



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EFFECTIVIDAD Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL  
EN UNA CLIENTE CON CÁNCER DE MAMA**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**GRACIELA ORANTES MARTÍNEZ**

**Profesor Guía:  
Dr. Pablo Herrera Salinas**

**Informantes:  
Mg. Rocío Cerda Lobos  
Dra. Michele Dufey Domínguez**

**Aprobado con distinción máxima**

**Santiago de Chile, año 2016**



**EFFECTIVIDAD Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL  
EN UNA CLIENTE CON CÁNCER DE MAMA**

## RESUMEN

Este estudio tuvo como propósito evaluar el impacto y describir el cambio de un proceso terapéutico experiencial en una cliente con cáncer de mama. Se utilizó una metodología mixta; primeramente, se analizó la efectividad de la intervención a través del diseño experimental de caso único con análisis de series temporales; posteriormente, a partir del análisis visual de los datos recogidos en los instrumentos, se describieron las dinámicas del proceso de cambio terapéutico; finalmente, se identificaron los mecanismos de cambio que facilitan u obstaculizan la terapia, para esto, se realizó un análisis de contenido de las sesiones, a través de la observación no participante. Los resultados cuantitativos mostraron diferencias significativas en los problemas presentados por la cliente entre las fases de pre-terapia y post-terapia, indicando una disminución de los síntomas entre ambas etapas; mientras que cualitativamente en los mecanismos de cambio, se observó que el proceso de terapia permitió a la cliente desplegar un significado novedoso sobre el cáncer de mama; además de que la interacción cliente-terapeuta es un factor que permite llevar adelante la experiencia presente y concreta; así como, que el uso del focusing es una herramienta útil para contactarse con la sensación y profundizar en el significado sentido para simbolizar la experiencia en la cliente.

*Palabras clave: terapia experiencial, proceso de cambio terapéutico, cáncer de mama*

## **Abstract**

This study aimed to evaluate the impact and describe the change process of an experiential therapeutic process in a client with breast cancer. Mixed methodology was used. First, the effectiveness of the intervention was analyzed through experimental single case design with time series analysis; later from the visual analysis of data collected by the instruments, the dynamics of therapeutic change process were described; finally the mechanisms of change that facilitate or hinder the therapy were identified, using a content analysis of the sessions through non-participant observation. The quantitative results showed significant differences in the problems presented by the client between the phases of pre-therapy and post-therapy, indicating a decrease in symptoms between the two stages. Regarding change mechanisms, it was noted that the process of therapy can help the client to develop a new meaning on breast cancer. Also, it was observed that the client – therapist interaction is a factor that can carry forward the present and concrete experience, and that the use of focusing is a useful tool to contact with the sense felt and the meaning implicit to symbolize the experience in the client.

*Keywords: experiential therapy, change process therapeutic, breast cancer*

## **Dedicatoria**

A Dios, quien me regala cada amanecer y me dio la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, experiencias y amigos en este país.

A mis padres Francisca y Jordán, y hermanos Patricia y Jordán por confiar en mis decisiones, brindarme su apoyo incondicional, amor, paciencia, y motivarme cada día a alcanzar mis objetivos.

A mis amigos Alejandra, Valery, Karina y Homero, quienes tuvieron una palabra de cariño, soporte, ánimo y motivación para finalizar con éxito esta investigación.

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que me han ayudado y formaron parte de esta investigación.

Agradezco a mi profesor tutor, Dr. Pablo Herrera por su disposición, dedicación, apoyo y compromiso para la elaboración y realización de este estudio.

También agradezco a las profesoras, Mg. Rocío Cerda y Dra. Michele Dufey por su calidez, disposición, apoyo y reflexión para guiarme en este camino de la psicoterapia experiencial.

A la señora V, mi agradecimiento por su gran motivación y disposición para participar en este estudio.

Agradezco a todas las personas que integran el Programa de Magíster en Psicología Clínica en Adultos de la Universidad de Chile por su atención, amabilidad y por las facilidades otorgadas en mi formación como alumna de magister.

