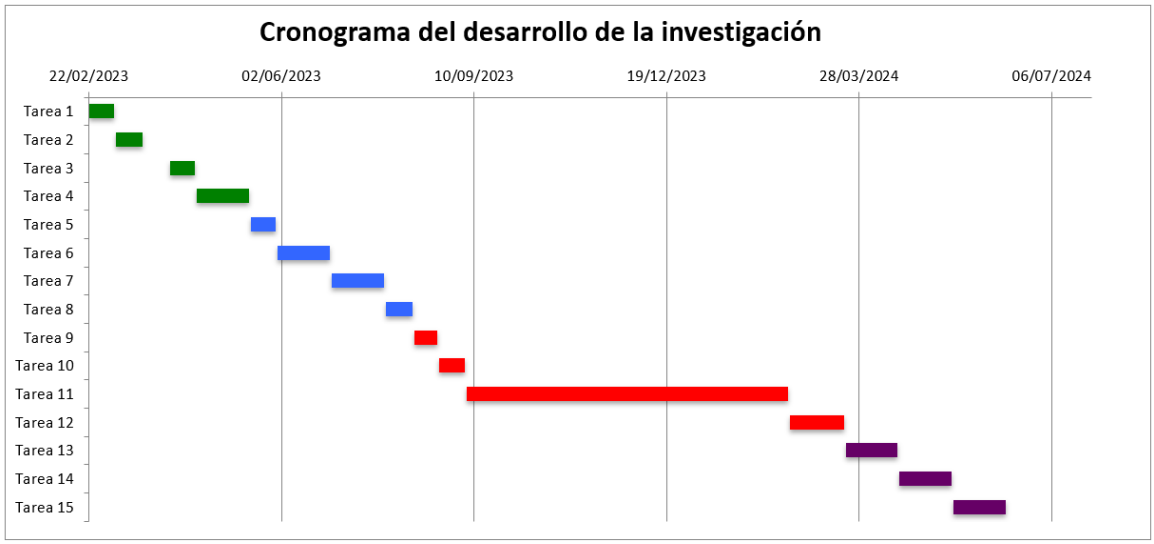


Figura 2. Cronograma del desarrollo de la investigación (elaboración propia)

El desarrollo de la investigación se fue desarrollando mediante métodos, técnicas y se utilizaron los instrumentos idóneos para cada tarea, por ejemplo, en cuanto a confirmar a detalle la presencia del padecimiento que se diagnosticó en la infancia, se efectuaron 2 sesiones de entrevistas semidirigidas y se registró lo observado en expediente clínico.

Así mismo, para establecer la metodología de diagnóstico clínico del trastorno o enfermedad mental actual de la mujer se utilizaron entrevistas clínicas estructuradas, observación, escalas, consultas de los manuales nosológicos CIE-11 y DSM-5-TR, análisis documental, registros de observación en expediente clínico, nota/informe de diagnóstico.

Por otra parte, para dar a conocer el programa de actividades de intervención psicológica desarrolladas en sesiones individuales de consulta de atención de segundo nivel entre la usuaria y la profesional de la salud mental se utilizaron

entrevista dirigida y guía de psicoeducación.

Finalmente, se evaluó el impacto positivo de la intervención psicológica en Ariana, midiendo la percepción de su entorno emocional y funcionalidad de la comunicación en su ámbito laboral, se utilizaron cuestionarios, test, registros de observación, notas de evolución y resumen clínico en expediente clínico. Todos estos instrumentos y técnicas fueron descritos en el Capítulo 3.

4.1.1 Codificación y categorización

En esta sección se exponen los resultados en cuanto a las características biográficas de la colaboradora de esta investigación, historia clínica, historia de vida y diagnóstico previo, aspectos socioeconómicos con el fin de describir las características principales de la muestra y con el fin de obtener información integral sobre sus antecedentes y situación actual, se indagaron factores de riesgo y protección que permitieron interpretar la posible existencia de un trastorno de salud mental en la edad adulta.

En la tabla 4 se presenta un resumen del expediente clínico con los resultados obtenidos mediante las técnicas de recolección de datos previamente mencionadas.

Tabla 4. Extracto 1 del expediente clínico

1. DATOS DE ATENCIÓN		
Fecha: D: 08 M: 03 A: 2023	Expediente folio: 0313	Hora: 18 hrs
Nombre profesional: Yolanda Patricia García Aguirre	Documento del profesional: Ced. Prof. 7569215	

2. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE	
CURP: XXXX980616XXXXXXXX	Nombre: Ariana Rangel Rangel
Documento identidad: INE	Escolaridad: Licenciatura terminada
Género: MUJER	Fecha de nacimiento: 16.06.1998
Edad actual:25	Edad en la atención: 25 años
Lugar de nacimiento: GUANAJUATO	Estado civil: Casada
Dirección de residencia: Av Valerio de la Cruz #1079	Municipio de residencia: Morelia
Teléfono de residencia: 4438047894	Correo electrónico: Correo personal
Correo personal: arianaXXXX@gmail.com	Ocupación: Ventas en comercio digital

3. DATOS DEL ACUDIENTE DEL PACIENTE		
Nombre:	NINGUNO	Parentesco: NINGUNO
Dirección:	NINGUNO	Teléfono: NINGUNO
Número de celular:	NINGUNO	Email: NINGUNO

5. ANTECEDENTES	
Familiares	
• Salud Mental:	MADRE CON PRESUNTO TRASTORNO DE BIPOLARIDAD
• No reporta.	
Personales	
• Salud Mental:	TRASTORNO POR HIPERSENSIBILIDAD EN INFANCIA
• No reporta.	

6. PACIENTE REMITIDO
Si: No: X
¿Por quién?: NA

7. ANAMNESIS PSICOLÓGICA
7.1 MOTIVO DE CONSULTA (Información textual y entre comillas de la problemática del estudiante)
"Mi objetivo principal es saber si tengo algún problema de salud debido a un diagnóstico descuidado en mi infancia. Quiero recibir tratamiento para mejorar mi bienestar emocional diario y tener la capacidad de comunicarme efectivamente con mis clientes a través de medios digitales en tiempo real. Esto es importante para mí tanto a nivel personal como laboral".

4.1.2 Análisis para investigación cualitativa con apoyo de software

La investigación cualitativa ha experimentado una evolución significativa con la incorporación de software especializado, especialmente en campos como la investigación humanística y fenomenológica. Estos enfoques de investigación se centran en explorar la profundidad de las experiencias humanas, las percepciones y los significados subjetivos. El uso del software NVivo ha brindado a los

investigadores herramientas efectivas para organizar, analizar y visualizar datos cualitativos con mayor eficiencia y precisión. Una de sus principales ventajas es la capacidad de gestionar grandes cantidades de datos no estructurados, como transcripciones de entrevistas, notas de campo y materiales multimedia, permitiendo la codificación de los datos, identificar patrones y realizar análisis comparativos de manera más sistemática. NVivo es ampliamente utilizado por su flexibilidad y capacidad de integración con otras herramientas, lo que facilita el análisis de textos, imágenes y datos sociales.

En la investigación humanística, el software ha permitido una mayor profundidad en el análisis textual y semiótico, facilitando la codificación y comparación de grandes contenidos de datos. En la fenomenología, donde la experiencia subjetiva es clave, herramientas como ésta permiten a los investigadores explorar cómo los significados y experiencias se desarrollan a lo largo del tiempo y entre diferentes grupos de participantes.

Además, el software también ha mejorado la transparencia y la replicabilidad en la investigación cualitativa. A través de la sistematización del análisis de datos, en la investigación se pueden documentar los procesos analíticos con mayor detalle, lo que facilita la validación y reproducción de estudios. Este nivel de precisión es crucial en la investigación fenomenológica, donde la interpretación es a menudo subjetiva y el rigor metodológico es esencial para la credibilidad del estudio.

4.1.2.1 Paradigma interpretativo en el área de la salud

En la investigación presentada la posibilidad de correlación ha sido interna, en base al tipo de situación experimental, se trató de un diseño intrasujeto. Por ello se ha establecido que la correlación ocurriera a partir de la selección, el tratamiento y análisis de las variables independientes y variable dependiente.

Se siguieron los protocolos de las guías de manejo de atención de primer nivel para evaluar depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad. Se utilizaron las escalas de evaluación mencionadas en el capítulo 3 a través de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, según lo requiera cada situación, empleando los instrumentos de registro específicos para cada escala. Estas escalas fueron *Test de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), Entrevista basada en el Cuestionario Internacional de los Trastornos de la Personalidad (I.P.D.E.),* como se describió en la Tabla 1 del capítulo 3.

4.1.3 Descripción de los resultados a partir de las variables de investigación

De acuerdo con el cronograma de actividades, durante el proceso de evaluación descriptivo-predictivo se exploró la infancia, específicamente el contexto familiar, con el fin de obtener información sobre el diagnóstico previo, los factores de riesgo y protección, episodios significativos, definiciones, ideologías, estereotipos y roles.

4.1.3.1 Padecimiento que se diagnosticó en la infancia (variable X_1)

Debido a la nula comunicación actual entre Ariana y su familia de origen, no fue

posible entrevistar a un informante, de ahí que la descripción de lo externado por Ariana en entrevistas semiestructuradas se sintetizó en la Tabla 5 una vez que se realizó el contraste con bibliografía, lo que presenta un texto interpretativo registrado en el expediente clínico de Ariana.

Tabla 5. Extracto 2 del expediente clínico.

7.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA (Problemática o situación actual del paciente por la cual consulta: Sintomatología, Evolución, Causas, Vínculos afectivos, Contexto, Afectación a nivel familiar, social, personal y académica)
La definición del problema de Ariana implica explorar varias áreas de su vida. Ariana busca determinar si está experimentando algún trastorno de salud mental debido a un diagnóstico descuidado durante su infancia (APA, 2013; WHO, 2017). En acuerdo con Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020) este diagnóstico descuidado puede haber contribuido a su sintomatología actual, que incluye dificultades para mantener una percepción personal emocional positiva a lo largo del día y limitaciones en su capacidad para comunicarse efectivamente con clientes a través de medios digitales en tiempo real. La evolución de esta problemática puede remontarse a la falta de atención o tratamiento adecuado durante su desarrollo temprano, lo que puede haber afectado negativamente su salud emocional y sus habilidades comunicativas en la edad adulta. Otros causales para la evolución son que desde temprana edad ariana experimentó desafíos emocionales significativos. Su madre, preocupada por las apariencias sociales, la exponía constantemente en eventos públicos, generando en ella una profunda ansiedad y sentimientos de incomodidad y vergüenza. Estas experiencias contribuyeron al desarrollo de una fuerte ansiedad social y una percepción negativa de sí misma. Además, la joven creció en un ambiente familiar donde se le negaba la autonomía y se tomaban decisiones por ella. Esta falta de control sobre su propia vida la llevó a desarrollar una baja autoestima y una dependencia excesiva de la aprobación externa. A pesar de estos desafíos, la joven también experimentó un lazo especial con sus abuelos maternos, quienes la mimaban y hacían sentir única. Sin embargo, la pérdida de sus abuelos la sumió en un profundo sentimiento de soledad y abandono. Las causas subyacentes pueden estar relacionadas con posibles trastornos o dificultades no abordadas en su infancia, lo que ha impactado su bienestar emocional y habilidades sociales en la vida adulta, especialmente en su desempeño laboral (Kessler, et al., 2005). En Harvard Health Publishing en el año 2020 se aseveró que los vínculos afectivos pueden estar afectados por estas dificultades, ya que las relaciones personales y laborales pueden estar comprometidas debido a sus desafíos emocionales y de comunicación. En términos de contexto social y personal, Ariana puede haber enfrentado obstáculos en su desarrollo social, debido a esta problemática no resuelta. Esto puede haber tenido un impacto en su capacidad para relacionarse con los demás (Zapf y Gross, 2001) y para tener éxito en entornos profesionales que requieren habilidades de comunicación modernas (Hammen, C. 2005), como la interacción digital en tiempo real. En resumen, la situación de Ariana implica la necesidad de evaluar posibles trastornos mentales relacionados con un diagnóstico descuidado en la infancia, con el objetivo de abordar sus dificultades emocionales diarias y mejorar su funcionamiento laboral mediante intervenciones terapéuticas adecuadas.

Por lo anteriormente argumentado la variable X_1 es un causal y factor de riesgo para

que Ariana curse en la edad adulta con un trastorno mental, comprometiendo al diseño y operación de las variables X_2 y X_3.

4.1.3.2 Metodología del diagnóstico acertado (Variable X_2)

Los modelos metodológicos de investigación y los sistemas de diagnósticos constituyen representaciones estructuradas de la realidad, mediante formulaciones sintéticas que describen el estado clínico de una persona. Se planteó una metodología razonablemente precisa y específica, sin dejar de incluir elementos comprensivos y cabales, por tratarse de una persona la participante en la investigación.

La estrategia metodológica aplicada ofreció contribuciones relevantes en dos aspectos esenciales: en primer lugar, una caracterización psicopatológica detallada, basada en sistemas de diagnósticos recientes que priorizan el enfoque por síndromes y el empleo de criterios definidos, favoreciendo así el uso de entrevistas estructuradas; en segundo lugar, se logró una formulación diagnóstica amplia mediante el uso de esquemas multiaxiales, que permitieron una valoración integral del caso.

Los procedimientos operativos de la metodología de investigación llevados a cabo fueron planificados e indicados en el cronograma de actividades. A continuación, se exponen los hallazgos obtenidos conforme al orden en que fueron aplicadas las técnicas e instrumentos de recolección de datos. Esta disposición metodológica facilita una lectura cronológica y estructurada del proceso evaluativo: Test de

Depresión de Beck (BDI-II) (Figura 3), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Figura 4), Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) (Figura 5), Entrevista basada en el Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE) (Figura 6), Extracto 3 de expediente clínico “Vínculos afectivos, comunicación y contexto” (Tabla 6), Registro de Pensamientos (Tabla 7), Examen mental (Tabla 8). Cabe mencionar que las evidencias fueron las contestadas por Ariana y las tablas se llenaron con la información recabada en las entrevistas efectuadas. Se presentan también varias notas generales o específicas según el caso, para cada tabla o figura.

El test de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.
Debe contestar a todas las preguntas del test para obtener el resultado.

Tristeza (0)
- (•) No me siento triste/a
- ( ) Me siento triste/a
- ( ) Me siento triste/a continuamente
- ( ) Me siento tan triste/a o tan desgraciado/a que no puedo soportar esto

Desánimo (2)
- ( ) No me siento especialmente desanimado/a de cara al futuro
- ( ) Me siento desanimado/a de cara al futuro
- (•) Siento que no hay nada por lo que luchar
- ( ) El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

Fracaso (1)
- ( ) No me siento como un/a fracasado/a
- (•) He fracasado más que la mayoría de las personas
- ( ) Cuando miro atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- ( ) Soy un/a fracasado/a total como persona

Satisfacción (1)
- ( ) No me siento como un/a fracasado/a
- (•) No disfruto de las cosas como antes
- ( ) Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- ( ) Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

Culpabilidad (1)
- ( ) No me siento especialmente culpable
- (•) Me siento culpable en bastantes ocasiones
- ( ) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- ( ) Me siento culpable constantemente

Castigo (1)
- ( ) No creo que esté siendo castigado/a
- (•) Siento que quizá esté siendo castigado/a
- ( ) Espero ser castigado/a
- ( ) Siento que estoy siendo castigado/a

Descontento (1)

- ○ No estoy insatisfecho/a de mí mismo/a
- ◉ Estoy descontento/a de mí mismo/a
- ○ Estoy a disgusto conmigo mismo/a
- ○ Me detesto

Autocrítica (1)

- ○ No me considero peor que cualquier otro/a
- ◉ Me autocritico por mi debilidad o por mis errores
- ○ Continuamente me culpabilizo por mis faltas
- ○ Me culpabilizo por todo lo malo que sucede

Suicidio (0)

- ◉ No tengo ningún pensamiento de suicidio
- ○ A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- ○ Desearía poner fin a mi vida
- ○ Me suicidaría si tuviera la oportunidad

Llorar (0)

- ◉ No lloro más de lo normal
- ○ Ahora lloro más que antes
- ○ Lloro continuamente
- ○ No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga

Irritación (2)

- ○ No estoy especialmente irritado/a
- ○ Me molesto e irrito más fácilmente que antes
- ◉ Me siento irritado/a continuamente
- ○ Ahora no me irrita en absoluto las cosas que antes me molestaban

Interés por los demás (2)

- ○ No he perdido el interés por los demás
- ○ Estoy menos interesado/a en los otros que antes
- ◉ He perdido gran parte del interés por los demás
- ○ He perdido todo interés por los demás

Toma de decisiones (1)

- ○ Tomo mis propias decisiones igual que antes
- ◉ Evito tomar más decisiones que antes
- ○ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- ○ Me es imposible tomar decisiones

Aspecto (2)

- ○ No creo tener peor aspecto que antes
- ○ Estoy preocupado/a porque parezco envejecido/da y poco atractivo/a
- ◉ Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a
- ○ Creo que tengo un aspecto horrible

Actividad (1)

- ○ Trabajo igual que antes
- ◉ Me cuesta más esfuerzo del normal empezar a hacer algo
- ○ Debo de obligarse a mí mismo para hacer algo
- ○ Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

Dormir (0)

- ◉ Duermo tan bien como siempre
- ○ No duermo tan bien como antes
- ○ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo normal y me cuesta volver a dormir
- ○ Me despierto varias horas antes de lo normal y ya no puedo volver a dormir

Cansancio (1)

- ○ No me siento más cansado de lo normal
- ◉ Me canso más que antes
- ○ Me canso cuando hago cualquier cosa
- ○ Estoy demasiado cansado para hacer nada

Apetito (0)

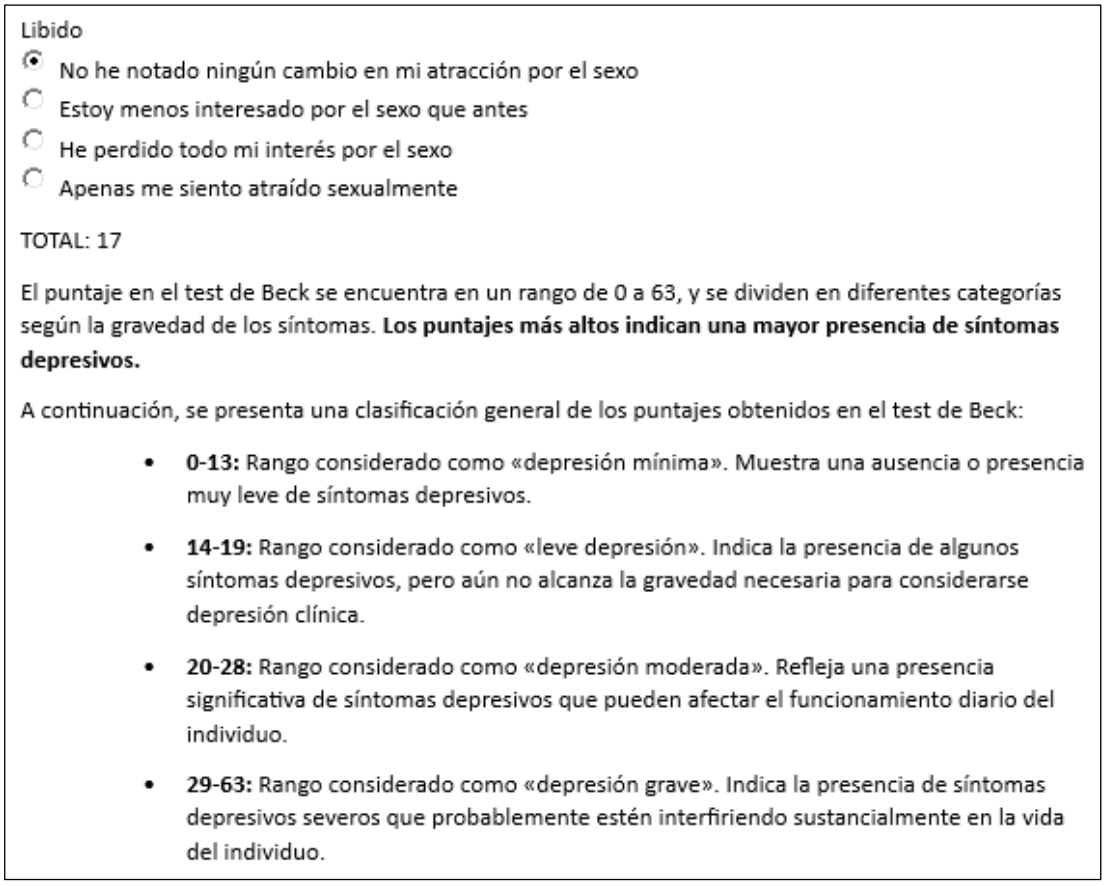
- ◉ Mi apetito no ha disminuido
- ○ No tengo tanta hambre como antes
- ○ Ahora tengo mucho menos hambre
- ○ He perdido completamente el hambre

Peso (0)

- ◉ No he perdido peso últimamente
- ○ He perdido más de 2 kilos
- ○ He perdido más de 4 kilos
- ○ He perdido más de 7 kilos

Salud (0)

- ◉ No estoy preocupado por mi salud
- ○ Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar del estómago o los resfriados
- ○ Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- ○ Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas


Libido

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

TOTAL: 17

El puntaje en el test de Beck se encuentra en un rango de 0 a 63, y se dividen en diferentes categorías según la gravedad de los síntomas. **Los puntajes más altos indican una mayor presencia de síntomas depresivos.**

A continuación, se presenta una clasificación general de los puntajes obtenidos en el test de Beck:

- **0-13:** Rango considerado como «depresión mínima». Muestra una ausencia o presencia muy leve de síntomas depresivos.
- **14-19:** Rango considerado como «leve depresión». Indica la presencia de algunos síntomas depresivos, pero aún no alcanza la gravedad necesaria para considerarse depresión clínica.
- **20-28:** Rango considerado como «depresión moderada». Refleja una presencia significativa de síntomas depresivos que pueden afectar el funcionamiento diario del individuo.
- **29-63:** Rango considerado como «depresión grave». Indica la presencia de síntomas depresivos severos que probablemente estén interfiriendo sustancialmente en la vida del individuo.

Figura 3. Evidencia de realización de Test de depresión de Beck (BDI-II).

Los resultados obtenidos en el Test de Depresión de Beck, con 17 puntos, indican la presencia leve de síntomas depresivos. Estos signos reflejan en Ariana un estado emocional caracterizado por sentimientos de desesperanza, disminución de la motivación, irritabilidad persistente y una marcada desafección hacia actividades que anteriormente resultaban significativas o placenteras, preferentemente de tipo social.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

CUESTIONARIO

	No	Leve	Moderado	Bastante	Puntos
1. Torpe o entumecido	☐	☐	■	☐	2
2. Acalorado	☐	☐	☐	■	3
3. Con temblor en las piernas	☐	☐	■	☐	2
4. Incapaz de relajarse	☐	☐	■	☐	2
5. Con temor a que ocurra lo peor	☐	☐	■	☐	2
6. Mareado, o que se le va la cabeza	☐	☐	■	☐	2
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	☐	■	☐	☐	1
8. Inestable	☐	☐	■	☐	2
9. Atemorizado o asustado	☐	■	☐	☐	1
10. Nervioso	☐	☐	■	☐	2
11. Con sensación de bloqueo	☐	■	☐	☐	1
12. Con temblores en las manos	☐	☐	☐	■	3
13. Inquieto, inseguro	☐	■	☐	☐	1
14. Con miedo a perder el control	☐	■	☐	☐	1
15. Con sensación de ahogo	☐	☐	■	☐	2
16. Con temor a morir	☐	■	☐	☐	1
17. Con miedo	☐	☐	■	☐	2
18. Con problemas digestivos	☐	■	☐	☐	1
19. Con desvanecimientos	☐	☐	■	☐	2
20. Con rubor facial	■	☐	☐	☐	0
21. Con sudores, fríos o calientes	☐	☐	☐	■	3

Puntuación total: 36 puntos

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.
El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:
00–21 - Ansiedad muy baja
22–35 - Ansiedad moderada
Más de 36 - Ansiedad severa
Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".
La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Figura 4. Evidencia de realización de Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Basándome en los síntomas descritos en sus expresiones verbales y el puntaje de 36 en el Inventario de Ansiedad de Beck, es evidente que Ariana estaba

experimentando una cantidad significativa de ansiedad. Los síntomas físicos y emocionales frecuentes que menciona, como entumecimiento, temblores, falta de relajación, nerviosismo y sensación de ahogo, son indicativos de un nivel severo de ansiedad.

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Nombre del paciente: **'Ariana Rangel'**			
Fecha de evaluación **07-junio-2023** **Ficha clínica:** **0313**			
1 **Ansiedad**	**Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.**		Puntaje 3
	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 **Tensión**	**Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.**		Puntaje 1
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nervioso 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 siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.**		Puntaje 4
	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 trabajo 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 1
	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 1
	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 3
	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 generales (musculares)**	**Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.**		Puntaje 4
	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 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 tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.**		Puntaje 4
	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 cardiovasculares**	**Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.**		Puntaje 2
	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 2
	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 2
	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 2
	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 **Síntomas autonómicos**	**Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.**		Puntaje 2
	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 **Conducta durante la entrevista**	**Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando?**		Puntaje 2
	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.	