También agradezco a la Agencia Chilena de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AGCID), por el apoyo y financiamiento otorgado mediante el Programa de Becas de Reciprocidad Chile-México.

A los psicólogos Johanan Castillo y César Molina por colaborar en este estudio con sus observaciones, trabajo por el cual les estaré agradecida.

Agradezco a mis compañeros de magister, por compartir sus experiencias y orientarme en mis dudas académicas.

Finalmente, quiero agradecer al Dr. Francisco Gutiérrez por las asesorías siempre dispuestas aún en la distancia y por sus recomendaciones.

*La psicoterapia real y genuina comienza,  
cuando el cliente se acerca a su propia experiencia,  
a su experiencing presente e inmediato (Gendlin, 1961/2000)*



## Índice

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Objetivos de investigación</b> .....	4
<b>Hipótesis y preguntas directrices</b> .....	5
<b>Marco teórico</b> .....	6
4.1.- Cáncer y cáncer de mama .....	6
4.1.1 Aspecto generales y antecedentes sobre el cáncer .....	6
4.1.2 Epidemiología del cáncer a nivel mundial y en Chile .....	7
4.1.3 Cáncer de mama .....	8
4.1.4 Epidemiología del cáncer de mama en Chile .....	9
4.1.5 Estadios, tratamientos y cuidados paliativos del cáncer mamario.....	10
4.1.6 Problemas psicológicos asociados al cáncer de mama.....	12
4.1.7 Trastornos psiquiátricos asociados al cáncer de mama .....	14
4.1.8 Intervenciones psicológicas en personas con cáncer .....	15
4.1.9 Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas en mujeres con cáncer de mama .....	16
4.2 Psicoterapia Humanista-Experiencial .....	18
4.2.1 Desarrollo histórico de la Psicoterapia Centrada en el Cliente: del período No-Directivo a la Psicoterapia Experiencial .....	18
4.2.2 Actitudes básicas del terapeuta en la psicoterapia Rogeriana .....	20
4.2.3 El modelo procesal de la psicoterapia experiencial.....	22
4.2.4 El concepto de “experiencing” .....	25
4.2.5 Teoría de la personalidad y cambio de la personalidad.....	28
4.2.6 El proceso del cambio terapéutico.....	29
4.2.7 Focusing .....	31
4.2.8 El Focusing como herramienta terapéutica .....	32
4.3 Psicoterapia experiencial, focusing y cáncer.....	34
4.3.1 Investigaciones sobre focusing y cáncer .....	34
4.3.2 Investigaciones sobre focusing y cáncer de mama.....	36
<b>Metodología</b> .....	37
5.1 Tipo de estudio y diseño metodológico.....	37

5.2 Participantes .....	38
Proceso de reclutamiento de la cliente .....	38
Criterios de inclusión (Cliente) .....	39
Criterios de inclusión (Terapeuta).....	39
5.3 Instrumentos .....	39
5.4 Contexto terapéutico .....	42
5.5 Procedimiento .....	42
5.6 Análisis de información .....	43
5.7 Aspectos éticos.....	45
<b>Resultados</b> .....	46
6.1 Contexto y presentación del caso .....	46
6.1.1 Genograma .....	46
6.1.2 Línea del tiempo.....	47
6.1.3 Descripción del motivo de consulta .....	47
6.1.4 Expectativas sobre la terapia y síntomas al momento de consultar.....	48
6.1.5 Áreas de funcionamiento.....	49
6.1.6 Diagnóstico.....	51
6.1.7 Resumen del proceso terapéutico .....	52
6.2 Efectividad (Resultados pre-post) .....	54
6.3 Patrones de cambio.....	57
6.4 Mecanismos de cambio .....	63
6.4.1 Identificación de sesiones claves.....	63
6.4.2 Análisis cualitativo de sesiones claves.....	64
6.4.3 Planteamiento de hipótesis que facilitan y obstaculizan el cambio terapéutico .....	65
<b>Discusión</b> .....	84
<b>Conclusión</b> .....	91
<b>Referencias</b> .....	93
<b>Anexos</b> .....	104
Anexo 1 .....	104
Anexo 2 .....	106

Anexo 3 .....	108
Anexo 4 .....	110
Anexo 5 .....	111
Anexo 6 .....	112
Anexo 7 .....	115
Anexo 8 .....	116
Anexo 9 .....	118
Anexo 10 .....	119
Anexo 11 .....	120
Anexo 12 .....	128
Anexo 13 .....	132
Anexo 14 .....	140
Anexo 15 .....	143

## **Introducción**

En las últimas décadas, Chile ha experimentado la aparición de problemas de salud crónicos no transmisibles, entre ellos el cáncer, los cuales están asociados a cambios en los modos de vida y a la exposición de factores de riesgo (Vallebuona, 2012). Se estima que en el año 2008, fallecieron 22 mil personas como consecuencia de algún tipo de cáncer (Corporación Nacional del Cáncer [CONAC], 2009).

Itriago y colaboradores (2013), realizaron estimaciones a través de GLOBOCAN e informaron que el cáncer de mama es el más frecuente y principal causa de muerte oncológica en mujeres en el mundo, dando cuenta del 23% (1.38 millones) del total de los nuevos cánceres; así como, el 14% del total de las muertes en el 2008. En esta misma investigación, los autores estimaron que un 50% de los casos y 60% de las muertes ocurren en países desarrollados. Además, observaron que las tasas de incidencia son altas en Occidente, Europa, Australia/Nueva Zelanda y Estados Unidos.

En Chile en el 2008, el cáncer de mama alcanzó una tasa de mortalidad observada de 14.5 por 100.000 mujeres y la distribución por grupos de edad muestra que la tasa de mortalidad comienza a aumentar a partir de los 45 años, alcanzando una tasa de 41.8 por 100.000 mujeres en el grupo mayor de 45 años y concentrando el 90.6% de las defunciones totales por esta enfermedad. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

A nivel psicológico, el cáncer de mama tiene características que lo hacen diferente a otros tipos de cánceres, la mama al ser un órgano que representa la sexualidad del ser humano, produce una serie de retos que generan vivencias de crisis en las mujeres con este diagnóstico (Mendoza, Huerta y Vega, s.f.).

En este sentido, “el diagnóstico de cáncer de mama así como el transcurso del tratamiento es un evento determinante en la trayectoria de vida de las mujeres, que incide tanto en aspectos inter e intrapersonales; entre los que se destacan las emociones, experiencias y el sentido de vida” (Schroeder, 2005, p.7).

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre la mujer con cáncer de mama estas son numerosas y diversas (Schroeder, 2005; Cerezo, Ortiz y Cardenal, 2009; García, 2010); sin embargo, en estos estudios los autores se han enfocado principalmente en estudiar la

calidad de vida de las pacientes sobrevivientes de cáncer, abordando aspectos biológicos, clínicos y sociales.

Referente a las investigaciones en psicoterapia en mujeres con cáncer de mama, se encuentran diversos estudios entre las que destacan las terapias cognitivos- conductuales, cognitivo-existencial, hipnoterapia y psicoanálisis; sin embargo, el énfasis está puesto en exponer únicamente los resultados del proceso (Jassim, Whitford, Hickey y Carter, 2015; Gagnon et al., 2015; Jaime, Téllez, Juárez, García y García, 2015; Capulín, 2014; Alessandri, 2009; Gómez, Unda y Toro, 2015).

Estos estudios evaluaron principalmente el impacto de los procesos terapéuticos en problemas o trastornos específicos asociados al diagnóstico y tratamiento en mujeres con cáncer de mama, en sus diferentes modos de intervención ya sea psicoeducativas, de consejería, grupales e individuales y cuyos resultados reportaron ser efectivos principalmente en trastornos del sueño, ansiedad y depresión.