Puntuación total: 33

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. 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 no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak11 propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

Figura 5. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)

Basándome en el resultado de la Escala de Ansiedad de Hamilton (33 puntos) y los detalles proporcionados, Ariana mostró un nivel de ansiedad mayor (clínicamente manifiesta) que está impactando notablemente su vida diaria y su desempeño laboral. La ansiedad se manifiesta como pánico o temor abrumador hacia posibles lesiones o daños futuros. Los síntomas sensoriales constantes los identifica

conscientemente más no interfieren en la mayoría de sus actividades diarias ha manifestado en varias de los ítems que puede mantenerlos en control.

Cabe mencionar que para discriminar o descartar cualquier afectación orgánica Ariana presentó análisis valorativos del sistema circulatorio (electrocardiograma, holter, prueba de esfuerzo) sin alteraciones anatómicas, estructurales o fisiológicas; biometría hemática con parámetros dentro de rangos normales; ultrasonido ginecológico presentando microquistes ováricos que no ponen en peligro alguna complicación funcional, anatómica o de regulación hormonal.

Otra de las técnicas empleadas en el proceso de evaluación fue el Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE) herramienta asociada en concordancia con los criterios diagnósticos del DSM. En la figura 18 se presenta la información recabada.

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM

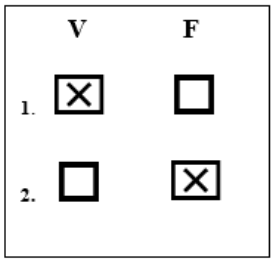
Nombre:	Ariana.....
Apellidos:	.Rangel Rangel.....
Fecha:	.02-agosto-2023.....

INSTRUCCIONES

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Para contestar en la Hoja utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente
5. A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar. SI ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de la letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero)

2. "Mido más de tres metros"
Esta frase es falsa para Vd. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso)



6. Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.

(*) Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.
TODA LA INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA DE FORMA PRIVADA Y CONFIDENCIAL

	Verdadero (1, 2)	Falso (0)
1.- Normalmente me divierto y disfruto de la vida		0
2.- Confío en la gente que conozco	1	
3.- No soy minucioso con los detalles pequeños		0
4.- No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	1	
5.- Muestro mis sentimientos a todo el mundo		0
6.- Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí		0
7.- Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	2	
8.- Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	1	
9.- Mucha gente que conozco me envidia		0
10.- Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles		0
11.- Nunca me han detenido	2	
12.- La gente cree que soy frío y distante	2	
13.- Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas		0
14.- La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo		0
15.- La gente tiene una gran opinión sobre mí	1	
16.- Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	2	
17.- Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	2	
18.- Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	2	
19.- Me resulta muy difícil tirar las cosas		0
20.- A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	1	
21.- Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	2	
22.- Uso a la gente para lograr lo que quiero	2	
23.- Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	2	
24.- A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas		0
25. -Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito		0
26.- Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	2	
27.- Para evitar críticas prefiero trabajar solo	2	
28.- Me gusta vestirme para destacar entre la gente	2	
29.- Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	2	
30.- Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	2	
31.- Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales		0
32.- La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas		0
33.- Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo		0
34.- No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto		0
35.- No me gusta ser el centro de atención	2	
36.- Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel		0
37.- La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo		0
38.- Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	2	
39.- Me preocupa mucho no gustar a la gente		0

40.- A menudo me siento vacío por dentro		0
41.- Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más		0
42.- Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo		0
43.- Tengo ataques de ira o enfado	1	
44.- Tengo fama de que me gusta "flirtear		0
45.- Me siento muy unido a gente que acabo de conocer		0
46.- Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	2	
47.- Pierdo los estribos y me meto en peleas		0
48.- La gente piensa que soy tacaño con mi dinero		0
49.- Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	1	
50.- Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables		0
51.- Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	2	
52.- A menudo confundo objetos o sombras con gente		0
53.- Soy muy emocional y caprichoso	2	
54.- Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	1	
55.- Sueño con ser famoso		0
56.- Me arriesgo y hago cosas temerarias		0
57.- Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	1	
58.- Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	2	
59.- Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	2	
60.- Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	1	
61.- Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	2	
62.- Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente		0
63.- Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas		0
64.- A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo.		0
65.- Prefiero asociarme con gente de talento		0
66.- He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	1	
67.- No suelo mostrar emoción	1	
68.- Hago cosas para que la gente me admire		0
69.- Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos		0
70.- La gente piensa que soy extraño o excéntrico		0
71.- Me siento cómodo en situaciones sociales		0
72.- Mantengo rencores contra la gente durante años	2	
73.- Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	2	
74.- Me resulta difícil no meterme en líos		0
75.- Llego al extremo para evitar que la gente me deje		0
76.- Cuándo conozco a alguien no hablo mucho	2	
77.- Tengo amigos íntimos	1	

Indicaciones para la evaluación del cuestionario de evaluación IPDE

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de **F**, si la respuesta es **VERDADERO**.

2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por **F**), si la respuesta es **FALSO**.

3. **Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la** evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa **que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.**

301.0 **Paranoide** 2 F 14F 36 38 58 66 72	301.20 **Esquizoide** 1 F 12 21F 31 46 57F 77F	301.21 **Esquizotípico** 2 F 24 30 52 64 67 70 71F 77F	301.50 **Histriónico** 5 10 17 26 28 35F 44 45	301.7 **Antisocial** 11F 18F 20 29 47 56 74
301.81 **Narcisista** 7F 9 15 22 37 55 61 65 68	301.82 **Límite** 4 8 13 25F 40 43 53 60 75	301.4 **Obsesivo-Compulsivo** 3F 19 23 32 41 48 54 59	301.5 **Dependencia** 6 33 42 49 50 62 69F 73	301.83 **Evitación** 16 27 34 38 39 51 63 76

Figura 6. Evidencia entrevista basada en el Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE)

La primera ocasión en que Ariana contestó la prueba signó eligiendo las opciones F o V, sin embargo, la puntuación requirió un conocimiento de la frecuencia con la que Ariana debía especificar la frecuencia de la conducta. Otro motivo para puntuar numéricamente las respuestas fue que Ariana puntuó para 5 trastornos en positivo.

Se optó por seguir estas bases para diferenciar entre las puntuaciones 0, 1 ó 2 para lograr mejor fiabilidad en el diagnóstico si los resultados son sumativos, de esta forma las preguntas del IPDE confieren cierta información cuantitativa acerca de la frecuencia, de esta forma Ariana puntuó solo para trastornos esquizoide y evitación.

En cuanto a la evaluación de los vínculos afectivos, comunicación y contexto interpersonal, La información de mayor relevancia obtenida durante el proceso evaluativo se sistematizó y se exponen de manera organizada en la Tabla 6.

Tabla 6. Extracto 3 de expediente clínico. Vínculos afectivos, comunicación y contexto. (Elaboración propia)

7.3 VÍNCULOS AFECTIVOS, COMUNICACIÓN Y CONTEXTO (Estructura familiar, relaciones familiares, relaciones interpersonales, vínculos afectivos fuera de la familia y contexto en donde vive)
Ariana creció en un entorno marcado por la ausencia emocional de sus padres y hermano, quienes estuvieron ausentes durante su infancia y adolescencia. Los únicos familiares cercanos fueron sus abuelos maternos, quienes lamentablemente fallecieron cuando ella era muy pequeña, dejándola con una sensación temprana de pérdida y soledad. Esta falta de vínculo familiar directo probablemente contribuyó a la dificultad de Ariana para confiar en los demás y establecer relaciones interpersonales sólidas fuera de su círculo más íntimo. Actualmente, Ariana ha establecido un vínculo muy estrecho y estable con su pareja, que se ha convertido en la principal fuente de apoyo emocional y afectivo en su vida. Su relación matrimonial parece proporcionarle el sostén emocional que ha buscado desde su infancia, ofreciéndole un ambiente seguro y afectuoso. Sin embargo, más allá de su relación de pareja, las relaciones interpersonales de Ariana son limitadas y selectivas. Tiene dificultades para confiar en nuevas personas y tiende a preferir la compañía de su pareja sobre la de otros. Esta actitud puede derivarse de sus experiencias pasadas y la sensación de abandono emocional durante su crianza. En cuanto a su entorno actual, Ariana vive en la ciudad de Morelia, donde su círculo social es restringido a 2 amistades de confianza. Su vida diaria se centra en su hogar, el home office y en actividades, como asistir al gimnasio, que constituyen unos de los pocos momentos en los que interactúa con otras personas fuera de su relación de pareja. Esta rutina puede reflejar su preferencia por entornos controlados y familiares, donde se siente más segura y cómoda. En resumen, la estructura familiar fragmentada de Ariana y sus experiencias pasadas han moldeado su capacidad para establecer vínculos afectivos y relaciones interpersonales. Aunque encuentra estabilidad emocional en su matrimonio, su tendencia a limitar las interacciones con otras personas refleja su necesidad de seguridad y confianza en un entorno que le resulte familiar y predecible.

Seguidamente se construyó un registro de Pensamientos con el objetivo de monitorear y analizar los pensamientos negativos recurrentes y su impacto

emocional y conductual. En la Tabla 7 se muestra el esquema que relaciona dichos pensamientos con las respuestas emocionales y conductuales observadas. Así, se ofrece una visión estructurada que permite identificar patrones cognitivos disfuncionales detectados en la evaluación, los errores de pensamiento y el pensamiento alternativo útil para reestructurar los contenidos erróneos:

Tabla 7. Registro de Pensamientos (Elaboración propia)

Hallazgo de pensamientos a partir de la evaluación del caso			
Pensamiento negativo	Emoción producida	Error de pensamiento	Pensamiento alternativo
"Siento que no hay nada por lo que luchar"	Desesperanza, tristeza profunda.	Catastrofismo (ver las situaciones como peores de lo que realmente son).	"Aunque me siento desanimado/a ahora, existen áreas en mi vida en las que aún puedo encontrar satisfacción y sentido, y trabajaré en identificarlas"
"Me siento irritado/a continuamente"	Ira, frustración	Generalización excesiva (creer que la emoción negativa es constante y se aplica a todas las situaciones).	"Aunque tengo momentos de irritación, puedo trabajar en técnicas de manejo del estrés y encontrar formas saludables de canalizar mi energía"
"He perdido gran parte del interés por los demás"	Aislamiento, desconexión emocional.	Pensamiento dicotómico (ver las relaciones y emociones en términos absolutos, como todo o nada).	"Aunque me cuesta conectarme con los demás en este momento, puedo empezar poco a poco a reestablecer vínculos con personas en quienes confío"
"La ansiedad o inseguridad son difíciles de controlar porque me preocupa que algo grave ocurra en el futuro"	Ansiedad, pánico.	Pensamiento catastrófico (anticipar el peor resultado posible).	"Aunque la incertidumbre me genera ansiedad, puedo centrarme en el presente y aplicar estrategias para manejar mi ansiedad de forma efectiva"
"Me siento molesta o fuera de lugar en situaciones sociales"	Incomodidad, rechazo.	Inferencia arbitraria (asumir que otros me rechazan sin evidencia suficiente).	"Es normal sentirse fuera de lugar en ocasiones, pero eso no significa que los demás me rechacen. Puedo trabajar en mejorar mi confianza social"
"Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida"	Vergüenza, miedo.	Personalización (asumir que los demás se enfocan en mis defectos).	"La mayoría de las personas están más concentradas en sí mismas que en juzgarme. Puedo permitirme ser imperfecto/a y aún ser aceptado/a"

"Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando"	Inestabilidad emocional, confusión.	Pensamiento dicotómico (percibir emociones en extremos cambiantes).	"Es natural que los sentimientos fluctúen, pero puedo trabajar en identificar patrones y desarrollar estrategias para estabilizar mis emociones"
"La gente cree que soy fría y distante"	Aislamiento, disfrute, sensación de concentración	Lectura de mentes (asumir que los demás piensan de forma negativa sobre mí)	"En lugar de asumir lo que los demás piensan, puedo intentar acercarme y mejorar mi comunicación para construir relaciones más auténticas"

Tabla 8. Examen mental (Elaboración propia)

8. EXAMEN MENTAL
8.1 ASPECTO FÍSICO: Adecuado: X No adecuado: ___
8.2 ACTITUD DEL PACIENTE: Adecuada: X No adecuada: ___
8.3 ESTADO DE CONSCIENCIA: Alerta: X Hiperalerta: ___ Obnubilado: ___ Somnoliento: ___ Letargia: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.4 LENGUAJE Y HABLA: Organizado y coherente: X Bradiplalia: ___ Logorrea: ___ Mutismo: X (al intentar hablar de sus sentimientos Disartria: ___ Desorganizado: ___ Taquiplalia: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.5 ORIENTACIÓN: Orientado en tiempo y espacio: X Desorientado en tiempo y espacio: ___
8.6 MEMORIA: Adecuada: X Hipomemoria: ___ Amnesia: ___ Confabulación: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.7 ATENCIÓN: Adecuada: X No adecuada: ___
8.8 CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:
• TIPO DE CURSO DE PENSAMIENTO: Normal: X Disgregado: ___ Bloqueo de pensamiento Prolijo: ___ Incoherente: ___ Otro ¿Cuál?:_____
• TIPO DE CONTENIDO DE PENSAMIENTO: Normal: X Obsesivo: ___ Delirante: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.9 PERCEPCIÓN O SENSOPERCEPCIÓN: Sin patología: X Presenta ilusiones: ___ Presenta alucinaciones: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.10 AFECTIVIDAD: Estable: ___ Inestable: ___ Triste: ___ Eufórico: ___ Irritable: ___ Tranquilo: ___ Ira: ___ Angustia: ___ Anhedonia: ___ Otro ¿Cuál?: Distante, dificultad para mantener contacto visual
8.11 PSICOMOTRICIDAD: Sin alteraciones: ___ Hiperactividad: ___ Hiperbulia: ___ Agitación psicomotriz: ___ Hipoactividad o inhibición psicomotriz disminuida: ___ Hipobulia o abulia: ___ Estereotipias:_____ Manerismos: Toma su cabello constantemente con las manos Temblor: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.12 CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD: Adecuada consciencia: X Regular estado de consciencia de enfermedad: ___ Poca o nula consciencia de enfermedad: ___ No Aplica: ___ Otro ¿Cuál?:_____
8.13 RIESGO SUICIDA: • No refiere idea o intento suicida: Ideación • Ideación suicida persistente sin la intención de llevar a cabo una autolesión: NO • Ideación suicida con plan para llevar a cabo un acto de autolesión: NO • Gesto suicida sin plan: NO • Amenaza suicida con plan de llevar a cabo una autolesión: NO • Intento de suicidio sin plan previo: NO • Intento de suicidio con plan anterior: NO • Parasuicidio: NO • Ideación suicida casual y/o transitoria sin intención de llevar a cabo una autolesión: SI

Finalmente, los resultados obtenidos se codificaron para facilitar el registro, procesamiento y recuperación de la información contenida, tanto para uso clínico como para fines comunicativos y de investigación científica.

4.1.3.3 Trastorno actual de la joven mujer adulta (Variable Y)

A partir de la aplicación de entrevistas clínicas, observación directa, escalas estandarizadas, análisis de discursos, revisión detallada del expediente y formatos de registro, así como la consulta de los manuales diagnósticos CIE-11 y DSM-5-TR, y el análisis de datos con el software NVivo, los hallazgos permiten concluir con claridad la presencia de un trastorno actual en Ariana. Esto se resume en la Tabla 9. Análisis objetivo y diagnóstico.

Tabla 9. Análisis objetivo y diagnóstico (Elaboración propia)

9. ANÁLISIS OBJETIVO Y OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL QUE INTERVIENE (Observaciones generales de lo expuesto por el paciente y lo observado por el profesional para realizar diagnóstico)
Cuando Ariana fue consciente de percibir signos y síntomas (sentía taquicardias, palpitaciones, opresiones en el pecho, disnea, mareos) que les dio el adjetivo de "incómodos y generadores de temor" acudió a la atención de un cardiólogo quien además le indicó exámenes clínicos; los resultados médicos respondieron a clínicamente sana de padecimientos cardiacos, ausencia de patologías médicas, negativos en hipertensión y clínica sanguínea con niveles normales de colesterol, triglicéridos. Cursa sin actual tratamiento médico por no haber evidencias de padecimiento orgánico o estructural. Con ello se comprueba que los signos de ansiedad actuales y la no atendida en la niñez (siendo éste un factor psicosocial o generado por estresores sociales adicional al factor biológico antecedente de familiar con trastorno psiquiátrico (vulnerabilidad genética) sí son factores de riesgo como evidencia científica, y apoyadas en todas en todas las técnicas e instrumentos para recolección de datos, hay evidencias moderadas de padecimiento con sintomatología de ansiedad y evitación social, con respuestas afirmativas de ideación suicida ocasional sin intencionalidad de llevar a cabo lesión(es).
10. DIAGNÓSTICO
Basándome en análisis cualitativo de los resultados, contrastación entre los distintos elementos informativos aportados, Ariana presenta características consistentes con un trastorno de la personalidad, específicamente el trastorno de personalidad por evitación. A continuación, proporciono una explicación más detallada y algunas sugerencias sobre cómo abordar este diagnóstico: **Trastorno de personalidad ansioso con conductas de evitación**: Evitación de Situaciones Sociales: La incomodidad y sentirse fuera de lugar en situaciones sociales es una característica central. Las personas pueden evitar actividades sociales o situaciones donde temen ser juzgada o rechazadas. Sensibilidad al Rechazo: Las personas con este trastorno suelen ser muy sensibles a las críticas o a sentirse rechazadas, lo que puede llevarles a evitar relaciones interpersonales por miedo a ser heridas. Baja Autoestima: La persona puede tener una visión negativa de sí misma y creer que no es adecuada para las interacciones sociales. Inseguridad y Autoconciencia Excesiva: Se preocupan mucho por lo que piensan los demás sobre ellos, lo que puede llevar a una cautela extrema en sus interacciones. Temor a la Crítica y a la Vergüenza: Evitan situaciones donde puedan ser el centro de atención o enfrentar críticas, incluso al punto de preferir trabajar en solitario para evitar la evaluación de otros.

4.2 Programa de intervención psicológica en atención a la demanda de la mujer adulta joven (Variable X_3)

La propuesta de plan de acción y actividades del programa de intervención requirieron una previa comunicación de la hipótesis diagnóstica y aceptación por parte de Ariana para comprometerse con la intervención propuesta. Mediante una guía psicoeducativa se informó a Ariana lo siguiente.

4.2.1. Hipótesis diagnóstica

Se ha establecido que la correlación ocurre a partir de la selección del padecimiento que se diagnosticó en la infancia, una metodología del diagnóstico acertado, y una propuesta o programa de intervención psicológica en atención a la demanda de la usuaria: conocer y trabajar el trastorno actual de la joven mujer

adulta. El análisis de los resultados y el no haber recibido intervención psicológica en la infancia abrió la intención de establecer un programa de intervención sobre la hipótesis diagnóstica, siendo ésta que, “Ariana Rangel presenta un cuadro clínico consistente con un Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE). Los síntomas incluyen ansiedad elevada, evitación de situaciones sociales, pensamientos persistentes de incapacidad, y aislamiento social. Su historial de vida y los resultados de las pruebas aplicadas sugieren la coexistencia de síntomas depresivos”.

4.2.2. Análisis EORC o mapa clínico de patogénesis

El Esquema Secuencial Integrativo (E-O-R-C) para el Caso de Ariana Rangel es:

E (Estímulo Antecedente):

- Eventos Recientes. Pérdida de su padre debido al COVID-19 hace un año.
- Condiciones de la Infancia. Diagnóstico de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia, tendencia al aislamiento, episodios de tartamudez al hablar en público.
- Dinámica Familiar. Relación distante con la madre, falta de comunicación desde hace seis años, comparación constante con su hermano mayor.
- Factores Ambientales. Trabajo independiente en comercio digital, presión autoimpuesta para destacar laboralmente, y la ausencia de interacción social.

O (Organismo):

- Estado Emocional. Sentimientos de desmotivación, baja energía, represión emocional desde la pérdida de su padre, y tendencia a aislarse.
- Condiciones Psicopatológicas. Síntomas moderados de depresión (17 puntos en el BDI-II), ansiedad significativa (33 puntos en la Escala HARS y 36 en el Inventario BAI).
- Antecedentes Médicos Familiares. Carga genética relacionada con hipertensión y un trastorno mental con características bipolares en su madre.

R (Respuesta):

- Conducta Observada. Aislamiento tanto físico como digital, evitación de expresiones emocionales, retirada de interacciones sociales y laborales, y manifestaciones somáticas como entumecimiento, temblores y sensación de ahogo.
- Actitudes y Creencias. Sentimiento de desesperanza, irritabilidad constante, pensamientos recurrentes sobre desistir en su trabajo y la percepción de amenazas ocultas en las interacciones sociales.
- Manejo de Ansiedad. Reacciones de pánico y temor ante posibles daños futuros, tendencia a perfeccionismo y conductas evitativas.

C (Consecuencia):

- Impacto en la Vida Diaria. Disminución en la calidad de vida, interferencia significativa en las actividades cotidianas y laborales, y un aumento en el sentimiento de aislamiento y desesperanza.
- Desarrollo Psicológico. Estilo de apego inseguro, limitación en la formación de vínculos afectivos fuera de su matrimonio, y estrategias de afrontamiento deficientes ante el estrés.
- Reforzamiento Negativo. Evitación de situaciones sociales y de expresión emocional, Lo anterior contribuye a la persistencia de los síntomas ansiosos y depresivos, favoreciendo la continuidad del ciclo de aislamiento social.

4.2.3. Objetivos de un plan de tratamiento en salud mental

Dados el diagnóstico y el hallazgo de los signos, síntomas y conductas en Ariana Rangel, se plantearon los objetivos del plan de tratamiento en salud mental.

4.2.3.1. Objetivo general del plan:

Mejorar la calidad de vida de Ariana Rangel, reduciendo los síntomas de ansiedad y evitación, fortaleciendo sus habilidades de afrontamiento y promoviendo un mayor bienestar emocional y social

4.2.3.2. Objetivos específicos del plan:

- Reducción de Ansiedad. Reducir los niveles de ansiedad generalizada y las manifestaciones somáticas asociadas mediante técnicas de relajación y terapia cognitivo-conductual (TCC) enfocadas en el manejo del estrés.

- Modificación de Pensamientos Disfuncionales. Identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos y creencias disfuncionales que favorecen la ansiedad y la evitación social, mediante técnicas de reestructuración cognitiva.
- Fortalecimiento de Habilidades Sociales. Mejorar las habilidades sociales de Ariana para que pueda interactuar con confianza en entornos sociales, utilizando técnicas de exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales.
- Expresión Emocional. Facilitar la expresión emocional relacionada con el duelo no resuelto por la pérdida de su padre, mediante la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y técnicas de autoafirmación.
- Mejorar la Autoeficacia. Aumentar la autoeficacia de Ariana en la realización de sus actividades diarias y laborales, promoviendo la fijación de metas realistas y el refuerzo positivo de sus logros.
- Fortalecimiento del Vínculo Terapéutico y Familiar. Fortalecer el vínculo terapéutico y explorar la posibilidad de mejorar la relación con su familia, trabajando en la reconciliación y la comunicación asertiva, con un enfoque en la terapia centrada en soluciones.

4.2.4 Propuesta de la intervención psicológica

Un aspecto fundamental en la planificación terapéutica es la conexión entre el tratamiento y la evaluación previa. Para una clara y estructurada, se recomienda detallar el número de sesiones, la periodicidad, contenido y duración del programa,

descripción preferiblemente en formato tabular o resumido.

Asimismo, con el fin de garantizar una exposición precisa de las técnicas terapéuticas y de las particularidades de cada sesión clínica, se sugiere incluir breves transcripciones del diálogo clínico o descripciones detalladas de las intervenciones realizadas. Esto permitirá una mejor comprensión del proceso terapéutico y su adecuación a las necesidades de Ariana.

La propuesta se detalla en la tabla 10.