En relación a la psicoterapia experiencial y cáncer de mama, se encontraron estudios enfocados en describir la importancia del uso de la técnica del focusing para generar una actitud exploratoria de su experiencia inmediata e ir construyendo significados novedosos en relación a la enfermedad (Grindler Katonah y Flaxman, 1999; Summerville, 1999; Klagsbrun, 2007; Klagsbrun y Lennox 2012); sin embargo, existen pocos referentes que describan cómo se desarrolla el proceso de cambio.

Por otro lado, los métodos usualmente ocupados para estudiar los procesos de psicoterapia y la efectividad de una intervención son los ensayos clínicos randomizados, que implican un alto costo y presentan obstáculos prácticos y epistemológicos para los psicoterapeutas e investigadores con marco humanista. En este sentido, el diseño experimental de caso único con análisis de series temporales es una alternativa adecuada para realizar investigación en psicoterapia humanista, debido a que su implementación en la práctica clínica es más fácil y además proporciona información detallada sobre el desarrollo del proceso de cambio terapéutico.

En este contexto se establecen las siguientes preguntas de investigación: ¿Es efectiva la psicoterapia experiencial en el caso de una cliente con cáncer de mama para abordar sus problemáticas psicológicas? ¿Cómo se desarrolla el cambio desde la

psicoterapia experiencial en una cliente con cáncer de mama?; ¿Qué diferencias y similitudes existen entre las sesiones más y menos productivas en relación al vínculo terapéutico, actitud de la cliente y técnicas aplicadas?

La relevancia de este estudio puede resumirse en los siguientes puntos: (a) contribuir con evidencia a la validación de las psicoterapias humanistas ante la comunidad científica; (b) ampliar los conocimientos empíricos de la terapia experiencial en pacientes oncológicos; (c) enriquecer el trabajo de los psicólogos clínicos, a través del registro y análisis sistemático de un proceso de terapia experiencial en una cliente con cáncer de mama y (d) desarrollar habilidades clínicas y aportar a la comprensión describiendo el proceso de cambio desde este enfoque.

## **Objetivos de investigación**

### **2.1 Objetivo general**

Describir y evaluar la efectividad de un proceso terapéutico de orientación experiencial en una cliente con cáncer de mama.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Evaluar la efectividad de un proceso psicoterapéutico de orientación experiencial en el caso de una cliente con cáncer de mama.
- Describir el proceso de cambio desde la psicoterapia experiencial en una cliente con cáncer de mama.
- Describir y comparar las sesiones más y menos productivas del proceso terapéutico experiencial en una cliente con cáncer de mama.

### **Hipótesis y preguntas directrices**

A continuación se describen las hipótesis y preguntas directrices que guiarán el análisis de cada objetivo:

#### **Objetivo 1: Evaluar la efectividad de un proceso psicoterapéutico de orientación experiencial en el caso de una cliente con cáncer de mama.**

Para este objetivo se realizarán análisis cuantitativos, con el fin de contrastar las siguientes hipótesis: (1) La presencia y/o intensidad de los síntomas y problemas de la cliente disminuirán significativamente entre las fases de pre-terapia y terapia; (2) El proceso terapéutico produce un aumento del nivel experiencial en la cliente.

#### **Objetivo 2: Describir el proceso de cambio desde la psicoterapia experiencial en una cliente con cáncer de mama.**

Para este objetivo se realizarán análisis cualitativos, orientados a responder las siguientes preguntas directrices: ¿Cómo se desarrolla el proceso de cambio en la cliente?; ¿Cuál es el tipo de permanencia de la cliente sobre las dificultades y problemas que presenta?; ¿Cómo es el tipo de contacto experiencial de la cliente en relación al cáncer de mama?; ¿Cómo se relaciona la cliente con el cáncer de mama?; ¿Qué sensaciones están presentes al abordar el cáncer de mama?

#### **Objetivo 3: Describir y comparar las sesiones más y menos productivas del proceso terapéutico experiencial en una cliente con cáncer de mama.**

Para este objetivo se realizará un análisis cualitativo, orientado a responder las siguientes preguntas directrices, diferenciando siempre entre sesiones de impacto positivo, negativo y neutro: ¿Cómo se desarrolla la interacción cliente-terapeuta a lo largo de la terapia?; ¿Cómo se describe la motivación de la cliente?; ¿Qué técnica(s) específica(s) utiliza la terapeuta?; ¿La terapeuta permite, obstaculiza o interfiere a la cliente para que se contacte o acerque a su experiencia sentida?

Con base en las preguntas planteadas, se desarrollarán hipótesis explicativas sobre lo que facilita y obstaculiza el cambio terapéutico en la terapia experiencial con la finalidad de desarrollar habilidades clínicas y aportar a la comprensión del proceso de cambio.



## Marco teórico

### 4.1.- Cáncer y cáncer de mama

#### 4.1.1 Aspecto generales y antecedentes sobre el cáncer

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015a), el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden y puede invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.

El cáncer cuenta con una serie de etapas o fases que Alvarado (2004) describió como:

- Fase de diagnóstico: etapa en la que se realizan un examen clínico, radiológico e histopatológico, que permite descartar o confirmar la presencia de un tumor maligno.
- Fase de tratamiento oncológico: etapa en la que se hace uso de los recursos disponibles como cirugía, quimioterapia, radioterapia, entre otras.
- Fase de remisión: etapa donde se demuestra a través de estudios y valoraciones que la enfermedad no está presente y en la cual el tratamiento oncológico ha finalizado.
- Fase de recaída: etapa en donde se demuestra a través de nuevos estudios que la enfermedad ha regresado, ya sea en el lugar donde se inició o en órganos contiguos o distantes.
- Fase terminal: etapa en donde el paciente presenta dos o más disfunciones irreversibles; además existe un deterioro progresivo y generalizado del organismo y está fuera de tratamiento oncológico curativo. Se ofrece cuidados paliativos.
- Fase de agonía: agotamiento total de la reserva fisiológica y progresiva hacia la muerte (Rebolledo, 2008).
- Fase de muerte: entendida cuando en un ser humano existe; ausencia de respuesta cerebral, apnea, pupilas dilatadas e inexistencia de reflejos cefálicos (Kraus y Álvarez, 1998 citado en Alvarado, 2004).

#### 4.1.2 Epidemiología del cáncer a nivel mundial y en Chile

De acuerdo a la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) agencia especializada sobre el tema de la Organización Mundial de la Salud, esta enfermedad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en su informe mundial sobre el cáncer 2014 el IARC estableció que en el 2012 hubo alrededor de 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muerte relacionados con el cáncer. Las principales tipos de cáncer fueron pulmonar, hepático, gástrico, colon y rectal, mamario y de esófago (OMS, 2015a).

Relacionado a la morbilidad para este mismo año GLOBOCAN<sup>1</sup> (2012) indicó que los cánceres diagnosticados con más frecuencia en la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. En el caso del hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado.

La OMS (2015a) también informó que aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos como: un índice de masa corporal elevada, la ingesta reducida de frutas y verduras, la falta de actividad física, y el consumo de tabaco y alcohol. De igual forma, agregó que más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica, representando estas regiones el 70% de las muertes por cáncer en el mundo.

Por lo que se prevé en términos de mortalidad por cáncer que a nivel mundial, esta enfermedad aumentará un 45% entre el 2007 y 2030; es decir, pasará de 7.9 millones a 11.5 millones de defunciones, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población; otro dato importante es que se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones en 2007 a 15.5 millones en 2030 (OMS, 2008).

En el caso de Chile, la situación epidemiológica de mortalidad en el 2010 mostró que las principales causas de muertes fueron en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar los tumores malignos (cáncer), y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio. La prevalencia nacional para el cáncer fue de un

---

<sup>1</sup> Proyecto de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), cuyo objetivo es proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia, mortalidad y prevalencia de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para 184 países del mundo.