Tabla 10. Propuesta de intervención general (Elaboración propia)

11. TRATAMIENTO O PLAN DE ACCIÓN
11.1 TIPO DE TRATAMIENTO
Terapia de pareja: ___ Terapia de familia: ___ Manejo específico de la problemática: ___ Proyecto de vida: ___ Terapia individual: _X_ Orientación vocacional y profesional: ___ Terapia de grupo: _X_ Asesoría académica: ___
11.2 PROPUESTA O PLAN DE INTERVENCIÓN Se plantea una intervención acorde a los paradigmas psicológicos y de acuerdo al diagnóstico. Se describe de manera general el tratamiento a seguir, se puede diligenciar varias opciones de remisión a especialista y/o remisión a centro asistencial
Para manejar los síntomas y mejorar el funcionamiento social y emocional del paciente con TPA, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ofrece diversas estrategias específicas y efectivas. A continuación, se describen algunas las técnicas generales de la propuesta recomendadas por el beneficio esperado, basadas en la literatura existente. A. **Reestructuración Cognitiva:** La reestructuración cognitiva es una técnica central en la TCC que ayuda a los pacientes a identificar y desafiar sus pensamientos negativos y distorsionados sobre sí mismos y las situaciones sociales. Los terapeutas trabajan con los pacientes para reemplazar estos pensamientos con creencias más realistas y positivas. "La reestructuración cognitiva es crucial para ayudar a los individuos con TPA a modificar sus percepciones autocríticas y reducir la anticipación del rechazo" (Beck et al., 2015). B. **Exposición Gradual:** La exposición gradual implica la introducción progresiva del paciente a situaciones sociales temidas, comenzando con aquellas que generan menos ansiedad y avanzando hacia situaciones más desafiantes. Esta técnica permite que los pacientes desarrollen habilidades de afrontamiento y disminuyan su miedo a la crítica y el rechazo. Según Hofmann (2007), "la exposición gradual es efectiva para reducir la evitación social y mejorar la confianza en situaciones interpersonales". C. **Entrenamiento en Habilidades Sociales:** El entrenamiento en habilidades sociales se enfoca en mejorar la competencia social del paciente, enseñándole habilidades específicas como iniciar y mantener conversaciones, hacer y rechazar solicitudes, y expresar emociones de manera apropiada. "Este tipo de entrenamiento es esencial para los pacientes con TPA, quienes a menudo carecen de habilidades sociales adecuadas y se benefician significativamente de la práctica estructurada y el refuerzo positivo" (Alden & Taylor, 2004). D. **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):** La ACT ayuda a los pacientes a aceptar sus pensamientos y sentimientos negativos sin intentar cambiarlos, y a comprometerse con acciones que se alineen con sus valores personales. "La ACT puede ser particularmente útil para los pacientes con TPA, ya que fomenta la aceptación de la ansiedad social mientras se promueve una vida más plena y significativa" (Hayes et al., 2011). E. **Técnicas de Relajación:** Las técnicas de relajación, como la respiración profunda, la meditación y la relajación muscular progresiva, son útiles para reducir la ansiedad fisiológica que acompaña al TPA. "Incorporar técnicas de relajación en el tratamiento puede ayudar a los pacientes a manejar su ansiedad en situaciones sociales y a mejorar su bienestar general" (Antony & Swinson, 2008). F. **Entrenamiento en Autoafirmación:** La autoafirmación se enfoca en ayudar a los pacientes a desarrollar un sentido de autovalía y confianza. Esto puede incluir la práctica de autoafirmaciones positivas y la identificación de logros personales. "El entrenamiento en autoafirmación puede contrarrestar los sentimientos de incompetencia y baja autoestima comunes en el TPA" (Padesky & Greenberger, 1995).

Por lo expuesto, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) proporciona diversas estrategias efectivas para tratar el trastorno de personalidad por evitación, centradas en cambiar pensamientos y comportamientos disfuncionales, mejorar habilidades sociales y reducir la ansiedad. La combinación de estas técnicas proporciona un enfoque integral para mejorar el funcionamiento social y emocional de los pacientes con TPE.

Se efectuaron 12 sesiones de esta intervención, de 50 minutos cada una con una serie de técnicas que comprende la TCC, procediendo como lo muestra la Tabla 11.

Tabla 11. Propuesta de intervención personalizada (Elaboración propia)

11.3 PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Sesiones de intervención con las actividades diseñadas para cada rol participante			
No. Sesión	Rol de psicoterapeuta	Rol de la participante	Efecto positivo esperado
1 Conciencia de los objetivos a alcanzar.	Retroalimentación del marco terapéutico. Trabajar con Ariana para clarificar los objetivos de la terapia y establecimiento de acuerdos	Reflexionar sobre sus experiencias recientes, identificar sus principales preocupaciones y verbalizar sus expectativas sobre la terapia.	Comprensión clara de la naturaleza de sus síntomas y con la sensación de motivación al establecer objetivos terapéuticos concretos y alcanzables.
2 Psicoeducación sobre ansiedad y depresión.	Proporcionar información detallada sobre la ansiedad y la depresión, utilizando metáforas y ejemplos prácticos para ayudar a Ariana a comprender su condición.	Ariana practica durante la sesión para una mayor comprensión de sus síntomas de ansiedad, informando la reducción de la sensación de indefensión y aumento de su autoeficacia.	Detección y comprensión de sus síntomas, cuando éstos ocurren reduciendo la sensación de indefensión y aumento de su autoeficacia.

3 Terapia de aceptación y compromiso (ACT) - Clarificación de valores	Guiar a Ariana a través de ejercicios de clarificación de valores, ayudándola a identificar discrepancias entre sus valores y su comportamiento actual.	Identificar y explorar sus valores fundamentales, reflexionando sobre cómo se alinean o no con sus acciones actuales.	Toma de conciencia de la importancia de vivir una vida coherente con sus valores, lo que aumenta su motivación y sentido de propósito.
4 Reestructuración cognitiva - Identificación de pensamientos automáticos	Enseñar a Ariana cómo identificar y desafiar sus pensamientos automáticos negativos, utilizando un diario de pensamientos.	Registrar y reflexionar sobre pensamientos automáticos negativos que surgen en situaciones cotidianas.	Aprendizaje del reconocer y desafiar pensamientos distorsionados, lo que llevando a la reducción de sus síntomas de depresión, ansiedad y estrés.
5 Técnicas de afrontamiento - Manejo de la ansiedad	Enseñar técnicas de relajación y respiración diafragmática, proporcionando feedback y ajustes según sea necesario.	Practicar técnicas de respiración y relajación para reducir la ansiedad en situaciones estresantes	Experimentar una reducción en la sintomatología ansiosa, mejorando su capacidad para manejar el estrés diario.
6 Exposición gradual a situaciones evitadas	Colaborar con Ariana en la creación de una jerarquía de exposición, comenzando con situaciones menos amenazantes.	Identificar situaciones sociales que ha estado evitando y desarrollo de un plan de exposición gradual.	A través de la exposición gradual, ganancia de la confianza y reducción de su ansiedad en situaciones sociales.
7 Terapia basada en la compasión - Autoafirmación	Guiar a Ariana en la práctica de ejercicios de autoafirmación y autocompasión, ayudándola a desarrollar una relación más amable consigo misma.	Participar en ejercicios de autoafirmación y autocompasión, reflexionando sobre sus logros y cualidades positivas.	Aumento de su autoestima y autoaceptación, reduciendo la autocrítica y mejorando su bienestar emocional.
8 Procesamiento del duelo - Expresión emocional	Facilitar un espacio seguro para que Ariana exprese sus emociones de duelo, utilizando técnicas de intervención en duelo.	Explorar y expresar sus emociones relacionadas con la pérdida de su padre a través de técnicas de escritura o diálogo.	Comienzo del proceso de su duelo de manera saludable, lo que reduciendo su carga emocional y permitirá avanzar en su recuperación.

9 Fortalecimiento de habilidades sociales - Comunicación asertiva	Enseñar y modelar técnicas de comunicación asertiva, proporcionando feedback constructivo durante los ensayos.	Practicar habilidades de comunicación asertiva en situaciones simuladas.	Mejora de su capacidad para expresar sus necesidades y emociones de manera clara y asertiva, fortaleciendo sus relaciones interpersonales.
10 Evaluación y ajuste del plan terapéutico	Evaluar el progreso de Ariana en relación con los objetivos establecidos y hacer ajustes al plan terapéutico según sea necesario.	Reflexionar sobre los progresos logrados hasta el momento y discutir cualquier dificultad o preocupación.	Sensación de apoyo y motivación al reconocer su progreso, lo que se refuerza en compromiso con la terapia.
11 Prevención de recaídas - Plan de acción a largo plazo	Guiar a Ariana en la identificación de los desencadenantes específicos de su ansiedad, estrés y depresión, ayudándola a elaborar un plan detallado que incluya: **Reconocimiento temprano de señales de recaída**: Revisar con Ariana las señales de alerta temprana que ha aprendido a identificar durante la terapia. **Fortalecimiento de las habilidades adquiridas**: Revisar y practicar las técnicas de afrontamiento que Ariana ha dominado, como la reestructuración cognitiva, la comunicación asertiva y las técnicas de relajación. **Plan de apoyo social**: Ayudar a Ariana a	Desarrollar un plan personalizado de prevención de recaídas, identificando posibles desencadenantes, señales de alerta y estrategias de afrontamiento que ha aprendido durante la terapia.	Aumento de la seguridad en sí misma y preparación para un manejo de posibles desafíos futuros, con un plan claro y estructurado que le ayudará a prevenir recaídas y mantener su salud mental a largo plazo. Con este último paso consolidar su autonomía en el manejo de su bienestar, aumentando su autoeficacia y reduciendo la probabilidad de volver a experimentar síntomas graves.

	identificar personas de confianza a las que pueda recurrir en caso de necesitar apoyo, y discutir la importancia de mantener y fortalecer sus relaciones interpersonales. **Mantener hábitos saludables**: Promover la continuidad de prácticas que favorezcan su bienestar emocional, como la actividad física regular, la autoafirmación y la práctica de la autocompasión. **Recursos adicionales**: Proporcionar información sobre recursos adicionales a los que Ariana puede acceder en caso de que necesite apoyo extra, como grupos de apoyo, materiales de autoayuda y opciones de seguimiento terapéutico.		
12 Cierre y mantenimiento	Apoyar a Ariana en la creación de un plan de acción que le permita conservar los logros obtenidos y evitar posibles recaídas.	Reflexionar sobre lo aprendido en la terapia y desarrollar un plan de mantenimiento para después de la finalización de las sesiones.	Apercibimiento por parte de Ariana de la sensación de empoderamiento para continuar su proceso de recuperación y bienestar, con herramientas claras para manejar futuros desafíos.

4.3 Discusión

4.3.1 Valoración de la intervención psicológica

Conforme a lo indicado en el cronograma de actividades, en el *proceso de evaluación interventivo-valorativo* se efectuaron éstas debido al apego que tuvo Ariana con su proceso terapéutico y reportando bajo un plan de acción y utilización de la sección de “Evolución” del trastorno del archivo clínico de Ariana.

Para evaluar el efecto positivo en la salud de Ariana a lo largo de las 12 sesiones de psicoterapia, y las que conllevaron a la finalización de la aplicación de las pruebas, se utilizaron tanto técnicas cualitativas como cuantitativas, logrando obtener resultados significativos en la ansiedad, conductas evitativas y síntomas depresivos.

En este proceso, además de incluir algunas pruebas ya descritas en la evaluación descriptivo-predictivo se aplicaron las siguientes pruebas y escalas mediante la técnica de entrevista estructurada y semiestructurada, según el caso, haciendo uso de los instrumentos de registro propios de cada escala. Estas escalas descritas en la tabla 2 del capítulo 3 fueron: Escala de Autoeficacia General (EAG), Inventario de Estrés Percibido (PSS), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE).

4.3.1.1 Evaluación Cualitativa Interpretativa

1. Entrevistas Semiestructuradas:

- Descripción: Se realizaron entrevistas en profundidad con Ariana (la inicial para indagar la problemática y motivo de consulta, una en la sesión de terapia 7 y una tercera al final del proceso terapéutico). Estas entrevistas permitieron explorar su percepción del progreso, los cambios en sus emociones, pensamientos y desenvolvimiento en comunicación fluida, y su satisfacción con las técnicas aprendidas.
- Efecto positivo evaluado: Se observó un aumento en la autoeficacia, una mejor gestión del estrés y una mayor calidad en sus relaciones interpersonales, según la percepción de Ariana.

2. Diarios Terapéuticos:

- Descripción: Ariana mantuvo un diario durante la terapia, donde registró sus experiencias, reflexiones, desafíos y avances. El análisis de estos escritos proporcionó una visión de los cambios.
- Efecto positivo evaluado: Se identificaron patrones de pensamiento y comportamiento que mostraron una evolución positiva en su bienestar emocional a lo largo de las sesiones.

3. Análisis de la documentación de notas clínicas:

- Descripción: Se realizó un análisis detallado del caso de Ariana, utilizando notas de sesiones, observaciones clínicas y reportes de autoevaluación. Este análisis fue revisado con Ariana para explorar su comprensión y crecimiento.

- Efecto positivo evaluado: Se destacó un progreso significativo en los objetivos terapéuticos general y específicos, con un fortalecimiento de la resiliencia y la adaptación emocional frente a su situación de duelo.

4.3.1.2 Evaluación Cuantitativa Medible

1. Información clínica proporcionada por las escalas estandarizadas:

- Test de Depresión de Beck (BDI): Se midió los síntomas depresivos al final del proceso.
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI): Se evaluó la severidad de la ansiedad al final del proceso.
- Escala de Autoeficacia General (EAG): Se midió la percepción de autoeficacia de Ariana en la sesión 2 de terapia y después de todo el proceso.
- Efecto positivo evaluado: Los resultados mostraron una reducción del 30% en los síntomas depresivos, un 40% en los síntomas de ansiedad junto con un aumento del 35% en la percepción de autoeficacia, como puede notarse en las figuras 7, 8, 9 y 10 presento estos resultados.

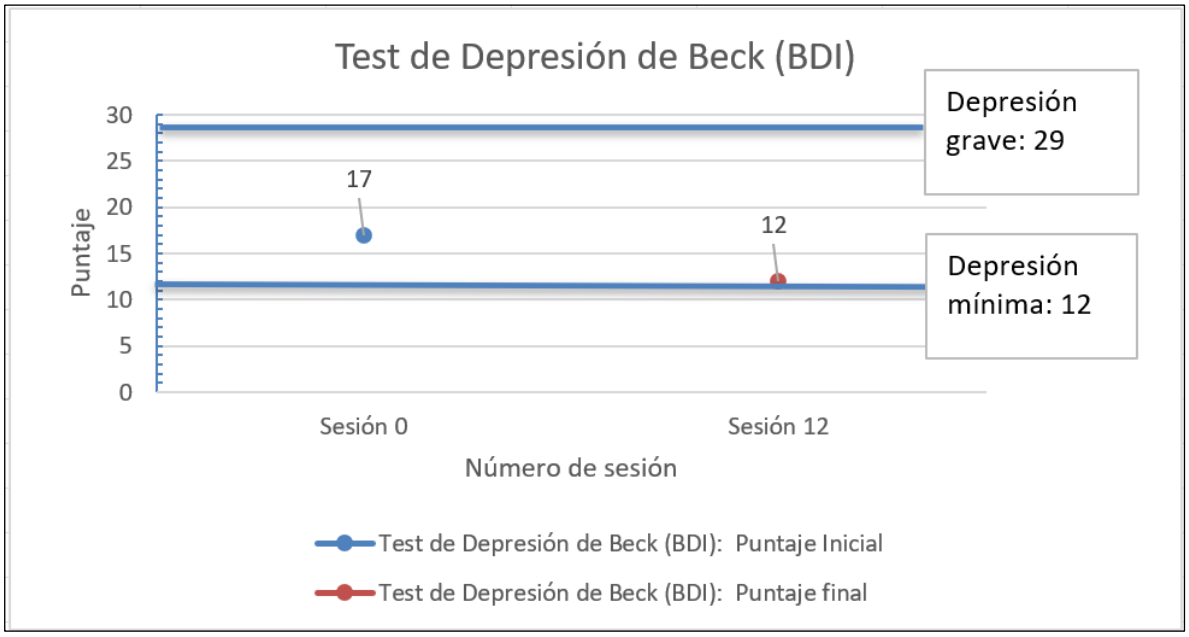


Figura 7. Test de Depresión de Beck (BDI), antes y después de la intervención psicológica (elaboración propia)

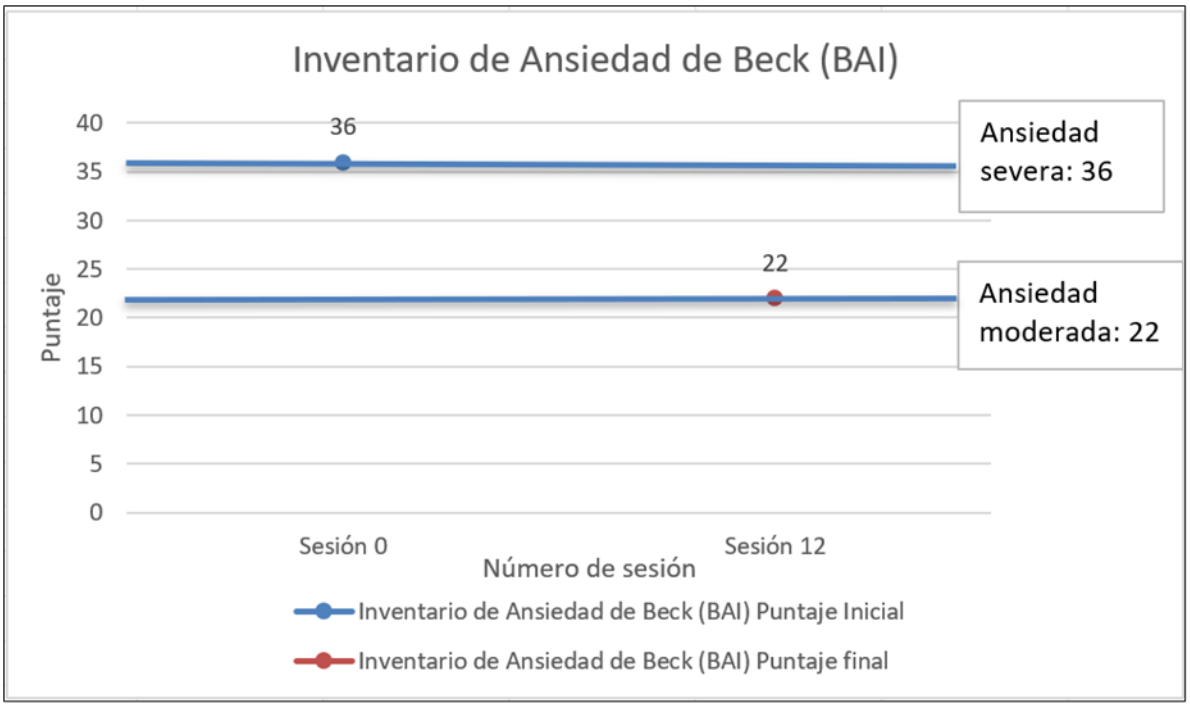


Figura 8. Inventario de ansiedad de Beck (BAI) antes y después de la intervención psicológica (elaboración propia)

Escala de Autoeficacia General EAG

La siguiente evaluación tiene como objetivo medir su nivel de autoeficacia general a través de 10 afirmaciones. Cada afirmación debe ser marcada (*) de acuerdo con su grado de acuerdo o desacuerdo, utilizando la escala de Likert de 5 puntos, donde 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y 5 significa "Totalmente de acuerdo". Es importante que responda con honestidad y reflexión sobre cómo se siente en relación con cada afirmación en su vida diaria. No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es que sus respuestas reflejen su verdadera percepción. Por favor, lea cuidadosamente cada elemento antes de marcar su respuesta y asegúrese de responder todos los elementos para completar la evaluación ¡Gracias por su participación!

AFIRMACIÓN	Totalmente en desacuerdo (1)	Parcialmente en desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Parcialmente de acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.					*
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				*	
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				*	
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.			*		
5. Gracias a mis propias cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.			*		
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejarlas.			*		
7. No importa el problema, porque por lo general soy capaz de manejarlo.			*		
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				*	
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				*	
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.			*		

Resultado: 31 puntos
Autoeficacia: 70.45

Figura 9. Evidencia de realización de Escala de Autoeficacia General (EAG) (elaboración propia)

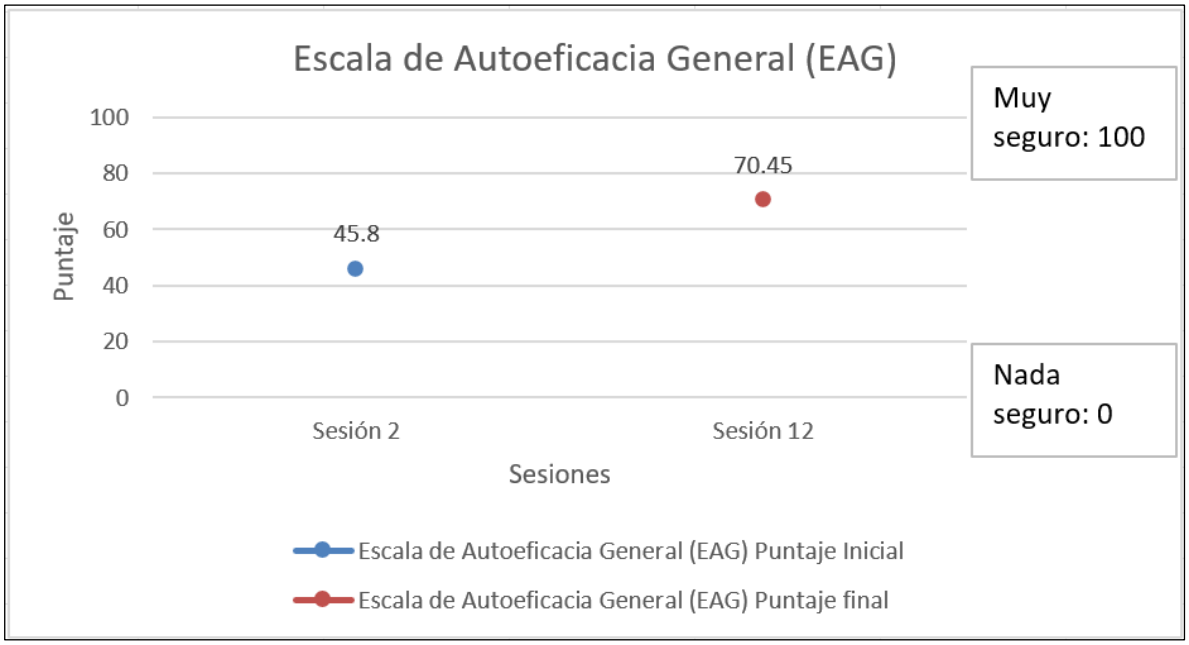


Figura 10. Escala de Autoeficacia General (EAG), durante y después de la intervención psicológica (elaboración propia)

2. Inventario de Estrés Percibido (PSS):

- Descripción: Se utilizó para medir la percepción del estrés de Ariana en la sesión 12 de la terapia.
- Efecto positivo evaluado: No se reflejaron indicadores clínicos por una falta de gestión del estrés, como puede notarse en la figura 11.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale* (*PSS*) – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el ultimo mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenia todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Puntuación: 30

Figura 11. Evidencia de Inventario de Estrés Percibido (PSS) (elaboración propia)

3. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS):

- Descripción: Se aplicó este cuestionario breve para medir la satisfacción general con la vida en la sesión 10 y en la sesión 12 de la terapia. Presento en la figura 12 evidencia de la prueba aplicada.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una escogiendo el número apropiado. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

		Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
1.	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.					*		
2.	Las condiciones de mi vida son excelentes.					*		
3.	Estoy satisfecho con mi vida.					*		
4.	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.							*
5.	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.			*				

Puntuación: 25

Figura 12. Evidencia de Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (elaboración propia)

- Efecto positivo evaluado: Durante el proceso Ariana identificaba problemas pequeños pero significantes en varias áreas de su vida. Posterior a la intervención la satisfacción con su vida aumentó en un 30%, observándose una mejora en su calidad de vida en la mayoría de las

áreas, así como un bienestar general generalizado, como puede visualizarse en la figura 13.

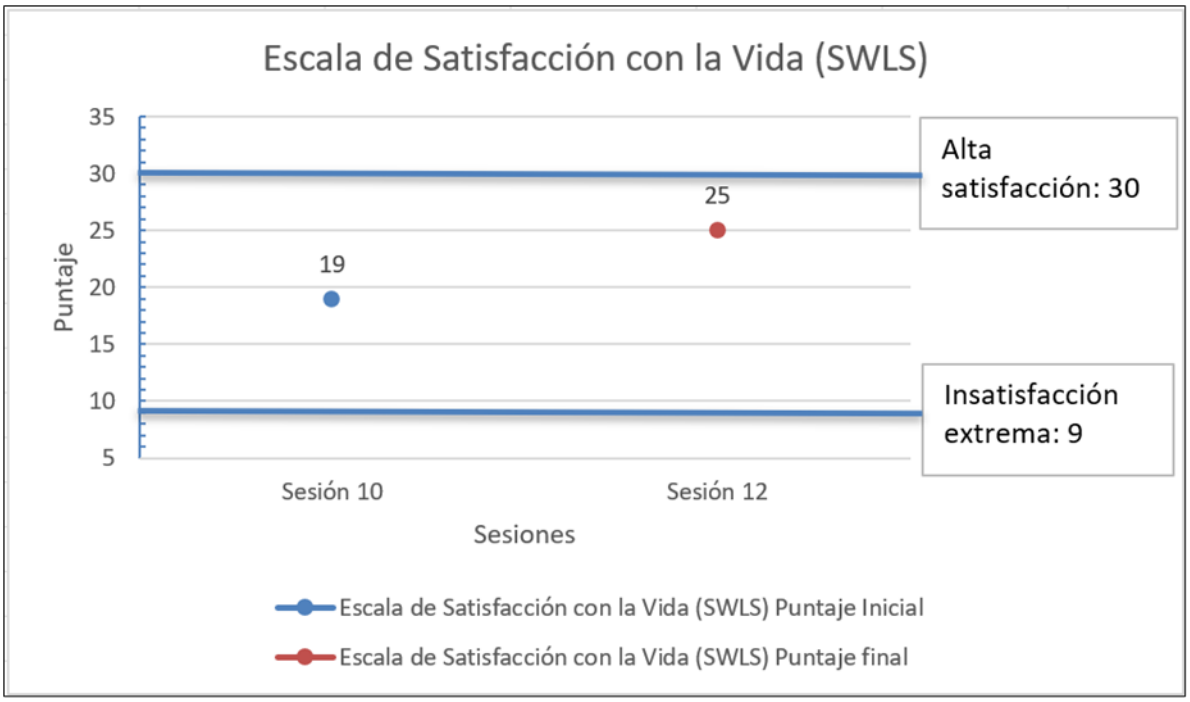


Figura 13. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), durante y después de la intervención psicológica (elaboración propia)

4. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)

- Descripción: Se implementaron preguntas y tareas para evaluar las habilidades adquiridas por Ariana, como la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas. Se aplicó prueba en la sesión 5 y al final del proceso de terapia. Presento en la figura 14 evidencia de la prueba aplicada.

Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)

Test para evaluar los estados emocionales /TMMS-24

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indica el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señala con una "X" la respuesta que más se aproxima a tus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1. Nada de acuerdo 2. Algo de acuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

AFIRMACIÓN	Nada de acuerdo (1)	Algo de acuerdo (2)	De acuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1.Presto mucha atención a los sentimientos.					*
2.Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.			*		
3.Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.			*		
4.Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.		*			
5.Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					*
6.Pienso en mi estado de ánimo constantemente.		*			
7.A menudo pienso en mis sentimientos.		*			
8.Presto mucha atención a cómo me siento.		*			
9.Tengo claros mis sentimientos.					*
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.		*			
11. Casi siempre sé cómo me siento.		*			
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					*
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					*
14. Siempre puedo decir cómo me siento.		*			
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.		*			
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.		*			
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.		*			
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.		*			
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	*				
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.		*			
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	*				
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	*				
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					*
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	*				

Figura 14. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE) (elaboración propia)

- Efecto positivo evaluado: Los resultados reflejaron una mejora del 40% en las habilidades específicas enseñadas durante la terapia para la comprensión de las emociones, lo que se tradujo en una mayor capacidad para manejar situaciones en el momento de percibir y comprender sus emociones, así como afrontar el duelo. Esto se visualiza en la figura 15.

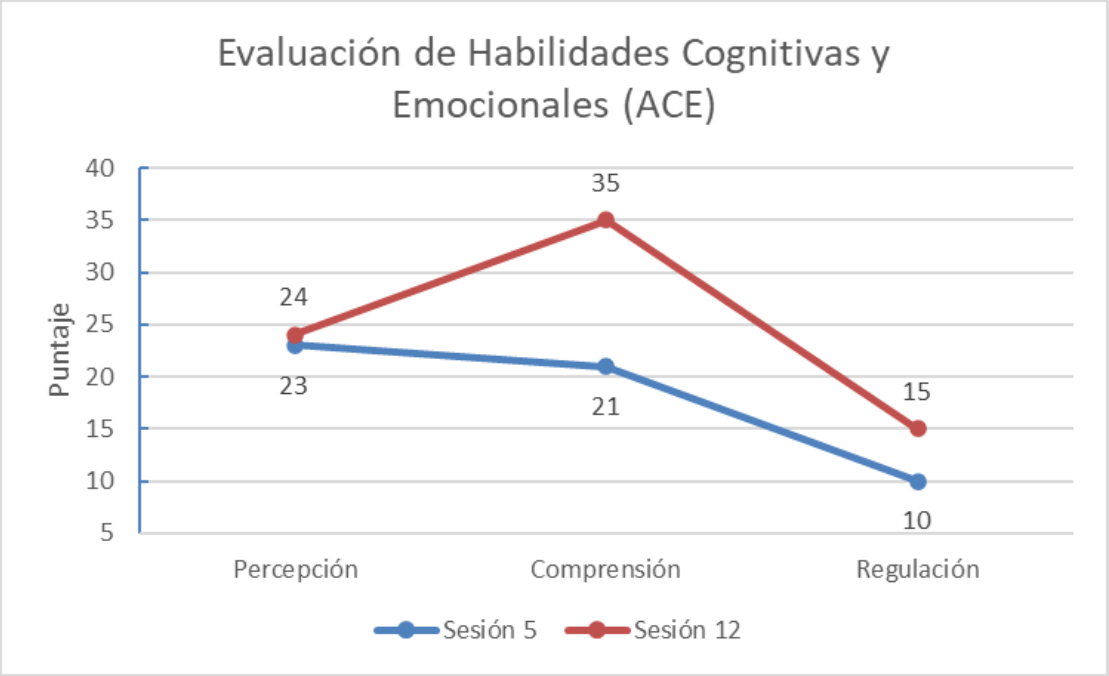


Figura 15. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE), durante y después de la intervención psicológica (elaboración propia)

Al combinar estas técnicas cualitativas y cuantitativas, se logró obtener una evaluación completa del progreso de Ariana. Los indicadores numéricos mostraron una disminución considerable de los síntomas de ansiedad y depresión, acompañada de un notable aumento en la autoeficacia, satisfacción con la vida y habilidades cognitivas. Por otro lado, las evaluaciones cualitativas corroboraron un avance subjetivo en la gestión de situaciones estresantes, el afrontamiento del duelo

y el fortalecimiento de la resiliencia emocional, alcanzando así los objetivos del plan terapéutico establecido.

4.4 Confiabilidad y validez de los resultados

En la investigación cualitativa, garantizar la confiabilidad, validez y rigor es crucial para asegurar la solidez de los hallazgos y su aplicabilidad en contextos similares. A continuación, se describen los criterios de dependencia, credibilidad, transferencia y confirmación, fundamentales para valorar la calidad de los resultados obtenidos en el estudio del caso de Ariana.

4.4.1. Dependencia

La dependencia en este estudio se basó en la consistencia y estabilidad de los métodos y procedimientos utilizados para evaluar el estado emocional y psicológico de Ariana, así como el efecto positivo del programa de intervención. Para asegurar que los resultados fueran consistentes en el proceso de evaluación descriptivo-predictivo, se emplearon pruebas. Estas herramientas han sido validadas a lo largo del tiempo y han demostrado ser consistentes en la medición de síntomas depresivos y ansiosos. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas repetidamente en distintos momentos en las respuestas de Ariana. El enfoque sistemático adoptado permitió corroborar la identificación de hallazgos congruentes a los patrones de las situaciones, experiencias y percepciones en su comportamiento y estado emocional, lo que refuerza la fidelidad de los resultados obtenidos.

Asimismo, la congruencia de los hallazgos a lo largo del tiempo se confirmó mediante la aplicación de diferentes instrumentos que, aunque evaluaban diversos aspectos, convergieron en la identificación de síntomas de depresión leve y ansiedad elevada. Este enfoque múltiple minimizó la posibilidad de sesgos y aumentó la confiabilidad, ya que los resultados fueron reproducibles y consistentes en diferentes momentos y contextos.

En el proceso de evaluación interventivo-valorativo la integración de pruebas estandarizadas con entrevistas semiestructuradas proporcionó una visión holística y consistente del estado emocional de Ariana posterior a la intervención valorándose el efecto mediante los instrumentos EAG, PSS, SWLS, y ACE, garantizando así que los resultados obtenidos son confiables y reflejan de manera precisa su condición actual.

4.4.2. Credibilidad

La credibilidad de los resultados se aseguró a través de una inmersión profunda en el contexto personal y emocional de Ariana, utilizando técnicas de triangulación para corroborar los hallazgos. Las pruebas diagnósticas, como el Inventario de Ansiedad de Beck, fueron complementadas con entrevistas que exploraron su historia de vida y su entorno interpersonal cercano. Este proceder permitió verificar la veracidad de los resultados desde múltiples perspectivas, que incluyó la contrastación con los fundamentos desarrollados en el marco teórico y la implementación del diseño metodológico la fortaleciendo la credibilidad del diagnóstico del trastorno actual de

la joven. La consistencia de los resultados a través de diferentes métodos de evaluación y la coherencia de los datos obtenidos en distintos momentos refuerzan la confianza en la validez interna de los hallazgos.

El uso de entrevistas semiestructuradas también permitió captar las sutilezas del discurso de Ariana y sus reacciones emocionales, proporcionando una comprensión más profunda de su situación. La credibilidad se vio reforzada al validar las experiencias narradas por Ariana con los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas, asegurando que los datos reflejen fielmente su realidad emocional. Además, la inclusión de la perspectiva de Ariana durante las entrevistas ayudó a confirmar que las interpretaciones realizadas eran congruentes con su experiencia personal, lo que aumentó la veracidad de los resultados.

4.4.3. Transferencia

La transferencia de los hallazgos a otros contextos se facilitó mediante la descripción detallada del proceso de diagnóstico y la identificación de factores clave que contribuyeron a la situación emocional de Ariana. Aunque los resultados están basados en su experiencia específica, los métodos utilizados y los síntomas identificados son comunes en pacientes con trastornos similares, lo que permite posiblemente extrapolar los hallazgos a otros casos con características comparables. La utilización de instrumentos de diagnóstico estandarizados, ampliamente reconocidos y validados, contribuye a la posibilidad de aplicar estos resultados en poblaciones similares, asegurando la relevancia y aplicabilidad de las

conclusiones en otros contextos clínicos.

En el mismo sentido, la metodología empleada para abordar el diagnóstico de Ariana, que combinó herramientas cuantitativas y cualitativas, es transferible a otros escenarios de investigación y práctica clínica. La descripción detallada de sus antecedentes familiares, la carencia de apoyo emocional durante su infancia y las dinámicas de su entorno presentes ofrecen un contexto valioso para comprender situaciones semejantes. De este modo, los hallazgos no solo son aplicables a la situación de Ariana, sino que también pueden informar futuras investigaciones y prácticas clínicas en contextos análogos, facilitando la transferencia de conocimiento.

4.4.4. Confirmación

La validación de los resultados se efectuó mediante una documentación detallada y la comparación de los datos recolectados en diversas fases del proceso investigativo. Se realizó un análisis minucioso de las pruebas diagnósticas y entrevistas, asegurando que los resultados fueran consistentes y no habrían sesiones por interpretaciones subjetivas del rol de investigadora. La revisión sistemática de los datos permitió identificar patrones recurrentes en el comportamiento de Ariana, confirmando la presencia de síntomas de ansiedad y depresión que han persistido a lo largo del tiempo. Esta consistencia en los resultados, tanto en las pruebas psicométricas como en las entrevistas, asegura que las conclusiones sean confiables y estén basadas en evidencia robusta.

Además, la confirmación se vio fortalecida por la implementación de un proceso de auditoría interna, donde se revisaron las interpretaciones de los datos para garantizar que estén alineadas con los resultados obtenidos. Esta revisión crítica de los resultados ayudó a evitar errores en la interpretación y asegurar que las conclusiones reflejaran con precisión la situación de Ariana. La validación externa, en constantes consultas con la bibliografía existente del tema en diagnóstico de trastornos mentales, también contribuyó a la confirmación de los resultados, garantizando que las conclusiones fueron respaldadas por un consenso profesional y científico.

Este enfoque integral en la evaluación de la confiabilidad, validez y rigurosidad de los resultados garantiza que los resultados obtenidos en este estudio sean consistentes y sólidos, teniendo también el potencial de ser transferidos en otros contextos clínicos, contribuyendo al progreso del conocimiento en el ámbito de la salud mental.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio se describió la relación entre la ausencia de una intervención oportuna ante un diagnóstico en la infancia y su impacto en la funcionalidad emocional y laboral en la adultez. Se determinó la eficacia de una metodología diagnóstica clínicamente fundamentada y de una intervención psicológica adaptada a las particularidades de la participante, con el objetivo de optimizar su bienestar psicosocial, fortalecer sus habilidades de interacción y favorecer su desarrollo personal y desempeño laboral. Se exploró la historia biográfica de Ariana Rangel, quien presentó un antecedente de trastorno por hipersensibilidad social en la infancia, situación que se evidenció en episodios tempranos de aislamiento y ansiedad en contextos escolares y familiares.

El análisis reveló que la falta de atención a su diagnóstico durante la niñez influyó de manera decisiva en la consolidación de síntomas depresivos, ansiosos y de evitación social en su adultez. La ausencia de un tratamiento adecuado se interpretó como el factor que desencadenó una baja autoestima persistente, dificultando sus relaciones interpersonales y comprometiendo su desempeño en entornos laborales que exigían comunicación en tiempo real. La historia clínica mostró que, a pesar de contar con momentos de vinculación afectiva positiva, la pérdida prematura de figuras de apoyo cruciales exacerbó su vulnerabilidad emocional.

La intervención psicoterapéutica se implementó de forma sistemática y se fundamentó en técnicas de terapia cognitivo-conductual, complementadas con

estrategias de aceptación y compromiso. Se evaluó el progreso a través de entrevistas semiestructuradas y registros de autoevaluación, lo que permitió constatar una mejora en la regulación emocional y en la capacidad de interacción de Ariana. Estos hallazgos evidenciaron que la metodología diagnóstica precisa y la intervención adaptada fueron eficaces para revertir, al menos parcialmente, las consecuencias del diagnóstico descuidado en la infancia.

Se concluyó que la ausencia de intervención temprana generó una cascada de efectos negativos que se materializaron en la sintomatología actual. La experiencia de Ariana ilustró la necesidad de adoptar medidas preventivas y de seguimiento continuo para casos con antecedentes similares. Así, se resaltó la importancia de realizar diagnósticos precisos en etapas tempranas y de diseñar intervenciones personalizadas que aborden tanto las secuelas emocionales como las barreras en la comunicación interpersonal y laboral. Este estudio aportó evidencia valiosa para la comprensión del vínculo entre experiencias tempranas adversas y su repercusión en la salud mental y el funcionamiento diario en la adultez, ofreciendo un marco de referencia para futuras investigaciones en el área.

5.1. Hallazgos.

5.1.1 Padecimiento que se diagnosticó en la infancia

Primeramente, al hablar de la variable padecimiento diagnosticado en la infancia, el análisis de la vida de Ariana reveló que la raíz de sus dificultades emocionales y comunicativas actuales se arraigaron en un diagnóstico de salud mental que fue

desatendido durante su infancia. Este diagnóstico negligenciado ha repercutido en su vida adulta, particularmente en su capacidad para mantener una percepción personal positiva y en sus habilidades de comunicación efectiva, especialmente en contextos profesionales que exigen interacción en tiempo real.

De acuerdo con el DSM (APA, 2013) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), los trastornos no abordados en la niñez pueden manifestarse con mayor severidad en la adultez, afectando diversas áreas del funcionamiento diario. Según lo establecido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2020), la falta de atención oportuna durante las etapas iniciales del desarrollo de Ariana influyó de manera significativa en la manifestación y progresión de sus síntomas actuales.

La decisión por parte de sus padres de una falta de atención desencadenó una serie de desafíos emocionales que condujeron una baja autoestima persistente y dificultades para establecer una comunicación efectiva actual, particularmente en entornos laborales digitales donde se requiere interacción en tiempo real. La ausencia de una intervención temprana probablemente exacerbó su ansiedad social y la percepción negativa de sí misma, elementos que actualmente afectan su calidad de vida y su desempeño laboral.

Durante su infancia, Ariana se enfrentó a numerosos desafíos emocionales que dejaron una marca profunda en su desarrollo psicológico. Su madre, motivada por preocupaciones sociales, solía exponerla frecuentemente en eventos públicos

desde temprana edad. Esta exposición constante generó en Ariana una profunda ansiedad social y sentimientos de incomodidad y vergüenza que, con el tiempo, se convirtieron en un trastorno más complejo. Estas experiencias tempranas pueden haber sido fundamentales en el desarrollo de su ansiedad social, contribuyendo a una visión de sí misma cargada de inseguridades y temores ante la crítica y la evaluación negativa.

Otro aspecto crucial en la historia de Ariana es el ambiente familiar restrictivo en el que creció. Se le negaba sistemáticamente la autonomía, con decisiones importantes tomadas en su nombre, lo que socavó su capacidad para desarrollar un sentido de autoeficacia y autonomía personal. Esta dinámica familiar contribuyó significativamente a la formación de una baja autoestima y una dependencia excesiva de la aprobación externa. Como resultado, Ariana desarrolló un estilo de comportamiento basado en la necesidad constante de aprobación externa, lo que incrementó su vulnerabilidad ante la ansiedad e inseguridad, especialmente en contextos sociales y laborales.

A pesar de los desafíos mencionados, Ariana experimentó un vínculo afectivo especial con sus abuelos maternos, quienes la mimaban y hacían sentir única y valiosa. Sin embargo, la muerte prematura de estos seres queridos exacerbó su sensación de soledad y abandono, sentimientos que persistieron en su vida adulta. La pérdida de sus abuelos no solo intensificó su sensación de aislamiento, sino que también despojó a Ariana de una fuente crucial de apoyo emocional, dejándola aún más vulnerable a las dificultades emocionales y sociales que enfrentaba.

Las causas subyacentes de su estado emocional actual parecen estar relacionadas con los trastornos o dificultades no abordadas en su infancia, lo que ha impactado profundamente su bienestar emocional y sus habilidades sociales en la vida adulta. En particular, su desempeño laboral se ha visto comprometido, ya que las exigencias del entorno profesional moderno, como la comunicación digital en tiempo real, presentan un desafío significativo para Ariana.

De acuerdo con lo planteado por Kessler et al. (2005), los trastornos no atendidos durante la infancia pueden influir de forma persistente en el desarrollo de habilidades sociales y profesionales, aspecto que se manifiesta claramente en la experiencia de Ariana.

En concordancia con lo que señaló Harvard Health Publishing (2020) los vínculos afectivos pueden verse afectados por dificultades emocionales no resultados, lo que parece aplicarse a la situación de Ariana. Sus relaciones personales y laborales han sido comprometidas por su incapacidad para gestionar satisfactoriamente sus emociones y por las barreras que enfrenta en la comunicación. Esta problemática ha limitado su capacidad para tener éxito en entornos que requieren habilidades de comunicación avanzadas y rápidas, como los que predominan en el mundo digital actual.

En términos de su desarrollo social, Ariana ha enfrentado obstáculos significativos debido a la problemática no resultado de su infancia. Esto ha tenido un impacto negativo en su capacidad para relacionarse con los demás, limitando su círculo

social y afectando su confianza en entornos sociales. Zapf y Gross (2001) sugirieron que las dificultades emocionales no abordadas pueden llevar a un aislamiento social progresivo, lo cual se refleja en la vida diaria de Ariana. Además, Hammen (2005) afirmó que las personas con trastornos emocionales no resueltos a menudo tienen dificultades para adaptarse a las demandas de la vida moderna, especialmente en contextos que requieren interacciones rápidas y eficaces, como las que experimenta Ariana en su trabajo.

En resumen y confirmando el aporte de esta variable de estudio, la situación de Ariana pone en evidencia la importancia de reconsiderar las consecuencias de un diagnóstico de salud mental no abordado durante la infancia, para comprender mejor sus dificultades emocionales actuales y su impacto en el funcionamiento laboral.

5.1.2 Metodología del Diagnóstico Acertado

En cuando a la variable Metodología del Diagnóstico Acertado los hallazgos condujeron al meticuloso proceder científico para la identificación del trastorno específico que desarrolló Ariana. A lo largo del proceso, se utilizaron diversas herramientas diagnósticas que abarcan desde pruebas estandarizadas hasta entrevistas semiestructuradas, las cuales permitieron un análisis exhaustivo y una profunda comprensión del estado emocional y psicológico de la participante.

5.1.2.1 Prueba de Depresión de Beck

La administración de este instrumento, arrojó una puntuación de 17 puntos en el caso de Ariana. Este puntaje se encuentra en el intervalo de signos compatibles con un cuadro depresivo que, aunque no severos, son significativos en la vida del participante. Los hallazgos más destacados de esta prueba incluyen sentimientos de desesperanza, irritabilidad constante y una notable pérdida de interés en las relaciones sociales. Ariana expresó un sentido profundo de que no hay nada por lo que luchar, lo cual es un indicador clave de un estado emocional depresivo. Además, su irritabilidad constante y su pérdida de interés por los demás subrayan un desinterés progresivo en la interacción social, lo que puede ser un reflejo de su lucha interna con la depresión. Estos síntomas, aunque leves, no deben ser subestimados, ya que pueden evolucionar hacia una condición más grave si no se abordan adecuadamente. La falta de motivación y el que perciba desesperanza son factores que estaban afectando negativamente la calidad de vida de Ariana, impactando no solo su bienestar emocional, sino también su capacidad para mantener relaciones interpersonales y llevar a cabo actividades diarias.

5.1.2.2 Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

En la administración de este instrumento, Ariana obtuvo un puntaje de 33, lo que indica un nivel significativo de ansiedad. Este resultado es particularmente relevante, ya que sugiere que la ansiedad es una preocupación constante en la vida de Ariana, interfiriendo notablemente en su rutina diaria y en su desempeño laboral. Los hallazgos más destacados incluyen la sensación de pánico o temor abrumador ante posibles afectaciones o daños futuros, lo cual es un indicio de una ansiedad

anticipatoria elevada.

La ansiedad, en este caso, se manifestó no solo en preocupaciones abstractas, sino también en síntomas físicos y emocionales que dificultan su vida cotidiana. Ariana ha expresado que la ansiedad interfiere de manera considerable en su rutina cotidiana, evidenciando señales no verbales asociadas con un estado de ánimo depresivo y sentimientos de desesperanza. Entre los síntomas se encuentran molestias físicas constantes, como palpitaciones aceleradas y dificultad para respirar, las cuales intensifican su incomodidad e impactan negativamente su funcionalidad diaria. Además, es importante señalar que esta sintomatología no solo afecta su equilibrio emocional, sino que también repercute en su desempeño profesional. Esto se refleja en problemas de atención, menor productividad en las actividades habituales y un descenso en su capacidad para tomar decisiones, afectando así el desempeño general en el entorno profesional.

5.1.2.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

La ejecución de este instrumento reveló 36 puntos, lo que confirma un nivel elevado de ansiedad en Ariana. Los síntomas asociados con este puntaje incluyen una variedad de sensaciones somáticas y emocionales, como entumecimiento, temblores, falta de relajación y una sensación constante de nerviosismo. Estos síntomas indican un nivel de ansiedad que no solo es elevado, sino también persistente, afectando de manera significativa la vida diaria de Ariana. El inventario evidenció una mezcla de manifestaciones sintomáticas y reacciones emocionales

que, al mantenerse de forma física constante, tendieron a afectar negativamente el bienestar general de la joven. Ariana ha reportado sensaciones somáticas como mareos, inestabilidad corporal y sensación de ahogo, que no solo son incómodas, sino que también contribuyen a su miedo constante a experimentar un colapso físico o mental. Esta interacción prolongada entre emociones intensas y síntomas somáticos pudo, con el tiempo, ocasionar un desgaste significativo en su calidad de vida, influyendo tanto en su funcionamiento cotidiano como en su estado psicológico, creando un malestar continuo que era difícil de gestionar sin intervención terapéutica.

5.1.2.4 Entrevista Semiestructurada sobre Vínculos Afectivos, Comunicación y Contexto Interpersonal

La entrevista semiestructurada reveló aspectos claves de la vida de Ariana que han influido en su desarrollo emocional y en su capacidad para establecer relaciones interpersonales. Ariana creció en un entorno familiar caracterizado por la ausencia emocional de sus padres y su hermano, quienes estuvieron mayormente ausentes durante su infancia y adolescencia. Esta falta de apoyo emocional temprano probablemente contribuyó a su dificultad para confiar en los demás y para establecer vínculos afectivos sólidos fuera de su círculo más íntimo.

La ausencia de figuras paternas y maternas durante su crianza dejó a Ariana con una sensación temprana de pérdida y soledad. Aunque encontré cierto apoyo en sus abuelos maternos, la muerte prematura de estos dejó un vacío emocional que

ha influido en su vida adulta. En la actualidad, Ariana ha formado un vínculo estrecho y estable con su pareja, que se ha convertido en su principal fuente de apoyo emocional. Sin embargo, su tendencia a limitar sus relaciones interpersonales a un círculo muy reducido indica una falta de confianza en las nuevas personas y una preferencia por la seguridad emocional que encuentra en su relación de pareja.

El contexto social de Ariana es limitado, lo que se refleja en su vida diaria, que se centra principalmente en su hogar y en su trabajo desde casa. Aunque participe en actividades como ir al gimnasio, estas interacciones son mínimas y selectivas. Esta preferencia por entornos controlados y familiares sugiere que Ariana busca evitar situaciones que puedan poner en riesgo su estabilidad emocional, lo cual es consistente con un patrón de evitación característico de su posible trastorno de personalidad.

5.1.2.5 Entrevista basada en el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)

La entrevista basada en este examen proporcionó una visión más profunda de los rasgos de personalidad de Ariana, revelando comportamientos y actitudes consistentes con un *trastorno de personalidad ansioso con conductas de evitación* (TPE). Los hallazgos más significativos incluyen su tendencia a preocuparse excesivamente por lo que piensan los demás de ella, su sensibilidad extrema a la crítica, y su preferencia por evitar situaciones sociales que puedan resultar en

humillación o rechazo.

Ariana manifestó que se siente frecuentemente fuera de lugar en situaciones sociales y que prefiere trabajar sola para evitar críticas. Además, describió su tendencia a pasar mucho tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente, lo cual es indicativo de un perfeccionismo que puede estar ligado a su baja autoestima ya su miedo a ser criticada. Dichas conductas observadas coincidieron con los criterios diagnósticos del TPE, definidos por una marcada inhibición social, percepción de ineptitud personal y elevada sensibilidad ante críticas o juicios negativos.

5.1.2.6 Examen mental

El examen mental de Ariana reveló un estado general adecuado en términos de apariencia física, actitud, orientación y pensamiento. Sin embargo, se observaron ciertos aspectos que merecen atención, como su afectividad distante y su dificultad para mantener el contacto visual, lo cual podría ser un reflejo de su trastorno de personalidad. Ariana mostró manerismos específicos, como tocarse el cabello constantemente, lo que puede ser una señal de ansiedad o incomodidad en situaciones sociales.

Es importante destacar que, aunque Ariana no presenta síntomas psicóticos o alteraciones graves en su pensamiento o percepción, su dificultad para conectarse emocionalmente con los demás y su tendencia a evitar el contacto visual son indicativos de un trastorno de personalidad que afecta su capacidad para relacionarse de manera saludable con su entorno.

5.1.2.7 Evaluación orgánica de signos y síntomas

La realización de esta evaluación reveló que, a pesar de experimentar síntomas físicos como taquicardias, palpitaciones y disnea, Ariana no presenta ninguna patología médica subyacente. Los exámenes clínicos realizados por un cardiólogo indican que Ariana está clínicamente sana y no padece ninguna condición cardíaca o médica significativa. Sin embargo, la percepción de estos síntomas como "incómodos y generadores de temor" sugiere que están más relacionados con su estado emocional y su ansiedad que con una condición médica orgánica.

Esta evaluación destaca la importancia de considerar la conexión entre los síntomas físicos y el estado emocional de Ariana. Aunque no se identifican problemas médicos, la presencia de estos síntomas físicos puede estar exacerbando su ansiedad y contribuyendo a su malestar general. La ausencia de un diagnóstico médico significativo puede ser tanto un alivio como una fuente de frustración para Ariana, ya que sus síntomas son reales, pero no tienen una explicación médica clara, lo que podría aumentar su ansiedad.

5.1.3 Trastorno actual de la mujer adulta joven

En cuanto al diagnóstico general basado en el análisis cualitativo y objetivo de los resultados de la evaluación, se concluye que Ariana presenta características consistentes con un *trastorno de la personalidad ansioso con conductas de evitación* (TPE), codificado bajo el DSM-5-TR (301.82) y el CIE-11 (6D83). Este trastorno está caracterizado por retraimiento en contextos sociales, sentimientos persistentes de

insuficiencia y una sensibilidad excesiva frente a la desaprobación o evaluación negativa. Estos síntomas se han desarrollado en la trayectoria de vida de Ariana, afectando su interacción social y dificultando su participación en actividades que requieran contacto interpersonal significativo.

En síntesis, tanto el DSM-5-TR como el CIE-11 definen el trastorno de personalidad por evitación de forma semejante, subrayando la tendencia a evitar situaciones sociales, la hipersensibilidad a las críticas y una baja autoestima. Estos síntomas, junto con las percepciones distorsionadas que Ariana tiene de sí misma y de los demás, sugieren un trastorno profundo que requiere una intervención terapéutica especializada. La comparación entre ambas clasificaciones resalta la coherencia en la descripción de este trastorno, ofreciendo un soporte robusto para la evaluación diagnóstica y el diseño del tratamiento. La estructuración personalizada del plan fue un aspecto clave, ya que se buscó adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de Ariana, con el objetivo de mejorar su bienestar emocional de manera efectiva.

5.1.4 Programa de intervención psicológica

En este caso clínico, se evaluó el efecto del plan de intervención psicológica sobre una mujer adulta joven con antecedentes de hipersensibilidad social durante la infancia. La intervención se centra en el manejo del TPE, utilizando una metodología clínica precisa para el diagnóstico y un programa estructurado de terapia cognitivo-conductual (TCC) reuniendo técnicas recomendadas para el caso, para abordar los

desafíos emocionales y sociales del participante, con el objetivo de mejorar su funcionalidad interpersonal y emocional, todas basadas en la literatura existente.

El proceso interventivo (intervención psicológica) se llevó a cabo en 12 sesiones. En la primera sesión se abordaron sus preocupaciones y expectativas, mientras el psicoterapeuta explicaba los resultados de las pruebas diagnósticas. De manera conjunta, se establecieron los objetivos terapéuticos, lo que permitió a Ariana comprender su condición y darle un sentido de dirección al proceso.

La segunda sesión, se destinó a una psicoeducación sobre la ansiedad y la depresión, abordando sus causas y manifestaciones en su vida diaria. Se facilitó la comprensión a través de metáforas y ejemplos prácticos, lo que le permitió sentirse más capacitada para manejar sus síntomas. Posteriormente, en la tercera sesión, se trabajó con la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a fin de desarrollar la habilidad de identificar sus valores fundamentales. Mediante ejercicios guiados, se exploró la congruencia entre sus valores y su comportamiento actual, incrementando su motivación para vivir de acuerdo con sus principios.

En la cuarta sesión, se implementó la reestructuración cognitiva para que Ariana pudiera identificar y desafiar sus pensamientos automáticos negativos. A través de un diario de pensamientos, se trabajó en la modificación de estos patrones cognitivos, lo que resultó en un descenso de los síntomas de ansiedad y depresión.

En la quinta sesión, se introdujeron técnicas de afrontamiento, enseñándole estrategias de respiración y relajación que le permitieron manejar mejor la ansiedad

en situaciones estresantes. La práctica constante de estas técnicas fortaleció su capacidad para gestionar el estrés diario.

La sexta sesión estuvo enfocada en la exposición gradual, desarrollando un plan para abordar progresivamente las situaciones sociales que había estado evitando. La creación de una jerarquía de exposición permitió que Ariana ganara confianza y redujera su ansiedad en estos contextos.

En la séptima sesión, se implementaron ejercicios de autoafirmación y autocompasión dentro del enfoque de la terapia basada en la compasión. Gracias a esta práctica, logró desarrollar una relación más amable consigo misma, lo que impactó positivamente en su autoestima y redujo su nivel de autocrítica.

En la octava sesión, se trabajó el procesamiento del duelo, ayudándola a explorar sus emociones relacionadas con la pérdida de su padre. A través de técnicas de expresión emocional, pudo gestionar su duelo de manera saludable, aliviando su carga emocional y facilitando su recuperación.

Posteriormente, en la novena sesión, se fortalecieron sus habilidades sociales mediante la práctica de técnicas de comunicación asertiva en situaciones simuladas. Esta estrategia favoreció su capacidad para expresar sus necesidades de manera clara y fortalecer sus relaciones interpersonales.

En la décima sesión, se realizó una evaluación de sus progresos y se ajustó el plan terapéutico según sus necesidades. Esta revisión reforzó su compromiso con la

terapia, ya que pudo reconocer los avances logrados hasta el momento.

Posteriormente, en la undécima sesión, se diseñó un plan personalizado de prevención de recaídas, en el cual se identificaron posibles desencadenantes y estrategias de afrontamiento para mantener su bienestar emocional a largo plazo.

Finalmente, en la duodécima sesión, se llevó a cabo el cierre del proceso terapéutico, se estableció un plan de mantenimiento y se realizaron pruebas de los efectos positivos conseguidos.

5.1.4.1 Valoración de la intervención psicológica en la participante

El impacto de la intervención se evaluó mediante un enfoque mixto, utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas para medir el progreso de Ariana.

- Evaluación Cualitativa Interpretativa: Se realizaron entrevistas semiestructuradas al inicio, a mitad y al final del proceso terapéutico. Estas entrevistas revelaron un aumento en la autoeficacia de Ariana y mejoras significativas en la gestión del estrés y la calidad de sus relaciones interpersonales. El análisis de los diarios terapéuticos de Ariana mostró un cambio positivo en sus patrones de pensamiento y comportamiento, destacando una evolución constante en su bienestar emocional. El análisis de caso permitió una revisión detallada del progreso de Ariana, confirmando el éxito de la intervención en fortalecer su resiliencia y adaptación emocional.

- Evaluación Cuantitativa Medible: Se utilizaron cuestionarios de autoinforme

para medir los síntomas del cuadro ansioso y depresivo, así como una percepción de autoeficacia de Ariana. Los resultados indicaron una reducción significativa en los síntomas de ansiedad (40%) y depresión (30%), junto con un aumento del 35% en la percepción de autoeficacia. El Inventario de Estrés Percibido (PSS) aplicado en la última sesión reflejó una adecuada gestión del estrés, sin indicadores clínicos preocupantes. Finalmente, la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) mostró un incremento en la satisfacción general de Ariana, confirmando el éxito de la intervención.

Este estudio demuestra que una intervención psicoterapéutica bien estructurada, basada en TCC y adaptada a las necesidades individuales, impacta con efecto positivo significativo en estado de ánimo con indicadores de afectación de mujeres adultas jóvenes con antecedentes de hipersensibilidad social. Los resultados obtenidos resaltan la importancia de una evaluación clínica precisa y de un enfoque terapéutico que combine tanto técnicas cualitativas como cuantitativas para medir el progreso y garantizar el éxito de la intervención.

5.2. Recomendaciones

En el marco del informe de esta tesis de doctorado, se presentan a continuación recomendaciones adicionales que buscan fortalecer la investigación y ampliar su impacto, siguiendo las orientaciones metodológicas para casos clínicos establecidas en el 2014 por Hernández, Fernández y Baptista, en su obra "Metodología de la investigación". Estas recomendaciones se centran en la

profundización del contexto del caso, la diversificación de métodos de recolección de datos, la ampliación de la muestra, el desarrollo de estrategias de intervención, la instauración de mecanismos de seguimiento y evaluación continuos, así como impulsar la publicación y difusión de los hallazgos:

- Se sugiere profundizar en el contexto del caso para obtener una comprensión más completa del entorno en el que se desarrollaron las experiencias de la participante. Se propone realizar un análisis exhaustivo de los antecedentes históricos, sociales y culturales que puedan aportar más información en la evaluación descriptiva-predictiva, ampliando la revisión bibliográfica e incorporando estudios previos que permitan identificar patrones y discrepancias. Además, la incorporación de enfoques teóricos adicionales podría fortalecer la discusión y ofrecer un marco más sólido para la interpretación de los resultados.
- Se sugiere investigar enfoques alternativos para la recolección de datos, con el fin de complementar las técnicas empleadas en el estudio. La incorporación de entrevistas en profundidad permitiría obtener información más detallada sobre las experiencias y percepciones de la participante, mientras que la realización de grupos focales facilitaría la discusión colectiva y la revelación de dinámicas interpersonales que no se capturaban mediante métodos individuales. Adicionalmente, se sugiere considerar un enfoque longitudinal para observar cambios y tendencias a lo largo del tiempo, lo que aportaría una dimensión temporal enriquecedora al análisis del fenómeno.

- La ampliación de la muestra es considerada una estrategia clave para fortalecer la validez externa de los hallazgos. Se recomienda incluir otros participantes en términos de edad, género, contexto socioeconómico y otras variables relevantes. Esta estrategia permitiría identificar factores comunes y divergentes, lo que reforzaría la generalización de los resultados y ofrecería una visión más amplia del fenómeno investigado. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), disponer de una muestra más amplia y representativa sería clave para una mejor interpretación de los datos y para la elaboración de conclusiones más generales.
- Los hallazgos del estudio deben ser utilizados para diseñar estrategias de intervención específicas que aborden las necesidades y problemas identificados. Este caso podría considerarse un estudio piloto, probadas estas estrategias en un entorno controlado, recopilando retroalimentación y realizando ajustes necesarios antes de su aplicación a gran escala. Hernández, Fernández y Baptista (2014) sugieren que la implementación de intervenciones basadas en la investigación no solo mejora la calidad del estudio, sino que también contribuye a la resolución práctica de los problemas identificados.
- Para asegurar la efectividad de las estrategias de intervención y su adaptación a las circunstancias cambiantes, es fundamental establecer un sistema de monitoreo y evaluación continuos. Este sistema permitiría seguir de cerca los resultados de las intervenciones, identificando áreas de mejora

y ajustando las estrategias en función de la retroalimentación recibida. La evaluación continua también facilitará la identificación de éxitos y desafíos, proporcionando una base sólida para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), es crucial llevar a cabo una evaluación continua para garantizar que las intervenciones mantengan su relevancia y efectividad durante todo el proceso.

- Finalmente, la divulgación de los resultados del estudio es fundamental para avanzar en el conocimiento de este campo de interés. Se sugiere presentar los hallazgos en conferencias científicas y publicar artículos en revistas especializadas, lo que permitirá alcanzar una audiencia más amplia y promover un debate académico enriquecedor. La divulgación de los resultados no solo valida el trabajo realizado, sino que también permite que otros investigadores y profesionales en el campo se beneficien de los conocimientos generados. Hernández, Fernández y Baptista (2014) enfatizan que la comunicación efectiva de los resultados es esencial para el progreso de la investigación y la aplicación de buenas prácticas en contextos similares.

5.3. Investigaciones Futuras

Este caso clínico cualitativo facilitó un análisis exhaustivo de los factores que se observó contribuyeron en la aparición de sus síntomas actuales, formulando una hipótesis sobre la posible presencia de un trastorno mental. Sin embargo, los hallazgos obtenidos sugieren la necesidad de llevar a cabo investigaciones futuras que amplíen y profundicen en diversos aspectos no abordados completamente en

este trabajo. Estas investigaciones podrían proporcionar una comprensión más robusta y detallada del caso, permitiendo la identificación de patrones comunes en individuos con trayectorias similares y contribuyendo al desarrollo de intervenciones más eficaces.

En primer lugar, sería beneficioso realizar estudios longitudinales que sigan la evolución del estado emocional y mental de Ariana a lo largo del tiempo. Este enfoque permitiría observar cómo sus síntomas se desarrollan y cambian, especialmente en respuesta a intervenciones psicoterapéuticas específicas. La recopilación de datos en intervalos regulares proporcionaría una perspectiva más completa sobre la eficacia a largo plazo de las intervenciones aplicadas, así como sobre los posibles factores de caída. Además, este tipo de estudio podría identificar patrones predictivos de mejoría o deterioro, lo que sería crucial para ajustar las estrategias terapéuticas en tiempo real.

Un aspecto que debe explorarse más a fondo es la interacción entre los antecedentes genéticos y los factores de estrés ambiental en el desarrollo de trastornos mentales. Aunque se toman en cuenta los antecedentes familiares, es necesario un análisis más profundo de cómo estos factores influyen en la predisposición de Ariana a desarrollar ciertos síntomas. Investigaciones futuras podrían utilizar enfoques mixtos, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, para analizar cómo la genética y el entorno se entrelazan para impactar el estado mental de los individuos. Este enfoque permitiría una comprensión más holística del caso y podría proporcionar información valiosa para la personalización de

tratamientos.

También sería relevante investigar el impacto de la intervención temprana en trastornos diagnosticados en la infancia, como el trastorno de hipersensibilidad social que Ariana experimentó. Estudios comparativos entre individuos que recibieron tratamiento en la infancia y aquellos que no lo recibieron podrían mostrar diferencias significativas en el desarrollo emocional y social a largo plazo. Esta investigación no solo ampliaría la comprensión de la importancia de la intervención temprana, sino que también podría influir en la formulación de políticas de salud mental que promuevan la detección y el tratamiento oportuno de trastornos en la infancia.

Por otra parte, la influencia de las dinámicas familiares y sociales en el desarrollo emocional de Ariana destaca la necesidad de explorar más a fondo cómo estos factores afectan a individuos en situaciones similares. Investigaciones cualitativas que incluyan entrevistas con miembros de la familia y otros actores sociales clave podrían proporcionar una visión más amplia de las interacciones que contribuyen al bienestar o malestar emocional. Este enfoque podría ayudar a identificar patrones familiares que favorecen el desarrollo de trastornos mentales, así como a desarrollar estrategias de intervención dirigidas a modificar estas dinámicas.

Finalmente, debido al creciente uso de herramientas digitales en el ámbito laboral y su impacto en el bienestar mental de Ariana, sería relevante investigar cómo la tecnología influye en la salud emocional y en el desarrollo de síntomas de ansiedad

o estrés relacionados con el entorno laboral. Estudios centrados en la relación entre el uso de tecnologías digitales y el estrés laboral podrían identificar factores de riesgo específicos y sugerir adaptaciones en el entorno laboral que podrían mitigar estos efectos negativos. La investigación en este campo podría ofrecer soluciones prácticas para mejorar la salud mental en entornos profesionales modernos.

Las investigaciones futuras deben enfocarse en la evolución a largo plazo de los síntomas, la interacción genética y ambiental, el impacto de la intervención temprana, las dinámicas familiares y sociales, y el papel de las tecnologías digitales en el bienestar mental. Estos estudios no solo proporcionarían una comprensión más profunda del caso de Ariana, sino que también contribuirían significativamente al área de la salud mental, ofreciendo pautas destinadas intervenciones más efectivas y personalizadas.

5.4. Limitaciones

En cualquier investigación, especialmente en el ámbito cualitativo y en estudios de caso como el presente, es esencial reconocer las limitaciones inherentes al diseño metodológico y la naturaleza del objeto de estudio. Este estudio, que se enfocó en la exploración biográfica de Ariana Rangel para desarrollar una hipótesis sobre la posible presencia de un trastorno mental, no está exento de tales limitaciones. A continuación, se detallan los principales desafíos y limitaciones que se presentan durante el desarrollo de la investigación.

Una de las limitaciones identificadas fue la naturaleza cualitativa del estudio.

Aunque este enfoque permitió una exploración profunda de la historia de vida del participante, la subjetividad inherente a la interpretación de los datos puede haber influido en la formulación de la hipótesis. La obtención de datos se sustentó en entrevistas semiestructuradas y en la observación directa, lo que implicó cierta recurrencia al auto-reporte por parte de la participante. Esto pudo haber resultado en sesgos relacionados con la memoria o la percepción subjetiva de sus experiencias pasadas, limitando la objetividad de los hallazgos.

En cuanto a la aplicabilidad, los estudios clínicos ofrecen una comprensión detallada de fenómenos específicos, su aplicación a otras poblaciones es limitada. La historia y las características individuales de Ariana, así como su contexto social y familiar, son únicos y, por tanto, los hallazgos pueden no ser representativos de otros individuos con condiciones similares. Este aspecto resulta relevante, dado que los hallazgos no pueden generalizarse de forma sencilla a una población más amplia que puedan estar experimentando síntomas o situaciones comparables.

Otra limitación a mencionar fue la falta de acceso a registros médicos completos y la ausencia de datos longitudinales que podrían haber proporcionado una visión más amplia del desarrollo de los síntomas de Ariana a lo largo del tiempo. La información disponible dependía en gran medida de los relatos proporcionados por el participante y por los datos familiares parciales, lo cual puede haber limitado la capacidad para realizar un análisis exhaustivo y riguroso de los posibles factores desencadenantes y perpetuadores de su estado emocional actual.

Asimismo, la imposibilidad de no incluir un grupo de control en la investigación reduce la posibilidad de realizar comparaciones entre diferentes intervenciones o experiencias de vida, esto debido a la inclusión de una variable de un diagnóstico hecho años atrás. Aplicar un enfoque comparativo permitiría precisar con mayor claridad las variables clave asociadas al desarrollo de trastornos mentales en personas con antecedentes parecidos.

También es importante destacar que la intervención psicoterapéutica propuesta y evaluada en este estudio estuvo limitada por la falta de recursos y tiempo. Aunque se diseñó un plan de seguimiento de seis meses, la implementación de este seguimiento y la evaluación continua de los resultados fueron condicionadas por factores externos, como la disponibilidad del participante y las limitaciones logísticas. Esta restricción pudo haber afectado la sostenibilidad de los efectos positivos de la intervención, limitando la capacidad de medir su eficacia a largo plazo.

Cabe mencionar que, las limitaciones éticas y metodológicas propias del trabajo con una sola participante deben ser reconocidas. Aunque se procuró salvaguardar la confidencialidad y el bienestar de Ariana, la naturaleza íntima y personal del estudio pudo haber influido en la forma en que la participante respondió a las preguntas o de la manera en que se desarrollaron las sesiones de intervención. Esto resalta la relevancia de considerar el vínculo investigador-participante al interpretar los resultados y formular conclusiones.

Finalmente, aunque este estudio cualitativo ha proporcionado una valiosa comprensión del caso de Ariana Rangel y ha permitido desarrollar hipótesis sobre la posible existencia de alteraciones en la salud mental, es importante reconocer las restricciones inherentes al proceso investigativo. La subjetividad del análisis cualitativo, la falta de datos longitudinales, la ausencia de un grupo de control, las restricciones en la intervención psicoterapéutica y las consideraciones éticas, son factores que deben ser cuidadosamente consideradas al analizar los hallazgos y al valorar su posible aplicación en otros contextos clínicos o poblacionales.

Estas limitaciones resaltan la necesidad de realizar investigaciones adicionales que puedan abordar estos desafíos y contribuir a un conocimiento más robusto en el ámbito de la salud mental.

5.5. Validez de la Investigación

En el contexto de la investigación cualitativa, la validez se refiere a la precisión y credibilidad de las respuestas al problema planteado, así como a la fidelidad con la que se representa la realidad estudiada. En este estudio, cuyo objetivo fue explorar la historia biográfica de Ariana Rangel y su relación con la posible presencia de un trastorno mental, se consideraron diversos aspectos para asegurar la validez del proceso investigativo. El enfoque cualitativo facilitó un análisis detallado y situado de la vivencia de Ariana, aspecto clave en salud mental, donde los matices individuales influyen de manera decisiva en el diagnóstico y tratamiento.

Para asegurar la validez interna del estudio, se utilizaron técnicas como la

triangulación de datos, que involucró la recopilación de información a través de entrevistas semiestructuradas, revisión de documentos clínicos y observaciones no intrusivas. Este enfoque permitió corroborar los hallazgos a partir de múltiples fuentes, reduciendo el riesgo de sesgos y aumentando la confianza en la interpretación de los datos. Asimismo, se mantuvo una reflexividad constante durante el proceso de análisis, reconociendo y mitigando la influencia potencial de las preconcepciones de mi rol como investigadora sobre los resultados obtenidos.

Otro aspecto clave para la validez interna fue la consistencia en la aplicación de las técnicas de diagnóstico y de intervención. Se utilizó una metodología sistemática y rigurosa en la aplicación de escalas como el *BDI-II* y la *HARS*, asegurando que los resultados fueran representativos del estado emocional y psicológico de Ariana. La congruencia entre los síntomas reportados y los puntajes obtenidos en estas evaluaciones reforzó la validez de los resultados, sugiriendo que los instrumentos seleccionados fueron adecuados para captar la complejidad del caso estudiado.

En cuanto a la validez externa, es decir, la capacidad de generalizar los resultados más allá del caso de Ariana, se reconoce que la naturaleza de los estudios cualitativos limita en cierto modo esta posibilidad. Sin embargo, los resultados obtenidos ofrecen valiosas perspectivas que pueden ser aplicadas a casos similares en contextos clínicos y terapéuticos. La riqueza del análisis cualitativo permite identificar patrones y tendencias que, aunque no necesariamente generalizables en un sentido estadístico, proporcionan un marco interpretativo útil para abordar casos con características similares en la práctica de la psicología clínica.

Asimismo, la validación mediante la participación directa de “Ariana Rangel” en el proceso investigativo fue un componente crucial para la validez de los datos obtenidos. Ariana tuvo la oportunidad de revisar y comentar sobre las interpretaciones realizadas, lo que no solo ayudó a asegurar que su experiencia fuera representada con fidelidad, sino que también fortaleció la validez interpretativa al incorporar su perspectiva en el análisis final. Esta estrategia es fundamental en la investigación cualitativa, ya que permite capturar la realidad desde el punto de vista del participante, promoviendo una representación auténtica y significativa de los fenómenos estudiados.

Por otro lado, se implementaron procedimientos rigurosos para garantizar la validez ecológica, asegurando que los hallazgos reflejan la realidad vivida de Ariana en su contexto natural. Esto implicó la recolección de datos en entornos familiares y confortables para el participante, lo que minimizó la posibilidad de que el contexto artificial influya en su comportamiento o en las respuestas proporcionadas. La investigación también demostró el impacto del tiempo y la evolución de los síntomas, permitiendo una evaluación longitudinal que contribuyó a una comprensión más dinámica y precisa del estado emocional de Ariana.

Finalmente, la transparencia en la documentación del proceso investigativo fue un elemento fundamental para la validez del estudio. Se mantuvo un registro detallado de cada fase del estudio, desde la definición de la hipótesis hasta la interpretación de los datos y el análisis de los resultados obtenidos, lo que facilita la reproducibilidad y la evaluación crítica por parte de otros investigadores. Este

enfoque sistemático asegura que los resultados sean rastreables y que las conclusiones sean claramente derivadas de los datos obtenidos, lo cual es esencial para la credibilidad y el rigor científico del estudio.