24.6% y se observó una prevalencia mayor en las regiones de Antofagasta (29%), Coquimbo (26.2%), Valparaíso (25.5%), Región Metropolitana (25.1%) y Arica y Parinacota (22.4%), en esta última región y en Antofagasta, el cáncer fue la primera causa de muerte (Roco, Quiñones, Acevedo, Zagmutt, 2013).

#### **4.1.3 Cáncer de mama**

El cáncer de mama es un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido que algunas veces forman un bulto o tumor maligno, se considera así porque son capaces de invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo. Este crecimiento anormal puede iniciarse en las células que recubren los conductos, lúbrillos u otros tejidos de la mama (Reinero, 2007).

De acuerdo al estudio realizado por Itriago et al. (2013), el cáncer de mama es el más frecuente y es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial, dando cuenta del 23% (1.38 millones) del total de los nuevos cánceres y 14% del total de las muertes en el 2008 a nivel mundial. Un 50% de los casos y 60% de las muertes se estima que ocurran en países desarrollados.

Además se observa que las tasas de incidencia son altas en Occidente, esto por el aumento en la esperanza de vida y cambios en los modos de vida que originan que los diagnósticos se realicen en fases avanzadas del cáncer (OMS, 2015b).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en el 2008 en América Latina y el Caribe el 27% de los casos nuevos de cáncer son de mama y que el 15% de las muertes por cáncer son consecuencia de este tipo de cáncer. Se calcula que para el 2030 se presenten alrededor de 596,000 casos nuevos y más de 142,100 muertes por esta enfermedad (OPS, 2012).

Asimismo el cáncer de mama también puede presentarse en hombres pero se da con menor frecuencia, es decir, “por cada cien casos femeninos, hay un solo hombre. Los síntomas, el pronóstico y tratamiento son similares, pero generalmente se detecta más tarde, ya que al ser poco frecuente se estiman otros diagnósticos antes de cáncer de mamas” (Reinero, 2007, p. 36).

Es importante destacar que existen factores biológicos relacionados con el cáncer de mama como son la edad, inicio temprano de la menarca, menopausia tardía o primer embarazo tardío, lactancia nula o de corta duración, y factores de riesgo como el uso de anticonceptivos orales prolongado, obesidad, tabaquismo, alimentación deficiente o rica en grasa e ingesta de alcohol (Pérez, López, Benítez y Sandoval, 2011; Pardo, Ramírez, Selva y Cuza, 2011). Tanto los factores biológicos como los de riesgo potencializan el desarrollo de un cáncer de mama; sin embargo, no son causas directas para generar esta enfermedad.

Para esto, el diagnóstico es la primera medida que se necesita para hacer frente a la enfermedad. Para esto es necesario una combinación de evaluaciones clínicas minuciosas e investigaciones diagnósticas que comprenden la mastografía, resonancia magnética, radiografía, biopsia, histopatología, citología y estudios de laboratorio, entre otras (Gómez, Altagracia, Kravzov, Cárdenas y Rubio, 2008).

#### **4.1.4 Epidemiología del cáncer de mama en Chile**

En el 2008 el cáncer de mama alcanzó una tasa de mortalidad observada de 14.5 por 100.000 mujeres. En relación a la distribución por grupos de edad se mostró que la tasa de mortalidad aumentó a contar de los 45 años; es decir, alcanzó una tasa de 41.8 por 100.000 mujeres en el grupo mayor de 45 años. En cuanto a la mortalidad masculina por este cáncer en el mismo año llegó al 0.1 por 100.000 hombres con un total de 8 casos, 7 de los cuales eran mayores de 65 años. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011), por lo que, “a partir del 2009 el cáncer de mama ocupó el primer lugar como causa de muerte oncológica femenina en Chile” (Serra, Martínez, Reyes, Sierra y Aguayos, 2012, p.139).

Referente al 2012 la tasa de mortalidad observada por cáncer de mama fue de 16.5 por 100.000 mujeres. No obstante, la distribución por grupos de edad mostró que la tasa de mortalidad aumentó a partir de los 50 años, la cual alcanzó para este grupo una tasa de 25.8 por 100.000 mujeres (GLOBOCAN, 2012).