De este modo, la validez de la presente investigación se sustenta en la combinación de métodos robustos y la consideración cuidadosa del contexto y la perspectiva de la participante. A través de un enfoque cualitativo riguroso y reflexivo, se logró una representación precisa y significativa de la realidad de Ariana, lo que no solo contribuye al entendimiento de su situación particular, sino que también ofrece valiosas contribuciones al campo de la salud mental en general.

5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales

El estudio cualitativo realizado ha facilitado un análisis exhaustivo y minucioso de la historia biográfica de Ariana Rangel, destacando la interconexión entre sus experiencias infantiles y sus dificultades emocionales y psicológicas en la adultez. Los hallazgos de esta investigación subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado en la infancia para prevenir la exacerbación de trastornos mentales en etapas posteriores de la vida. La vida de Ariana ejemplifica cómo la negligencia en el tratamiento de un trastorno diagnosticado en la infancia, como el trastorno por hipersensibilidad social, puede tener un impacto duradero y perjudicial en el desarrollo emocional y social de una persona.

Es evidente que las experiencias tempranas de Ariana, marcadas por un ambiente familiar restrictivo y una exposición constante a situaciones de alta demanda social,

contribuyeron significativamente al desarrollo de su ansiedad social y baja autoestima. El contexto familiar, caracterizado por la falta de autonomía y el control excesivo de sus decisiones, creó un entorno en el que la validación externa se convirtió en una necesidad constante para Ariana, lo que ha perpetuado su vulnerabilidad emocional y ha exacerbado su miedo al juicio y la crítica.

La pérdida de figuras clave de apoyo emocional, como sus abuelos maternos, agravó aún más la situación, dejando a Ariana en un estado de aislamiento emocional que ha influido en su incapacidad para manejar adecuadamente las demandas emocionales y sociales de la vida adulta. Estos factores, combinados con el estrés emocional reciente debido a la muerte de su padre, han intensificado sus síntomas actuales, manifestándose en un estado de depresión leve y ansiedad significativa, como lo revelan los resultados obtenidos del proceso de evaluación descriptivo-.

El diagnóstico actual de Ariana, basado en una metodología diagnóstica rigurosa que incluyó entrevistas semiestructuradas, pruebas estandarizadas, utilización de registros en expediente clínico, examen mental y consulta de manuales nosológicos, confirma la presencia de síntomas depresivos y ansiosos que interferían considerablemente en su vida diaria y desempeño laboral. La intervención psicoterapéutica propuesta se centró en abordar estas dificultades, reconociendo la necesidad de trabajar en los aspectos emocionales no resueltos desde su infancia, así como en la gestión del estrés y las habilidades de comunicación en el entorno laboral.

El seguimiento continuo y la validación durante el proceso terapéutico son esenciales para garantizar que las mejoras obtenidas se mantengan a largo plazo. La implementación de un plan de seguimiento de seis meses permitió evaluar la sostenibilidad de los efectos positivos de la intervención, proporcionando una base para la realización de los ajustes necesarios en el tratamiento y asegurando un enfoque terapéutico adaptado a las necesidades específicas de Ariana.

En términos más generales, los hallazgos de este estudio tienen repercusiones positivas para la práctica en psicología clínica y la investigación en salud mental. En primer lugar, resaltan la necesidad de una atención temprana y continua en los casos de trastornos mentales diagnosticados a temprana edad, para prevenir la evolución hacia estados más graves en la adultez. Además, subrayan la importancia de considerar el contexto biográfico y familiar en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, reconociendo que las experiencias tempranas y los factores genéticos podrían ser determinantes en la aparición de síntomas durante la vida adulta.

En segundo lugar, este estudio pone de manifiesto la complejidad del diagnóstico y tratamiento de afecciones y padecimientos mentales, especialmente en casos donde los síntomas han sido latentes o subestimados durante largos periodos. La historia de Ariana sugiere que los trastornos emocionales y psicológicos no resueltos pueden manifestarse de manera más pronunciada bajo condiciones de estrés, lo que destaca la importancia de un enfoque integral en la intervención terapéutica que aborde tanto los síntomas actuales como las raíces históricas de

estos.

Finalmente, la investigación contribuye al cuerpo de conocimiento en salud mental al proporcionar un marco para entender cómo los factores biográficos pueden influir en la manifestación de trastornos mentales en la edad adulta. Este enfoque cualitativo, que integra la historia de vida del paciente con una evaluación clínica detallada, ofrece una perspectiva útil para el diagnóstico y tratamiento de trastornos complejos. Además, sugiere que un enfoque personalizado y centrado en la persona, que considera tanto el contexto histórico como los factores actuales, es crucial para el éxito de la intervención psicoterapéutica y para prosperar la calidad de vida de los pacientes.

En adición, este estudio refuerza lo utilitario de un enfoque preventivo y proactivo en la salud mental, destacando que la intervención temprana, el diagnóstico preciso y un tratamiento continuo adaptado a las necesidades individuales es clave para prevenir la evolución de las afectaciones mentales y mejorar el bienestar emocional de las personal. La experiencia de Ariana Rangel destaca los efectos duraderos de las vivencias infantiles en la salud mental, subrayando la importancia de una atención completa, empática y compasiva en el tratamiento de trastornos psicológicos.

Para finalizar, se fundamentó el efecto positivo de una metodología de diagnóstico clínico precisa y un programa de intervención psicológica en el tratamiento del trastorno actual en una mujer adulta joven con antecedentes de hipersensibilidad

social en la infancia. Esto no solo demostró la eficacia de estas estrategias, sino que también ofreció una hoja de ruta para futuros tratamientos similares. Este estudio de caso clínico destacó la relevancia de un enfoque holístico y personalizado en el tratamiento de trastornos psicológicos, enfatizando necesariamente una evaluación precisa y una intervención adaptada a las necesidades individuales de la joven adulta “Ariana Rangel”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aláez Fernández, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525–532. Recuperado de https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7756

Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 857-882.

Amar, J., Llanos, M. y Acosta, M. (2003). Factores protectores en salud mental. *Revista de Salud Pública*, 5(3), 230-245.

Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2008). *The Shyness and Social Anxiety Workbook: Proven, Step-by-Step Techniques for Overcoming Your Fear*. New Harbinger Publications.

American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR)*. Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

AMIIF. (2019, 16 de mayo). La importancia de la concientización sobre la salud mental. *Innovación para la Vida en México*. Recuperado de https://amiif.org/la-importancia-de-la-concientizacion-sobre-la-salud-mental

Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, AC (2019). *Prevalencia e incidencia de los trastornos mentales y neurológicos en América Latina* [Informe]. Ciudad de México, México: Autor.

Asociación Médica Mundial (AMM). (2024, 31 de diciembre). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. Recuperado de https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos.

American Psychological Association. (s.f.). *Más allá de la preocupación*. Recuperado de https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion

Araya, R., Montero-Marín, J., Barroilhet, S., Fritsch, R., Gaete, J. y Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: Sex differences. *BMC Psychiatry, 13,* 122 y 269. doi: 10.1186/1471-244X-13-122 y 10.1186/1471-244X-13-269.

Bardhoshi, G., Duncan, K., Erford, B. (2016). Psychometric meta-analysis of the English version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94 pp. 356-373.

Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K (2005). Enfrentando la enfermedad mental de los padres. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*, Oxford, Oxford University Press.

Beck J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.

Beck, J. S., (2015). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.

Beck, A. T. (2016). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). The Guilford Press.

Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Epidemiología del desarrollo de los trastornos de ansiedad. *Clínicas psiquiátricas para niños y adolescentes de Norteamérica*, 21(3), 457–478. https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001

Bell, J. (2005). *Cómo hacer tu primer trabajo de investigación* (Roc Filella Escolá, trad.). España: Gedisa.

Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictores del TDAH persistente: un estudio de seguimiento de 11 años. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150–155. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.009.

Birmaher B, Villar L. (2000). Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In: Meneghello J, Grau Martínez A, eds. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia.* Buenos Aires: Médica Panamericana. 323-33.

Borges, G., Medina-Mora, M. E., & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México, 46*(5), 451-463. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500011&lng=es&tlng=es

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). *La salud mental y sus cuidados* (4a. ed.). Pamplona: EUNSA.

Cafiero, P. (2023). *Factores asociados al diagnóstico tardío del trastorno del espectro autista*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 32(1), 15-25.

Carrasco, L., Martínez, C., & García, M. (2013). Evaluación psicológica en adultos: Enfoques y técnicas. Editorial Psicología Aplicada.

Carrasco-Ortiz, M.A., I. Ramírez-Uclés, I. y V. del Barrio-Gándara (Eds.), *Evaluación Clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos* (pp. 3-37). Madrid: Sanz y Torres.

Cattell, R., Russell, M., Karol, D., Cattell, A., & Cattell, H. (2011). *16PF-5, Cuestionario factorial de personalidad.* Pittsburg: TEA Ediciones, SA.

Cazabat, E. H. (2013). De clínico a investigador: La aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(3), 239-248.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Adverse Childhood Experiences (ACEs).*

Chininin Oyola, Y. (2022). Niveles de autoestima en mujeres adolescentes y adultas residentes de un distrito de Lima, 2021: *Un estudio comparativo.* [Repositorio UPN]. Recuperado de https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/31004.

Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11). (2019/2021) Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://icd.who.int/browse11.

Coller, X. (2005). *Estudio de casos.* Centro de Investigaciones Sociológicas.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2005). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.* Recuperado de https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

Coplan, R. J., & Weeks, M. (2010). *Tímido y de voz suave: timidez, lenguaje pragmático y adaptación socioemocional en la primera infancia. Desarrollo infantil y del bebé,* 19(3), 238–254. https://doi.org/10.1002/icd.668

Crespo, Ricardo F. (2000). The Epistemological Status of Managerial Knowledge and the Case Method, en *Second ISBEE World Congress the Ethical Challenges of Globalization*, Proceedings Latin America, pp. 210-8.

Creswell, J.W. (2013). *Investigación cualitativa y diseño de investigación: elección entre cinco enfoques*. Publicaciones SAGE.

Creswell, J. (2003). *Qualitive inquiry and research design: among five approaches*. (2ª. ed) SAGE Publications.

Daymon, C., & Holloway, I. (2010). *Qualitative research methods in public relations and marketing communication.* Routledge.

Denzin N.K, & Lincoln Y.S. (2012). *Manual de investigación cualitativa. Volumen 1. El campo de la investigación cualitativa. Barcelona*: Gedisa;.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). Escala de satisfacción con la vida. *Journal of Personality Assessment, 49* (1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.

FENAPSIME (2018). Código de ética de las y los psicólogos mexicanos. Guadalajara, México.

Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H. y Zacagninni, J.L. (2003). Guidelines for the assessment Process (GAP): *A proposal for discussion. European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-201 (traducción castellana en Papeles del Psicólogo, 84, 58-70.

Fernández-Ballesteros, R. (2017). *Evaluación psicológica: Concepto, métodos y estudio de casos* (3.ª ed.). Pirámide.

Fernández Vilar, M., & Carranza, J. (2013). Evaluación de componentes emocionales y cognitivos: Análisis de diferentes niveles de organización. *Revista de Psicología del Desarrollo*, 29(3), 219-230.

Firestone, W.A. (1993). Argumentos alternativos para generalizar a partir de datos aplicados a la investigación cualitativa. *Educational Researcher*, 22 (4), 16-23.

First M. B. (2015) *DSM-5: Manual de diagnóstico diferencial.* [traducción Gabriela López y Adriana Morando] Madrid: Médica Panamericana.

Flórez L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Univ. Psychol.,* 5(3), 681-693.

Flyvbjerg, B. (2013). Estudio de caso. En Denzin, N. y Lincoln, Y. (Eds.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 169-204). SAGE Publications.

Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.

Garaigordobil, M., & Maganto, Carmen. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: Prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas. *Acción Psicológica*, 13(2), 57-68.

García, A.M. y Gutiérrez, A. (2023). La salud mental en el ámbito laboral: ¿Son efectivas las intervenciones para el retorno al trabajo? *Revista Española de Salud Pública, 97,* e202301007. https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17826.

García, M.L. y Pérez, A.B. (2024). Impacto psicosocial en la experiencia del diagnóstico tardío del trastorno del espectro autista en mujeres. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, *62*(3), 189-198.

Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Pirámide.

Gerring, J. (2017). *Case Study Research: Principles and Practices (Strategies for Social Inquiry).* Cambridge University Press.

Gil-Olarte, P., Gómez-Molinero, R., Ruiz-González, P. & Guil, R. (2019). Inteligencia emocional y ansiedad en mujeres. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y de la Educación, 4*(1), 45-56. https://www.redalyc.org/journal/3498/349861666005/html/

Gold, P. B. (2006). *Cognitive distortions in childhood anxiety disorders*. Psychological Review, 113(4), 682-699.

Gómez, R. (2017). Transformaciones culturales y sociales en la atención de la salud mental desde el siglo XX. *Revista de Ciencias Sociales, 45*(3), 215-230.

Gómez R.D. (2002). La noción de “salud pública”: Consecuencias de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 20*(1): 101-116.

Góngora, V.C. y Casullo, M.M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria, 26* (2), 183-205.

González, J. A., & Álvarez, Y. (2022). DSM-5-TR: Antecedentes históricos y descripción general de los principales cambios. *Revista portorriqueña de Psicología*, *33*(2), 302-317. DOI: https://doi.org/10.55611/reps.3302.08.

González, M. (2012). *Técnicas de investigación cualitativa*. Editorial Porrúa.

González-Ramírez, M.T., Rodríguez-Ayán, M.N., & Hernández, R.L. (2020). Validez y confiabilidad de la escala de estrés percibido (PSS) en una muestra multinacional. *Psicología Conductual*, *28*(2), 305-319. https://doi.org/10.5935/1678-4669.20190012.

Gray, D. E. (2009). Designing Case Studies. En: *Doing Research in the Real World* (pp. 247-277). SAGE Publications.

Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo.* Plaza y Janés.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293-319.

Hancock, D. R., & Agozzine, B. (2006). *Doing Case Study Research*. Teachers College Press.

Harvard Health Publishing. (2020). Social connections and health: The toxic effects of loneliness. *Harvard Health Blog.*

Hayes, S. C., et al. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.

Haynes, S.N., Smith, G.T., & Hunsley, J.D. (2011). *Fundamentos científicos de la evaluación clínica*. Rutledge.

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*(4), 193-209.

Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (Eds). (2005). P*revención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas.* Oxford University Press,

Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Publica Méx*ico, *42*(2), 144-154.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Fundamentos y principios para la intervención temprana con niños pequeños en riesgo de sufrir trastornos de ansiedad. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 161–172. https://doi.org/10.1023/A:1019687531040.

Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2022). *Global Health Data Exchange (GHDx).* https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice [Editorial]. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7*,2. https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2

Kendler, K. S. (2005). Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 433–440. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433

Kessler, R.C, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R, & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62(*6), 593-602. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Klein, R.G., & Pine, D.S. (2002). Anxiety disorders. En: Rutter M, Taylor E (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4.ª ed., p. 486-508). Blackwell Science Publishing.

Kobak, K.A., Reynolds, W.M., & Greist, J.H. (1993). Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. *Psychological Assessment, 5*, 487-92.

Kogan, C. (2017, febrero 9). Guías diagnósticas propuestas para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo en la CIE-11. *Network perspectives.* https://gcp.network/es/2017/02/09/proposed-diagnostic-guidelines-for-anxiety-and-fear-related-disorders-in-the-icd-11/#

Lara Muñoz M. (2014). Diagnóstico de los trastornos mentales: el DSM-5. En J. de la Fuente & G. Heinze (Eds.), *Salud mental y medicina psicológica*, (2a ed.). McGraw Hill. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1440&sectionid=94748410

León R., J. M., Medina A., S., Barriga J., S., Ballesteros R., A. & Herrera S., I. S. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Editorial UOC:

López-Ibor, J.J., Pérez Urdániz, A., & Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de personalidad*. Madrid: Méditor.

López, M.A. y Gómez, J.F. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de actuación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *57*(224), 483-497.

Loranger, A. W. (1995). *Personality Disorder Examination (IPDE) Manual*. DV Communications.

Lune, H., & Berg, B.L. (2016). *Métodos cualitativos de investigación social*. Pearson Educación.

McCarty, C.A, Violette, H.D., & McCauley, E. (2011). Feasibility of the positive thoughts and actions prevention program for middle schoolers at risk for depression. *Depress Res Treat*, *2011*, 241-386.

Manual MSD (2022). Trastornos de la personalidad. https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad

Martínez-Álvarez, J. L., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I., & González-Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de Psicología, 30*(1), 211-220. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.135051

Martínez, L. (2019). El impacto de la información digital en la salud mental. *Salud Mental Hoy, 32*(1), 12-28.

Martínez, M. (2010). *Fundamentos de la investigación cualitativa*. Editorial Trillas.

Martínez, M. (2006). El estudio de casos como estrategia de investigación científica. *Pensamiento y Gestión,* (20), 165-193.

Maxwell, J. A. (1998): Designing a Qualitative Study. En L. Bickman & D. J. Rog, (Eds.), *Handbook of Applied Social Research Methods* (pp. 69-100)*,* Sage Publications.

Medina Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C, F., & Aguilar Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*(4), 1-16.

Melipillán, A. R., Cova, S. F., Rincón, G. P. & Valdivia, P. M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica, 26,* 59-69.

Mertens, D.M. (2005*). Research and evaluation in education and psychology. Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods (*2nd edition). Thousand Oaks: Sage.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). Personality Disorders. En *Modern Life.* John Wiley & Sons.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Salud Mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de los derechos.* Bogotá: El Ministerio.

Miralles, F. (sf). TEMA 2: El proceso de evaluación psicológica. Recuperado dehttps://www.fernandomiralles.es/CEU/evaluacionpsicologicatema2.pdf

Miyazaki, Y., Yamaguchi, A., Kondo, A, Igarashi, M., Yottsuji, N., & Takahashia, I. (2010). Programa de prevención de recaídas para drogodependientes en centro de salud y bienestar mental. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, *45*(2), 119-127.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Hombres en vías antisociales persistentes a lo largo de la vida y limitadas a la adolescencia: seguimiento a los 26 años. *Desarrollo y psicopatología*, 14(1), 179–207. https://doi.org/10.1017/S0954579402001104

Molina, C. (2009). Política nacional del campo de la salud mental: espacio de gestión y sostenibilidad política de una propuesta de salud mental para el país. En M. Arrivillaga M. (Ed.), *Salud mental: problema y reto de la salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2(*3), 503-508.

Montero, I., y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud,* 5(1), 115-127.

Montero, I., y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *7*(3), 847-862.

Montoya, Á. (2021). Bienestar laboral como factor protector de los riesgos psicosociales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública,* 39(1), e3456789.

Muñoz, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México: Pearson Educación.

Neuenschwander, R., Röthlisberger, M., Cimeli, P. y Roebers, CM (2012). Variabilidad individual en la autorregulación y desempeño académico en la escolaridad primaria. *Psicología Educativa*, 18(2), 85-94.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Anxiety disorders. WHO. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental y COVID-19: Datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia.* https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363173/9789240058309-spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de morbilidad y mortalidad (11.ª ed.).* OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*.Ginebra, Suiza: (No. WHA66. 8).

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud.* Documento de trabajo de la comisión sobre determinantes sociales de la salud (Borrador) http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_ SITUACIONAL/ARCHIVO%20Y%20BIBLIOTECA/OTRO_ DOCUMENTO/10.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2022). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Determinantes sociales de la salud.* https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Padesky, C. A., y Greenberger, D. (1995). *La mente sobre el estado de ánimo: cambia cómo te sientes cambiando tu forma de pensar*. Guilford Press.

Palacios, D. y Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería intensiva*, *21*(2), 68-73. doi: 10.1016/j.enfi.2009.11.003.

Patton, M. Q. (2015). *Métodos de investigación y evaluación cualitativos: integración de teoría y práctica (4.ª ed.). SAGE Publications* SAGE Publications.

Pedrosa, M. y Sola, RG (2003). La psicocirugía moderna: un nuevo enfoque de la neurocirugía en la enfermedad psiquiátrica. *Revista de Neurología*, *36* (9), 887-897.

Pérez, J. (2018). *Neurociencia y psicofarmacología: Avances y desafíos en el tratamiento de trastornos mentales.* Editorial Médica.

Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma, 14*(4), 240-255.

Pietrzak, R. H., et al. (2011). Subsyndromal depression in the United States: Prevalence, course, and risk for incident psychiatric outcomes. *Psychological Medicine, 41*(3), 1-12.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Trastornos de ansiedad durante la infancia y la adolescencia: orígenes y tratamiento. *Revista Anual de Psicología Clínica, 5, 311–341.* https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628

Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. World psychiatry: Official *Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 12*(2), 92–98. https://doi.org/10.1002/wps.20050

Remenyi, D. (2012). *Case Study Research*. Academic Publishing International.

Restrepo, D.A., y Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *30(*2), 202-211.

Robles, R., Varela, S. Jurado, F. & Páez. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología, 18*, 211-218.

Robson, C. (2011). *Real world research:* Estudios de caso. Wiley.

Rodríguez, A. (2022). Validez y confiabilidad de la Escala de Autoeficacia General en población adulta: Un estudio transversal.

Rodríguez-Marín, J. & Neipp López, M. del C. (2008) *Manual de psicología social de la salud*. Editorial Síntesis.

Rogers, A., & Pilgrim D. (2010). *A sociology of the mental health and illness* (4o ed). McGraw Hill.

Ruiz Sancho A. M., & Lago Pita, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2005* (p. 265-280). Exlibris Ediciones.

Ruiz, M. (2005). El impacto del entorno en el desarrollo emocional de los niños. Ediciones Psicológicas.

Saavedra-Solano, N., Berenzon-Gorn, S., & Galván-Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México: Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, *48*(4), 258-264. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005

Sanz J.,y Navarro M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.

Savin-Baden, Maggi; Major, Claire H. Case study. En: *Qualitative Research. The essential guide to theory and practice* (pp. 151-169). Routledge.

Schaefer, C. (1999). *Childhood anxiety disorders: A comprehensive overview of current research*. Oxford University Press.

Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Ansiedad social en adolescentes como resultado de un temperamento inhibido en la infancia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(8), 1008–1015. https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00017

Secretaría de Salud. (2024). *Rectoría y Gobernanza en Salud*. https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/rectoria-y-gobernanza-en-salud

Secretaría de Salud (SSA). (2015). *NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.* SSA.

Secretaría de Salud. (2014). NOM-025-SSA2-2014, *Lineamientos para la atención integral de la salud mental.* Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (SSA). (2012). *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. SSA.

Secretaría de Salud. (2003). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) [Informe]. Ciudad de México, México: Autor.

Smith, J., Johnson, A., & García, M. (2019). Enfoques clínicos integrales en salud mental: hacia una perspectiva holística de la atención psicológica. *Revista de Psicología Clínica, 25*(2), 123-135.

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Trastorno de ansiedad social. *The Lancet, 371*(9618), 1115–1125. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2

Vallejo, J., Baca, E., & Leal C. (2008). Modelos conceptuales en la psiquiatría actual. En J. Vallejo & C. Leal (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 46-61). Ars Medica.

Van Voorhis, C. R. W. & Blumentritt, T. L. (2007). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in a clinically-identified sample of Mexican American adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 16,* 789-798. https://doi.org/10.1007/s10826-006-9125-y

Woodside, A. G., & Wilson, E. J. (2003). Case study research methods for theory building. *Journal of Business & Industrial Marketing, 18*(6/7), 493-508.

World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. WHO.

Yacuzzi, E. (2005), El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. *Universidad del CEMA, CEMA Working Papers*.

Yin, R. K. (2018). *Case Study: Research and Applications.* SAGE Publications

YIN, R. K. (1989). Case study research: Design and methods (Vol. 5). Sage Publications.

Zapf, D., & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *10*(4), 497-522.

Apéndice A: Consentimiento informado para servicios de terapia psicológica: acuerdo de servicios psicólogo-consultante



Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA PSICOLÓGICA

ACUERDO DE SERVICIOS PSICÓLOGO-CONSULTANTE:

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas de Secretaría de Salud y de normativas establecidas por el COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE MICHOACÁN A.C., sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS:

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común y/o personal que comúnmente implica mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como psicóloga en el área clínica también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades. La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos de la vida (sean estos presentes o de nuestro pasado (infancia, adolescencia, juventud, etc.), los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, por ejemplo, molestia, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencias científicas y consideran la subjetividad humana como parte del proceso psicológico terapéutico han demostrado que tienen efectos benéficos al trabajar en esos temas. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de la propia escucha y en ocasiones de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que se comprometa a su proceso de autoconocimiento y en algunos casos siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones de

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

atención. Como profesional, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente y/o individualmente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica/creativa y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos o que usted considere necesarios para su vida. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que le puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y, si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del profesional. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento. Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo, reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta y/o personal los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y valoremos si mi método se ajusta a las necesidades que usted considera tener, y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos y/o los que más le convengan a usted. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses o años de duración, esto debido a que hay dificultades emocionales que necesitan su debido tiempo para llegar a conocerlos, reconocerlos y elaborarlos. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente (solo considerando su punto de vista), está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee, sin embargo, es importante consultarlo para analizar beneficios o afectaciones que pueden implicar su término del proceso.

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 45-55 minutos y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana (esto dependerá de las situaciones que cada usuario requiera), es decir, con una menor o mayor frecuencia según la naturaleza de la intervención, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible y dentro de la semana laboral. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

HONORARIOS PROFESIONALES

La tarifa estándar de la sesión de 50 minutos es de $250.00 en modalidad virtual y $450 modalidad presencial. Se espera que el pago por consulta se realice en cada sesión sean estas presenciales o virtuales, aunque en algunos casos se pueden acordar otras formas de pago de acuerdo a las circunstancias, aunque en ningún caso se puede acumular un valor superior a 3 sesiones. Los pagos se pueden hacer en efectivo o mediante transferencia bancaria. Además del cobro por sesión, también se causará cobro por la asistencia del profesionista a reuniones, juntas médicas o consultoría con otros profesionales, en caso de que fuese necesario.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la NOM 004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, artículo 5.5.1 y en el Código de ética de las y los psicólogos mexicanos, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en la NOM 004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO y el Código de ética de las y los psicólogos mexicanos de la FENAPSIME, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una negligencia, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que me manifieste su decisión con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el profesional. De la misma forma, como psicóloga puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia al tratamiento terapéutico. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la libertad y responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental.

Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre y plena conciencia de lo que se ha leído y entendido.

Datos de contacto:

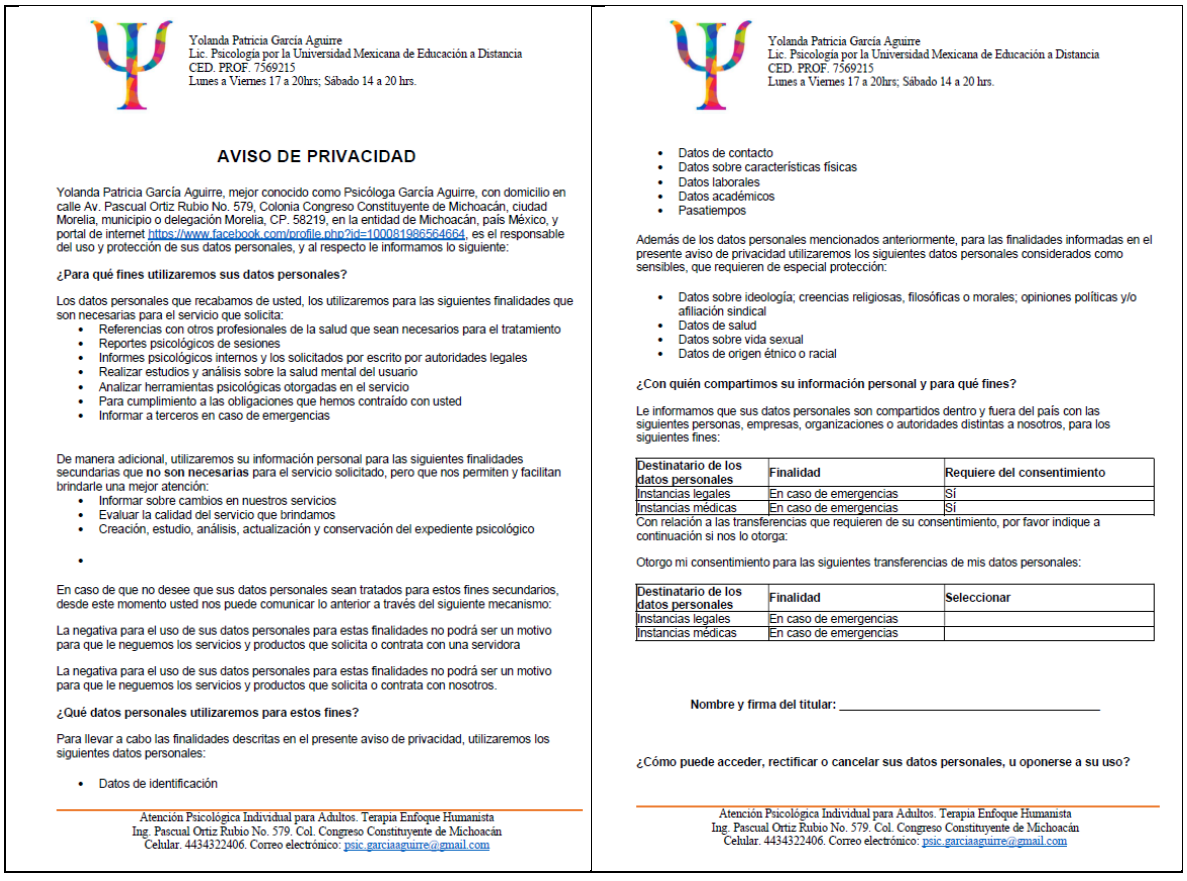
El consultante: _____

La psicóloga: Yolanda Patricia García Aguirre_____
Céd. Prof. No: 7569215
Licenciada en Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
Certificada ante CENEVAL sustentando el EGEL en Psicología Clínica
Diplomada en Terapia (enfoque humanista) por el Instituto Universitario Carl Rogers

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Figura 16. Consentimiento informado para servicios de terapia psicológica: acuerdo de servicios psicólogo-consultante

Apéndice B: Aviso de privacidad y firma de consentimiento para el tratamiento de los datos personales



Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

AVISO DE PRIVACIDAD

Yolanda Patricia García Aguirre, mejor conocido como Psicóloga García Aguirre, con domicilio en calle Av. Pascual Ortiz Rubio No. 579, Colonia Congreso Constituyente de Michoacán, ciudad Morelia, municipio o delegación Morelia, CP. 58219, en la entidad de Michoacán, país México, y portal de internet https://www.facebook.com/profile.php?id=100081986564664, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- Referencias con otros profesionales de la salud que sean necesarios para el tratamiento
- Reportes psicológicos de sesiones
- Informes psicológicos internos y los solicitados por escrito por autoridades legales
- Realizar estudios y análisis sobre la salud mental del usuario
- Analizar herramientas psicológicas otorgadas en el servicio
- Para cumplimiento a las obligaciones que hemos contraído con usted
- Informar a terceros en caso de emergencias

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades secundarias que **no son necesarias** para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Informar sobre cambios en nuestros servicios
- Evaluar la calidad del servicio que brindamos
- Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente psicológico

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines secundarios, desde este momento usted nos puede comunicar lo anterior a través del siguiente mecanismo:

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con una servidora

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales:

- Datos de identificación
- Datos de contacto
- Datos sobre características físicas
- Datos laborales
- Datos académicos
- Pasatiempos

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales considerados como sensibles, que requieren de especial protección:

- Datos sobre ideología; creencias religiosas, filosóficas o morales; opiniones políticas y/o afiliación sindical
- Datos de salud
- Datos sobre vida sexual
- Datos de origen étnico o racial

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro y fuera del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades distintas a nosotros, para los siguientes fines:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Instancias legales	En caso de emergencias	Sí
Instancias médicas	En caso de emergencias	Sí

Con relación a las transferencias que requieren de su consentimiento, por favor indique a continuación si nos lo otorga:

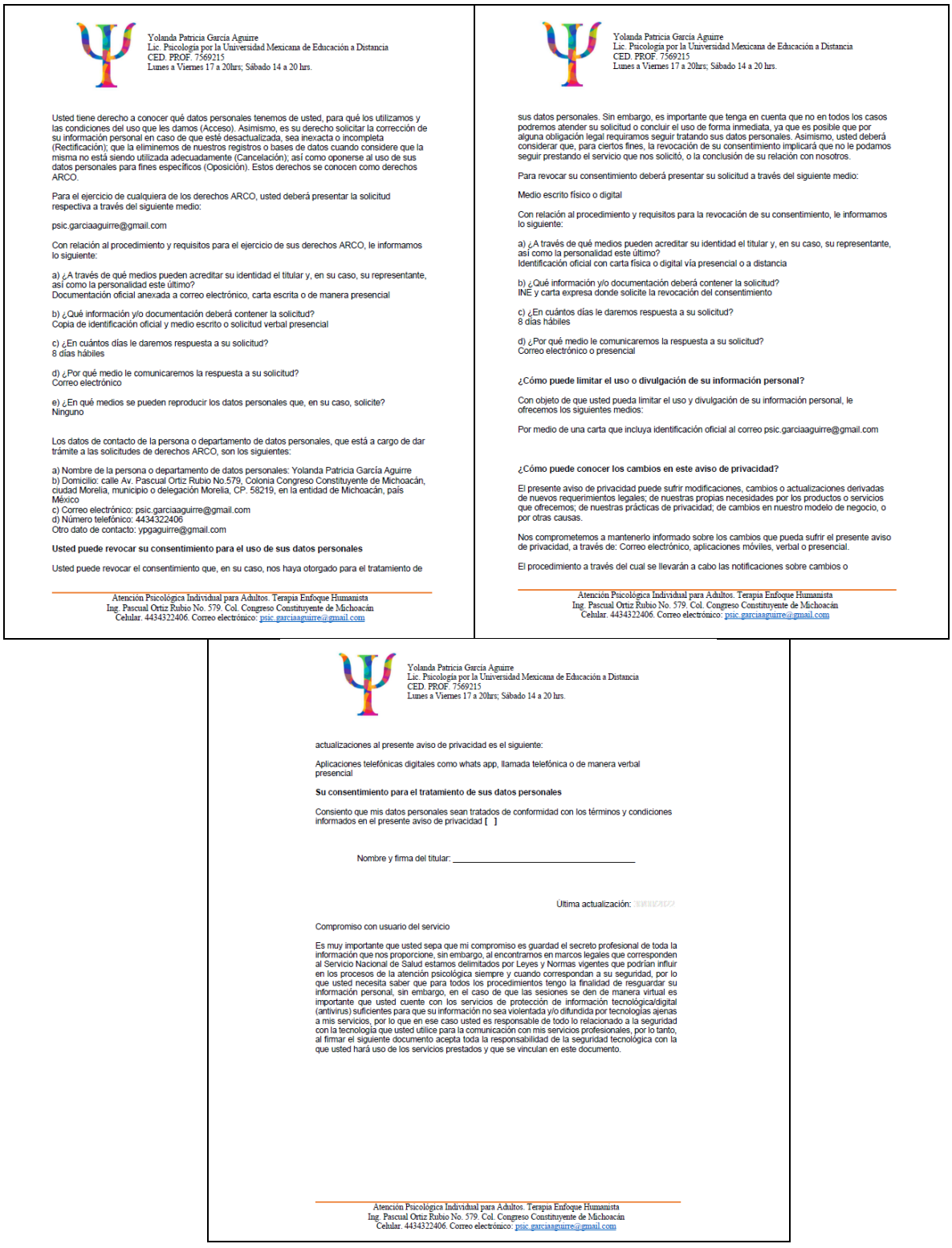
Otorgo mi consentimiento para las siguientes transferencias de mis datos personales:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Seleccionar
Instancias legales	En caso de emergencias	
Instancias médicas	En caso de emergencias	

Nombre y firma del titular: _____

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com



Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio:

psic.garciaaguirre@gmail.com

Con relación al procedimiento y requisitos para el ejercicio de sus derechos ARCO, le informamos lo siguiente:

a) ¿A través de qué medios pueden acreditar su identidad el titular y, en su caso, su representante, así como la personalidad este último?
Documentación oficial anexada a correo electrónico, carta escrita o de manera presencial

b) ¿Qué información y/o documentación deberá contener la solicitud?
Copia de identificación oficial y medio escrito o solicitud verbal presencial

c) ¿En cuántos días le daremos respuesta a su solicitud?
8 días hábiles

d) ¿Por qué medio le comunicaremos la respuesta a su solicitud?
Correo electrónico

e) ¿En qué medios se pueden reproducir los datos personales que, en su caso, solicite?
Ninguno

Los datos de contacto de la persona o departamento de datos personales, que está a cargo de dar trámite a las solicitudes de derechos ARCO, son los siguientes:

a) Nombre de la persona o departamento de datos personales: Yolanda Patricia García Aguirre
b) Domicilio: calle Av. Pascual Ortiz Rubio No.579, Colonia Congreso Constituyente de Michoacán, ciudad Morelia, municipio o delegación Morelia, CP. 58219, en la entidad de Michoacán, país México
c) Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com
d) Número telefónico: 4434322406
Otro dato de contacto: ypgaguirre@gmail.com

Usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que, para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud a través del siguiente medio:

Medio escrito físico o digital

Con relación al procedimiento y requisitos para la revocación de su consentimiento, le informamos lo siguiente:

a) ¿A través de qué medios pueden acreditar su identidad el titular y, en su caso, su representante, así como la personalidad este último?
Identificación oficial con carta física o digital vía presencial o a distancia

b) ¿Qué información y/o documentación deberá contener la solicitud?
INE y carta expresa donde solicite la revocación del consentimiento

c) ¿En cuántos días le daremos respuesta a su solicitud?
8 días hábiles

d) ¿Por qué medio le comunicaremos la respuesta a su solicitud?
Correo electrónico o presencial

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de su información personal?

Con objeto de que usted pueda limitar el uso y divulgación de su información personal, le ofrecemos los siguientes medios:

Por medio de una carta que incluya identificación oficial al correo psic.garciaaguirre@gmail.com

¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocio, o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de: Correo electrónico, aplicaciones móviles, verbal o presencial.

El procedimiento a través del cual se llevarán a cabo las notificaciones sobre cambios o

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Yolanda Patricia García Aguirre
Lic. Psicología por la Universidad Mexicana de Educación a Distancia
CED. PROF. 7569215
Lunes a Viernes 17 a 20hrs; Sábado 14 a 20 hrs.

actualizaciones al presente aviso de privacidad es el siguiente:

Aplicaciones telefónicas digitales como whats app, llamada telefónica o de manera verbal presencial

Su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales

Consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el presente aviso de privacidad **[ ]**

Nombre y firma del titular: _____

Última actualización: [illegible]

Compromiso con usuario del servicio

Es muy importante que usted sepa que mi compromiso es guardad el secreto profesional de toda la información que nos proporcione, sin embargo, al encontrarnos en marcos legales que corresponden al Servicio Nacional de Salud estamos delimitados por Leyes y Normas vigentes que podrían influir en los procesos de la atención psicológica siempre y cuando correspondan a su seguridad, por lo que usted necesita saber que para todos los procedimientos tengo la finalidad de resguardar su información personal, sin embargo, en el caso de que las sesiones se den de manera virtual es importante que usted cuente con los servicios de protección de información tecnológica/digital (antivirus) suficientes para que su información no sea violentada y/o difundida por tecnologías ajenas a mis servicios, por lo que en ese caso usted es responsable de todo lo relacionado a la seguridad con la tecnología que usted utilice para la comunicación con mis servicios profesionales, por lo tanto, al firmar el siguiente documento acepta toda la responsabilidad de la seguridad tecnológica con la que usted hará uso de los servicios prestados y que se vinculan en este documento.

Atención Psicológica Individual para Adultos. Terapia Enfoque Humanista
Ing. Pascual Ortiz Rubio No. 579. Col. Congreso Constituyente de Michoacán
Celular. 4434322406. Correo electrónico: psic.garciaaguirre@gmail.com

Figura 17. Aviso de privacidad y firma de consentimiento para el tratamiento de los datos personales

Apéndice C: Consentimiento informado para investigaciones área de la salud para ISEO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIONES EN EL ÁREA DE LA SALUD

Morelia, Michoacán, a 08 de febrero de 2024

Nombre de la Investigación: Diagnóstico e intervención psicológica de una mujer adulta joven con antecedente de trastorno por hipersensibilidad social en infancia: Estudio de Caso.

Yo, "Ariana Rangel"
Con documento de identificación: INE (X) #0978106039832

Actuando como:
(X) Usuario autónomo, de manera libre y voluntaria, en ejercicio pleno de mis facultades.

( ) Acompañante o responsable de [*Nombre de la persona o menor de edad que participará en la prueba o procedimiento pero que no es autónoma para autorizar su propia participación*] con documento de identificación LICENCIA MANEJO ( ) PASAPORTE ( ) INE ( ) # , según las facultades que me confiere la ley Artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (RLGSMIS).) o por delegación del usuario directamente.

Hago constar que

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas/procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada **"DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UNA MUJER ADULTA JOVEN CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO POR HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL EN INFANCIA: ESTUDIO DE CASO."** y los posibles riesgos que se puedan generar de la prueba o procedimiento, autorizo mi participación, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto/producto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de personas con condiciones similares a las mías, o a las de la persona bajo mi responsabilidad.
3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán en el Instituto de Estudios Superiores de Occidente, Sede **Tepic**, bajo la custodia de la investigadora **Yolanda Patricia García Aguirre**, adscrito al programa académico Doctorado en Salud Mental, perteneciente a la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la **Fundación Universitaria María Cano** y la responsabilidad de los investigadores participantes en el proyecto/producto.
4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de

comunicación u otras instituciones educativas. Esto también aplica al cónyuge, miembros de la familia y médicos (o profesionales de salud tratantes) de los participantes.

5. En caso de requerir mis datos personales, las fotografías, los videos y otra información, resultantes de la aplicación de pruebas o procedimientos para presentación con fines estrictamente académicos o científicos en eventos tales como seminarios, congresos, cursos, simposios, revisiones de casos clínicos y publicaciones, entre otros tipos de espacios de divulgación científica, autorizo su uso, si así lo considero, a través de la firma de este documento.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del usuario y/o acudiente con su respectiva huella:



Firma del usuario

Huella índice derecho

Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Mtra. Yolanda Patricia García Aguirre - Investigadora

Dra. Fernanda Noemí Frías Martínez - Directora de tesis

Dra. Beatriz Martínez Ramírez - Codirectora de tesis

2

Figura 18. Consentimiento informado para investigaciones área de la salud para ISEO

Apéndice D. Test de depresión de Beck (BDI-II)

El test de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.
Debe contestar a todas las preguntas del test para obtener el resultado.

Tristeza
- No me siento triste/a
- Me siento triste/a
- Me siento triste/a continuamente
- Me siento tan triste/a o tan desgraciado/a que no puedo soportar esto

Desánimo
- No me siento especialmente desanimado/a de cara al futuro
- Me siento desanimado/a de cara al futuro
- Siento que no hay nada por lo que luchar
- El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

Fracaso
- No me siento como un/a fracasado/a
- He fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- Soy un/a fracasado/a total como persona

Satisfacción
- No me siento como un/a fracasado/a
- No disfruto de las cosas como antes
- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

Culpabilidad
- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable en bastantes ocasiones
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- Me siento culpable constantemente

Interés por los demás
- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado/a en los otros que antes
- He perdido gran parte del interés por los demás
- He perdido todo interés por los demás

Toma de decisiones
- Tomo mis propias decisiones igual que antes
- Evito tomar más decisiones que antes
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- Me es imposible tomar decisiones

Aspecto
- No creo tener peor aspecto que antes
- Estoy preocupado/a porque parezco envejecido/da y poco atractivo/a
- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a
- Creo que tengo un aspecto horrible

Actividad
- Trabajo igual que antes
- Me cuesta más esfuerzo del normal empezar a hacer algo
- Debo de obligarse a mí mismo para hacer algo
- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

Dormir
- Duermo tan bien como siempre
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo normal y me cuesta volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo normal y ya no puedo volver a dormir

Cansancio
- No me siento más cansado de lo normal
- Me canso más que antes
- Me canso cuando hago cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer nada

Castigo
- No creo que esté siendo castigado/a
- Siento que quizá esté siendo castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Siento que estoy siendo castigado/a

Descontento
- No estoy insatisfecho/a de mí mismo/a
- Estoy descontento/a de mí mismo/a
- Estoy a disgusto conmigo mismo/a
- Me detesto

Autocrítica
- No me considero peor que cualquier otro/a
- Me autocritico por mi debilidad o por mis errores
- Continuamente me culpabilizo por mis faltas
- Me culpabilizo por todo lo malo que sucede

Suicidio
- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- Desearía poner fin a mi vida
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

Llorar
- No lloro más de lo normal
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga

Irritación
- No estoy especialmente irritado/a
- Me molesto e irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado/a continuamente
- Ahora no me irrita en absoluto las cosas que antes me molestaban

Apetito
- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tanta hambre como antes
- Ahora tengo mucho menos hambre
- He perdido completamente el hambre

Peso
- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2 kilos
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos

Salud
- No estoy preocupado por mi salud
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar del estómago o los resfriados
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

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

Figura 19. Test de depresión de Beck (BDI-II)

Apéndice E. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja 22–

35 - Ansiedad moderada Más

de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

CUESTIONARIO

	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Con entumecimiento	☐	☐	☐	☐
2. Acalorado	☐	☐	☐	☐
3. Con temblor en las piernas	☐	☐	☐	☐
4. Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5. Con temor a que ocurra lo peor	☐	☐	☐	☐
6. Mareado, o que se le va la cabeza	☐	☐	☐	☐
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	☐	☐	☐	☐
8. Inestable	☐	☐	☐	☐
9. Atemorizado o asustado	☐	☐	☐	☐
10. Nervioso	☐	☐	☐	☐
11. Con sensación de bloqueo	☐	☐	☐	☐
12. Con temblores en las manos	☐	☐	☐	☐
13. Inquieto, inseguro	☐	☐	☐	☐
14. Con miedo a perder el control	☐	☐	☐	☐
15. Con sensación de ahogo	☐	☐	☐	☐
16. Con temor a morir	☐	☐	☐	☐
17. Con miedo	☐	☐	☐	☐
18. Con problemas digestivos	☐	☐	☐	☐
19. Con desvanecimientos	☐	☐	☐	☐
20. Con rubor facial	☐	☐	☐	☐
21. Con sudores, fríos o calientes	☐	☐	☐	☐

Figura 20. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Apéndice F. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)

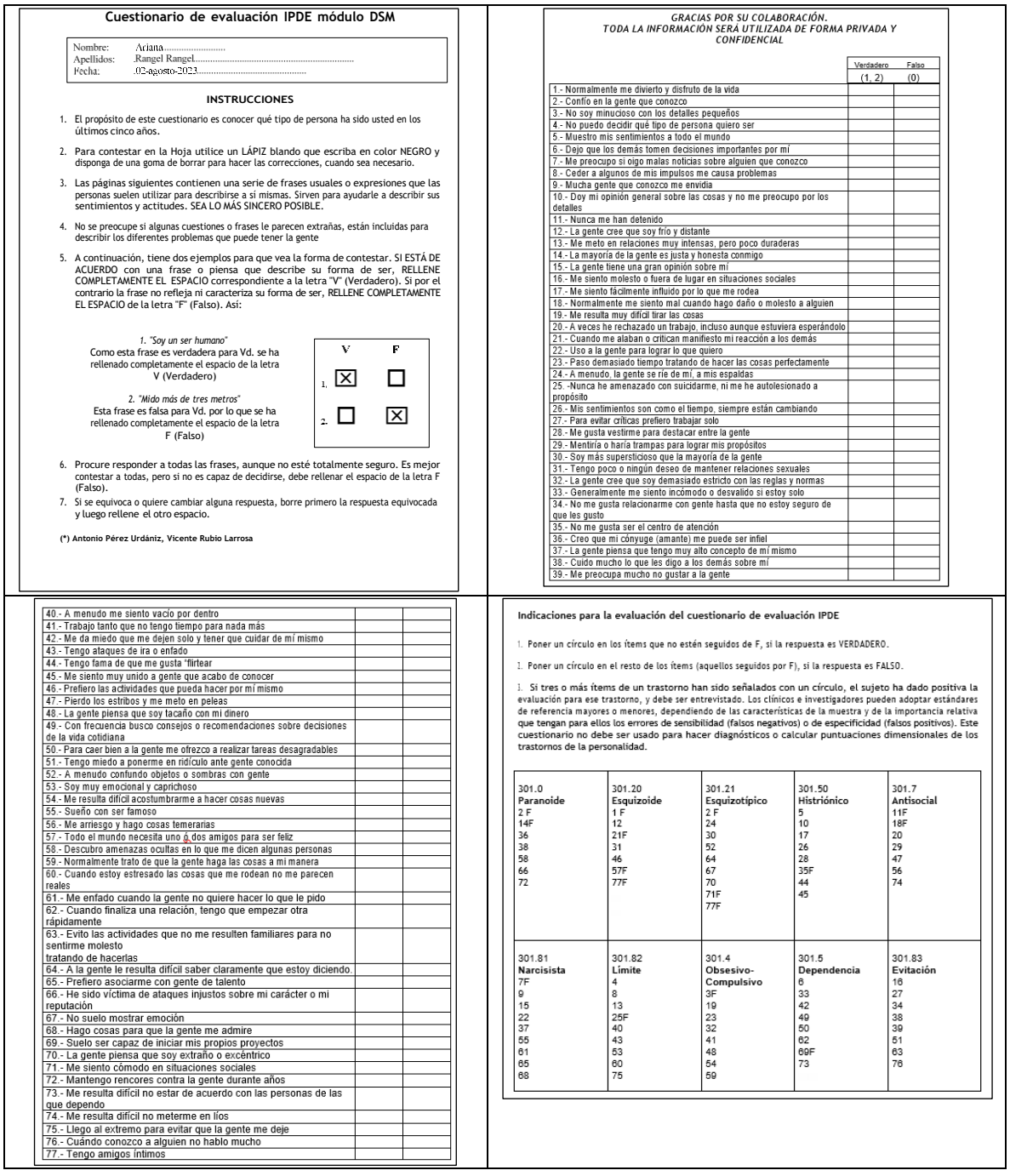
Escala de Ansiedad de Hamilton			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____ **Ficha clínica:** _____			
1 **Ansiedad**	**Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.**		Puntaje
	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 **Tensión**	**Este item incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.**		Puntaje
	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 siento 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 trabajo 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 periodo 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 generales (musculares)**	**Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.**		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 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 tinitus, 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 cardiovasculares**	**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 psiquicos 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 Síntomas autonómicos	**Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.**		Puntaje
	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, pálido, hiperventilando o transpirando**		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	

Conducta durante la entrevista	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.