Esta misma fuente estimó que en el 2012 hubo 4081 casos nuevos de cáncer de mama en mujeres en Chile, observando una tasa de incidencia de 46.3 por cada 100.000 mujeres. El grupo de edad con mayor incidencia fue el de 50 a 54 años quien registró 556 casos.

#### **4.1.5 Estadios, tratamientos y cuidados paliativos del cáncer mamario**

Para Arce et al., (2011) “el cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen (mastografía, ultrasonido y resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables); sin embargo otra forma de presentación común es como un tumor no doloroso” (p. 78).

Cabe señalar que los estadios iniciales del cáncer de mama no suelen presentar síntomas. El primer signo suele ser un bulto que al tacto se percibe diferente del tejido mamario que lo rodea, por esto, es importante que las mujeres se realicen exámenes regulares de las mamas (Torner, 2011).

La *American Cancer Society* (2015) describe a la etapa o estadio como la extensión que ocupa el cáncer en el cuerpo, basándose en si es invasiva o no invasiva, en la dimensión y tamaño del tumor, en la cantidad de ganglios linfático afectados y en la existencia de diseminación a otras partes del cuerpo. La etapa de un cáncer es un factor importante para determinar el pronóstico y las opciones de tratamiento.

De acuerdo a esta misma fuente, el sistema de estadificación comúnmente utilizada por los especialistas para informar de forma resumida sobre el cáncer de mama es el sistema TNM del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Este sistema se basa en el tamaño del tumor primario (T), el grado de diseminación a los ganglios linfáticos cercanos (N) y la presencia de metástasis (M) o tumores secundarios formados por la diseminación de células cancerosas a otras partes del cuerpo.

En relación a los estadios del cáncer de mama son: 0 (carcinoma in situ), IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC y IV, en esta última el cáncer se ha extendido fuera de la mama, diseminándose a otros órganos del cuerpo; con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2015).

La estadística disponible sobre las tasas de supervivencia del cáncer de mama a 5 años, no se dividen en las subetapas, por lo que está se acercaría a la tasa de la etapa general, además de que se basan en la etapa del cáncer cuando se hizo inicialmente el diagnóstico.

En el estudio realizado por Lobos, Olmedo, Ortíz y Opazo (2013) en 882 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama atendidos en una unidad de patología mamaria entre el 2003 y el 2010, encontraron que el predominio fue en las mujeres con 816 casos (99.2%) y 6 casos para los hombres (0.8%). Estos autores definieron dos cohortes, una conformada por cáncer de mama y metástasis ósea y una cohorte de control compuesta por pacientes sin metástasis ósea. Los resultados obtenidos fueron que la probabilidad de supervivencia en pacientes con metástasis ósea (n=73) a los 6 meses fue de 89.04% y a los 60 meses fue del 22.36%; mientras que la probabilidad de supervivencia en pacientes sin metástasis ósea (n=749) a los 6 meses fue de 98.9% y a los 60 meses fue de 82.61%.

Respecto al tratamiento oncológico esta involucra generalmente a un grupo multidisciplinario, que incluye cirujanos oncólogos, radiooncólogos, oncólogos médicos, cirujanos plásticos y reconstructores, imagenólogos, patólogos, psiquiatras, psicooncólogos, psicólogos y grupos de apoyo. La decisión terapéutica dependerá de la etapa clínica de la paciente (Lara, et al., 2013).

En este sentido, la *American Cancer Society* (s.f.), establece que las principales formas de tratamiento son:

- Radioterapia: es la aplicación de alta energía u ondas producidas por un aparato de rayos X que destruyen o dañan directamente a las células cancerosas.
- Quimioterapia: se basa en el uso de medicamentos o fármacos que destruyen las células cancerosas que podrían reproducirse y formar otro cáncer.
- Tratamientos hormonales: consiguen que las células cancerosas no puedan reproducirse más, este tratamiento es a través de medicamentos.
- Cirugía: puede ser utilizada para el diagnóstico, tratamiento, prevención, paliativo, reconstructor y de ayuda. Ofrece la mayor posibilidad de curación, especialmente si el cáncer no se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo.

De estos tratamientos, la cirugía impacta física, funcional y emocionalmente a las mujeres, sobre todo cuando se realiza una mastectomía radical, ya que, resulta ser una intervención que visualmente no es agradable (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014).

Santaballa (2015) describió que “tras completar el tratamiento para estadios precoces, las pacientes deben realizar un seguimiento apropiado. Este debe hacerse cada 4 o 6 meses los 5 primeros años y luego de forma anual, de igual forma es necesario incluir la historia clínica y exploración física así como una mamografía anual”.

Finalmente, se encuentran los cuidados paliativos que se describe como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, en el caso de pacientes oncológicos “se enfocan en aliviar los síntomas asociados a la enfermedad, en particular cuando los pacientes se encuentran en fases avanzadas y tienen muy pocas probabilidades de curación o cuando se enfrentan a la fase terminal de la enfermedad” (OMS, 2007). Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado (OMS, 2015c).

#### **4.1.6 Problemas psicológicos asociados al cáncer de mama**

Referente a las reacciones, trastornos y problemas psicológicos asociados al cáncer de mama estos “tienen relación con la sensación de pérdida real o potencial que experimentan [...] es decir, el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y ‘vivididos’ por la paciente de una manera singularmente delicada” (Rojas, 2006, p. 126).

Con respecto al impacto psicológico que conlleva el cáncer de mama, a continuación se presentan algunos estudios realizados en las diversas fases de la enfermedad, describiendo las implicaciones emocionales, mentales y físicas que ocurren en las mujeres con cáncer.

##### **Fase de Diagnóstico**

La mayor parte de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, al igual que el resto de los pacientes oncológicos, vive un proceso psicológico adaptativo denominado “duelo oncológico”, la cual la integran un conjunto de etapas, no necesariamente secuenciales y por los que la paciente atraviesa los meses siguientes al diagnóstico de su enfermedad (Rojas, 2006).

En un estudio realizado por Londoño en el 2009 a veinte mujeres que recibieron tratamiento para el cáncer de mama, la autora describió que las mujeres tras recibir el

diagnóstico presentaron un “derrumbamiento emocional”, en el cual observó sentimientos de tristeza, llanto, angustia, rabia, depresión, miedo y embotamiento. Además de que las pacientes presentaron sentimientos de preocupación e incertidumbre ante el tratamiento al cual serían expuestas.

### **Fase de tratamiento**

Los tratamientos oncológicos utilizados en el control del cáncer de mama son como describimos en apartados anteriores la cirugía, radioterapia y quimioterapia. Por lo que, es una de las fases que son vivenciadas por las mujeres de forma agresiva, es una etapa en la que se presenta mayor deterioro emocional, físico y mental, debido a los efectos secundarios o colaterales y a las secuelas del propio tratamiento (Londoño, 2009; Martínez et al., 2014).

### **Fase de remisión**

En esta etapa, a nivel físico comienza la recuperación. Psicológicamente puede ser un momento problemático, ya que es frecuente encontrar a la persona con sensaciones de inseguridad y vulnerabilidad, esto porque aunque ya no están enfermas, se deben plantear el proceso de adaptación a la “normalidad”. Generalmente en este momento es cuando algunas pacientes solicitan apoyo psicológico (Alonso y Bastos, 2011).

Para Koocher y O'Malley (1981) la remisión es el momento en donde puede aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, lo que se conoce como “Síndrome de Damocles”, que se describe como una entidad psicológica presente en la experiencia de los supervivientes (citado en Alonso et al., 2011); es decir, una fuente de estrés crónico que implica el miedo a que la enfermedad vuelva y las dificultades que se plantean para desarrollar un proyecto vital a largo plazo. Usualmente, este miedo se intensifica cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones.

### **Fase de recaída o recidiva**

Para Torner (2011), esta fase