Figura 21. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)

Apéndice G. Entrevista basada en el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)



Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM

Nombre: Ariana
Apellidos: Rangel Rangel
Fecha: 02-agosto-2023

INSTRUCCIONES

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Para contestar en la Hoja utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a si mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente
5. A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar. SI ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de la letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero)

2. "Mido más de tres metros"
Esta frase es falsa para Vd. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso)

	V	F
1.	☒	☐
2.	☐	☒

6. Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.

(*) Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.
TODA LA INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA DE FORMA PRIVADA Y CONFIDENCIAL

	Verdadero (1, 2)	Falso (0)
1.- Normalmente me divierto y disfruto de la vida		
2.- Confío en la gente que conozco		
3.- No soy minucioso con los detalles pequeños		
4.- No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser		
5.- Muestro mis sentimientos a todo el mundo		
6.- Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí		
7.- Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco		
8.- Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas		
9.- Mucha gente que conozco me envidia		
10.- Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles		
11.- Nunca me han detenido		
12.- La gente cree que soy frío y distante		
13.- Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas		
14.- La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo		
15.- La gente tiene una gran opinión sobre mí		
16.- Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales		
17.- Me siento fácilmente influido por lo que me rodea		
18.- Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien		
19.- Me resulta muy difícil tirar las cosas		
20.- A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo		
21.- Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás		
22.- Uso a la gente para lograr lo que quiero		
23.- Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente		
24.- A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas		
25. -Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito		
26.- Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando		
27.- Para evitar críticas prefiero trabajar solo		
28.- Me gusta vestirme para destacar entre la gente		
29.- Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos		
30.- Soy más supersticioso que la mayoría de la gente		
31.- Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales		
32.- La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas		
33.- Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo		
34.- No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto		
35.- No me gusta ser el centro de atención		
36.- Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel		
37.- La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo		
38.- Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí		
39.- Me preocupa mucho no gustar a la gente		
40.- A menudo me siento vacío por dentro		
41.- Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más		
42.- Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo		
43.- Tengo ataques de ira o enfado		
44.- Tengo fama de que me gusta "flirtear		
45.- Me siento muy unido a gente que acabo de conocer		
46.- Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo		
47.- Pierdo los estribos y me meto en peleas		
48.- La gente piensa que soy tacaño con mi dinero		
49.- Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana		
50.- Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables		
51.- Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida		
52.- A menudo confundo objetos o sombras con gente		
53.- Soy muy emocional y caprichoso		
54.- Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas		
55.- Sueño con ser famoso		
56.- Me arriesgo y hago cosas temerarias		
57.- Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz		
58.- Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas		
59.- Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera		
60.- Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales		
61.- Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido		
62.- Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente		
63.- Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas		
64.- A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo.		
65.- Prefiero asociarme con gente de talento		
66.- He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación		
67.- No suelo mostrar emoción		
68.- Hago cosas para que la gente me admire		
69.- Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos		
70.- La gente piensa que soy extraño o excéntrico		
71.- Me siento cómodo en situaciones sociales		
72.- Mantengo rencores contra la gente durante años		
73.- Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo		
74.- Me resulta difícil no meterme en líos		
75.- Llego al extremo para evitar que la gente me deje		
76.- Cuándo conozco a alguien no hablo mucho		
77.- Tengo amigos íntimos		

Indicaciones para la evaluación del cuestionario de evaluación IPDE

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

301.0 **Paranoide**	301.20 **Esquizoide**	301.21 **Esquizotípico**	301.50 **Histriónico**	301.7 **Antisocial**
2 F	1 F	2 F	5	11F
14F	12	24	10	18F
36	21F	30	17	20
38	31	52	26	29
58	46	64	28	47
66	57F	67	35F	56
72	77F	70	44	74
		71F	45	
		77F		

301.81 **Narcisista**	301.82 **Límite**	301.4 **Obsesivo-Compulsivo**	301.5 **Dependencia**	301.83 **Evitación**
7F	4	3F	6	16
9	8	19	33	27
15	13	23	42	34
22	25F	32	49	38
37	40	41	50	39
55	43	48	62	51
61	53	54	69F	63
65	60	59	73	76
68	75			

Figura 22. Entrevista basada en el examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)

Apéndice H. Escala de Autoeficacia General (EAG)

Escala de Autoeficacia General EAG

La siguiente evaluación tiene como objetivo medir su nivel de autoeficacia general a través de 10 afirmaciones. Cada afirmación debe ser marcada (*) de acuerdo con su grado de acuerdo o desacuerdo, utilizando la escala de Likert de 5 puntos, donde 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y 5 significa "Totalmente de acuerdo". Es importante que responda con honestidad y reflexión sobre cómo se siente en relación con cada afirmación en su vida diaria. No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es que sus respuestas reflejen su verdadera percepción. Por favor, lea cuidadosamente cada elemento antes de marcar su respuesta y asegúrese de responder todos los elementos para completar la evaluación ¡Gracias por su participación!

AFIRMACIÓN	Totalmente en desacuerdo (1)	Parcialmente en desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Parcialmente de acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.					
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.					
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.					
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.					
5. Gracias a mis propias cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.					
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejarlas.					
7. No importa el problema, porque por lo general soy capaz de manejarlo.					
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.					
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.					
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.					

La Escala de Autoeficacia General (EAG) es una escala que mide la confianza de una persona en su capacidad para realizar una tarea. La escala consta de 10 ítems con respuestas en escala de Likert de 5 puntos, entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Los puntajes entre 27 y 38 puntos muestran una media de autoeficacia general.

Para la escala original de 5 puntos, los ítems se suman, dividen por 11 y multiplican por 25. Las puntuaciones varían de 0 (nada seguro) a 100 (muy seguro). Una puntuación de 0 significa "autoeficacia extremadamente baja" y una puntuación de 100 significa "autoeficacia extremadamente alta".

La EAG ha mostrado una consistencia interna considerable en estudios realizados con muestras de distintas nacionalidades, con valores que oscilan entre .79 y .93. En estudios latinoamericanos (México, Chile, Argentina, Ecuador y Perú), la confiabilidad por consistencia interna ha sido preferentemente aplicada con el alfa de Cronbach, presentando valores que oscilan entre .76 y .89.

Figura 23. Escala de Autoeficacia General (EAG).

Apéndice I. Inventario de Estrés Percibido (PSS)

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale* (*PSS*) – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el ultimo mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenia todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y Se suma el puntaje total de los 14 ítems. La puntuación directa obtenida (que va de 0 a 56) indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Se dice que un nivel de estrés moderado fluctúa entre 20 y 25, más allá de estos puntajes, el estrés se considera elevado.

Figura 24. Inventario de Estrés Percibido (PSS).

Apéndice J. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una escogiendo el número apropiado. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

		Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
1.	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.							
2.	Las condiciones de mi vida son excelentes.							
3.	Estoy satisfecho con mi vida.							
4.	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.							
5.	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.							

¿Cómo interpretar el resultado?

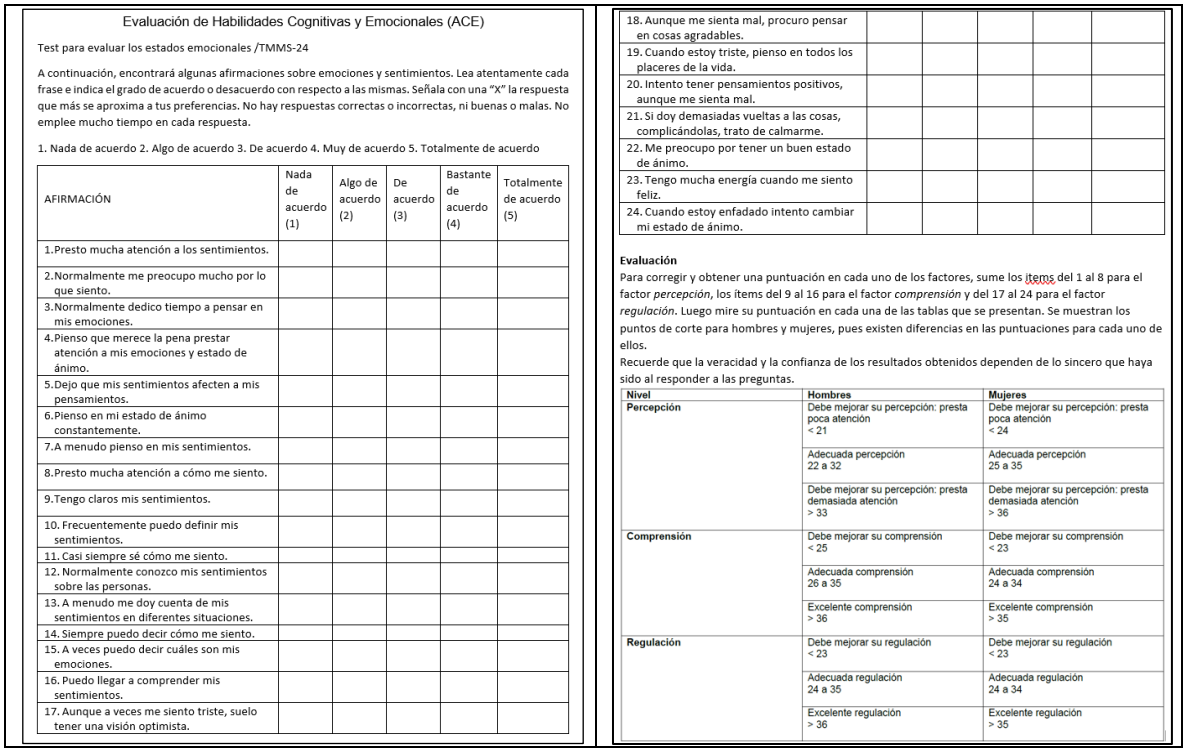
El cuestionario consta de 5 preguntas, proporcionando cada pregunta una puntuación entre 1 y 7. La puntuación máxima posible es por tanto 35. Los puntos de corte sugeridos por Ed Diener en el documento Understanding the SWLS scores para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

Puntos de corte

30–35	**Puntuación muy alta; altamente satisfechas**. Las personas que obtienen una puntuación en este rango aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien.
25–29	**Puntuación alta**. Las personas que obtienen una puntuación en este rango aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien. Pese a ello, tienen identificadas áreas de insatisfacción.
20–24	**Puntuación media**. La puntuación media obtenida en los países desarrollados se sitúa en esta zona. Las personas que obtienen una puntuación en este rango consideran que hay áreas de su vida que necesitan mejorar.
15–19	**Ligeramente por debajo de la media**. Las personas que obtienen una puntuación en este rango suelen tener problemas pequeños pero significantes en varias áreas de sus vidas.
10–14	**Insatisfechas**. Las personas que obtienen una puntuación en este rango están significativamente insatisfechas con sus vidas.
5–9	**Extremadamente insatisfechas**. Las personas que obtienen una puntuación en este rango suelen sentirse extremadamente infelices con su vida actual.

Figura 25. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).

Apéndice K. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)



Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE)

Test para evaluar los estados emocionales /TMMS-24

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indica el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señala con una "X" la respuesta que más se aproxima a tus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1. Nada de acuerdo 2. Algo de acuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

AFIRMACIÓN	Nada de acuerdo (1)	Algo de acuerdo (2)	De acuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1. Presto mucha atención a los sentimientos.					
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.					
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7. A menudo pienso en mis sentimientos.					
8. Presto mucha atención a cómo me siento.					
9. Tengo claros mis sentimientos.					
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
11. Casi siempre sé cómo me siento.					
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14. Siempre puedo decir cómo me siento.					
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.					
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.					
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.					

Evaluación

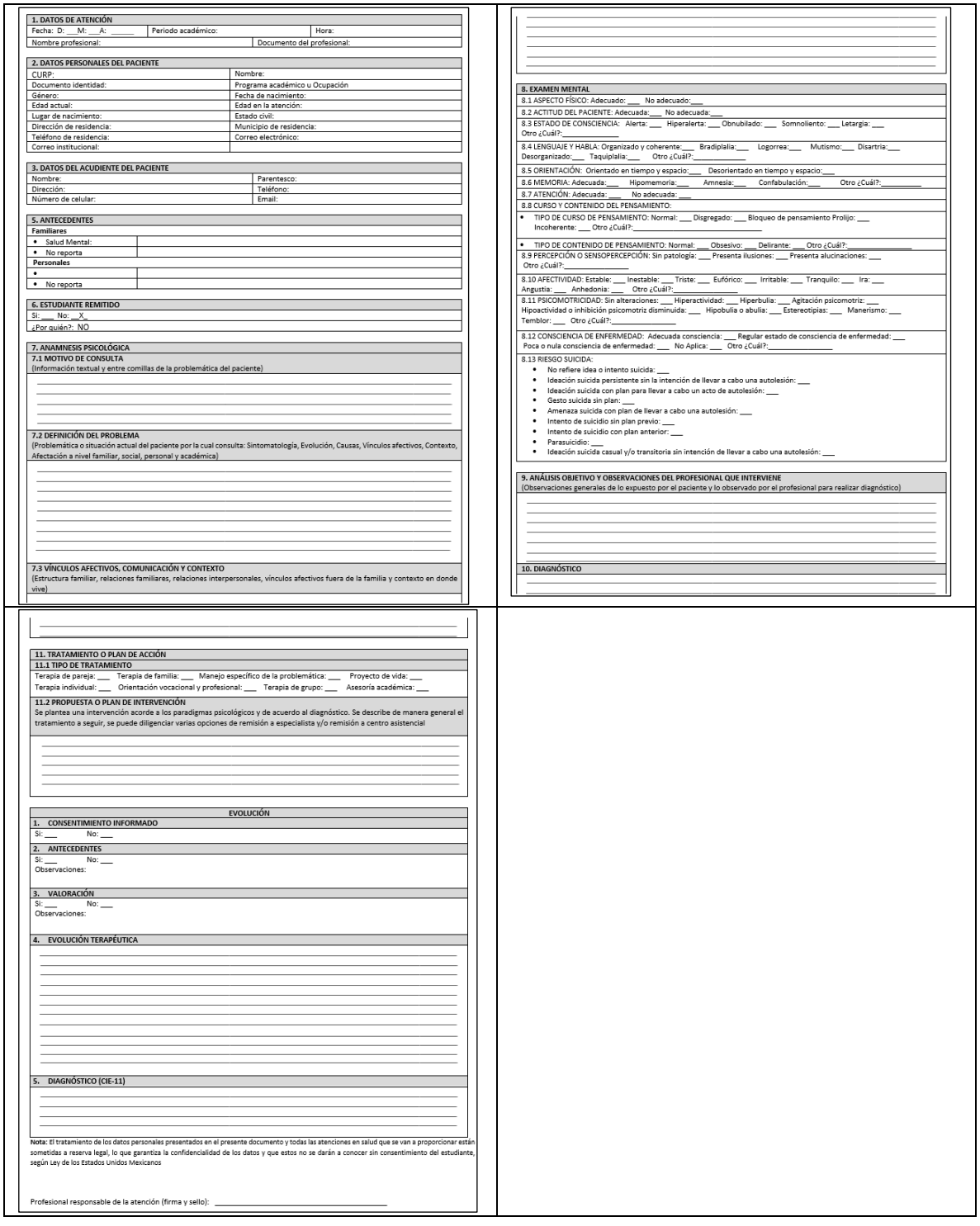
Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *percepción*, los ítems del 9 al 16 para el factor *comprensión* y del 17 al 24 para el factor *regulación*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

Nivel	Hombres	Mujeres
Percepción	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 21	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 24
	Adecuada percepción 22 a 32	Adecuada percepción 25 a 35
	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 36
Comprensión	Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23
	Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34
	Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35
Regulación	Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
	Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
	Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35

Figura 26. Evaluación de Habilidades Cognitivas y Emocionales (ACE).

Apéndice L. Formato de expediente clínico



1. DATOS DE ATENCIÓN

Fecha: D: ___M: ___A: _____ | Periodo académico: | Hora:

Nombre profesional: | Documento del profesional:

2. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

CURP:	Nombre:
Documento identidad:	Programa académico u Ocupación
Género:	Fecha de nacimiento:
Edad actual:	Edad en la atención:
Lugar de nacimiento:	Estado civil:
Dirección de residencia:	Municipio de residencia:
Teléfono de residencia:	Correo electrónico:
Correo institucional:	

3. DATOS DEL ACUDIENTE DEL PACIENTE

Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
Número de celular:	Email:

5. ANTECEDENTES

Familiares

- Salud Mental:
- No reporta

Personales

-
- No reporta

6. ESTUDIANTE REMITIDO

Si: ___ No: __X_

¿Por quién?: NO

7. ANAMNESIS PSICOLÓGICA

7.1 MOTIVO DE CONSULTA

(Información textual y entre comillas de la problemática del paciente)

7.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

(Problemática o situación actual del paciente por la cual consulta: Sintomatología, Evolución, Causas, Vínculos afectivos, Contexto, Afectación a nivel familiar, social, personal y académica)

7.3 VÍNCULOS AFECTIVOS, COMUNICACIÓN Y CONTEXTO

(Estructura familiar, relaciones familiares, relaciones interpersonales, vínculos afectivos fuera de la familia y contexto en donde vive)

8. EXAMEN MENTAL

8.1 ASPECTO FÍSICO: Adecuado: ___ No adecuado:___

8.2 ACTITUD DEL PACIENTE: Adecuada:___ No adecuada:___

8.3 ESTADO DE CONSCIENCIA: Alerta: ___ Hiperalerta: ___ Obnubilado: ___ Somnoliento: ___ Letargia: ___
Otro ¿Cuál?:_____

8.4 LENGUAJE Y HABLA: Organizado y coherente:___ Bradiplalia:___ Logorrea:___ Mutismo:___ Disartria:___
Desorganizado:___ Taquiplalia:___ Otro ¿Cuál?:_____

8.5 ORIENTACIÓN: Orientado en tiempo y espacio:___ Desorientado en tiempo y espacio:___

8.6 MEMORIA: Adecuada:___ Hipomemoria:___ Amnesia:___ Confabulación:___ Otro ¿Cuál?:_____

8.7 ATENCIÓN: Adecuada: ___ No adecuada: ___

8.8 CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

- TIPO DE CURSO DE PENSAMIENTO: Normal: ___ Disgregado: ___ Bloqueo de pensamiento Prolijo: ___ Incoherente: ___ Otro ¿Cuál?:_____
- TIPO DE CONTENIDO DE PENSAMIENTO: Normal: ___ Obsesivo: ___ Delirante: ___ Otro ¿Cuál?:_____

8.9 PERCEPCIÓN O SENSOPERCEPCIÓN: Sin patología: ___ Presenta ilusiones: ___ Presenta alucinaciones: ___
Otro ¿Cuál?:_____

8.10 AFECTIVIDAD: Estable: ___ Inestable: ___ Triste: ___ Eufórico: ___ Irritable: ___ Tranquilo: ___ Ira: ___
Angustia: ___ Anhedonia: ___ Otro ¿Cuál?:_____

8.11 PSICOMOTRICIDAD: Sin alteraciones: ___ Hiperactividad: ___ Hiperbulia: ___ Agitación psicomotriz: ___
Hipoactividad o inhibición psicomotriz disminuida: ___ Hipobulia o abulia: ___ Estereotipias: ___ Manerismo: ___
Temblor: ___ Otro ¿Cuál?:_____

8.12 CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD: Adecuada consciencia: ___ Regular estado de consciencia de enfermedad: ___
Poca o nula consciencia de enfermedad: ___ No Aplica: ___ Otro ¿Cuál?:_____

8.13 RIESGO SUICIDA:

- No refiere idea o intento suicida: ___
- Ideación suicida persistente sin la intención de llevar a cabo una autolesión: ___
- Ideación suicida con plan para llevar a cabo un acto de autolesión: ___
- Gesto suicida sin plan: ___
- Amenaza suicida con plan de llevar a cabo una autolesión: ___
- Intento de suicidio sin plan previo: ___
- Intento de suicidio con plan anterior: ___
- Parasuicidio: ___
- Ideación suicida casual y/o transitoria sin intención de llevar a cabo una autolesión: ___

9. ANÁLISIS OBJETIVO Y OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL QUE INTERVIENE

(Observaciones generales de lo expuesto por el paciente y lo observado por el profesional para realizar diagnóstico)

10. DIAGNÓSTICO

11. TRATAMIENTO O PLAN DE ACCIÓN

11.1 TIPO DE TRATAMIENTO

Terapia de pareja: ___ Terapia de familia: ___ Manejo específico de la problemática: ___ Proyecto de vida: ___
Terapia individual: ___ Orientación vocacional y profesional: ___ Terapia de grupo: ___ Asesoría académica: ___

11.2 PROPUESTA O PLAN DE INTERVENCIÓN

Se plantea una intervención acorde a los paradigmas psicológicos y de acuerdo al diagnóstico. Se describe de manera general el tratamiento a seguir, se puede diligenciar varias opciones de remisión a especialista y/o remisión a centro asistencial

EVOLUCIÓN

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si: ___ No: ___

2. ANTECEDENTES

Si: ___ No: ___
Observaciones:

3. VALORACIÓN

Si: ___ No: ___
Observaciones:

4. EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

5. DIAGNÓSTICO (CIE-11)

Nota: El tratamiento de los datos personales presentados en el presente documento y todas las atenciones en salud que se van a proporcionar están sometidas a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los datos y que estos no se darán a conocer sin consentimiento del estudiante, según Ley de los Estados Unidos Mexicanos

Profesional responsable de la atención (firma y sello): _____

Figura 27. Formato de expediente clínico (elaboración propia)

CURRICULUM VITAE

Yolanda Patricia García Aguirre.

Originaria de la ciudad de Morelia, en Michoacán, México. Yolanda Patricia García Aguirre realizó estudios profesionales en Ingeniería Bioquímica y como segunda profesión la Licenciatura en Psicología con área de especialidad en Psicología Clínica en la Universidad Mexicana de Educación a Distancia, así como Maestría en Tecnologías Educativas en el Centro Universitario Patria. La investigación titulada “Diagnóstico e intervención psicológica de una mujer adulta joven con antecedente de trastorno por hipersensibilidad social en infancia: Estudio de caso” es la que presenta en este documento para aspirar al grado de Doctorado en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, como profesora de enseñanza superior desde 2013 en el Tecnológico Nacional de México campus Instituto Tecnológico de Morelia, donde se desempeñó como Coordinadora Institucional del Programa de Tutorías y del Área de Atención Psicológica de 2019 a 2022, y durante el 2023 en la Jefatura del Departamento de Desarrollo Académico. Actualmente imparte asignaturas en Ingeniería Biomédica, Ingeniería Bioquímica, cubriendo el puesto de Secretaria de Academia de esta última.

Por su experiencia en áreas como Biotecnología, Bioprocesos, Productividad, Innovación, Sistemas de Calidad, y Análisis de Situaciones de Riesgo, ha dirigido y colaborado en 7 proyectos de investigación financiados por el TecNM y 4 con recursos propios; cuenta con Reconocimiento a profesores con

Perfil Deseable del PRODEP, pertenece al Padrón de Investigadoras e Investigadores de Michoacán (PIIM) y miembro activo de la Red de Investigadores para el Avance de las Ciencias.

Como especialista en difusión, divulgación científica y planeación estratégica, ha diseñado e impartido cursos de actualización profesional a personal docente y no docente con las temáticas de inteligencia emocional, intervención en vulnerabilidad educativa, igualdad sustantiva, derechos humanos, prevención del hostigamiento y del acoso. Ha promovido la ciencia y sus aplicaciones, contribuyendo a la formación de futuros investigadores y fomentando un ambiente académico y científico inclusivo y accesible. En este sentido, ha participado activamente en la promoción y difusión de la ciencia a través de 27 ponencias y conferencias, 12 publicaciones científicas, 1 libro, 1 capítulo de libro, 10 guías técnicas de transferencia de conocimiento, y más de 20 cursos impartidos sobre temáticas como: prácticas recomendadas en el sector industrial, actualización profesional de recursos humanos, intervención en el hostigamiento sexual, prevención del acoso, equidad, derechos humanos, inteligencia emocional y vulnerabilidad educativa. Además, he utilizado diversos medios impresos y digitales, como posters, infografías, lonas, convenios interinstitucionales, comunicados de prensa y sitios informativos para apoyar la divulgación en eventos académicos estatales, nacionales e internacionales, en modalidades presencial y remota.


ISEO®
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE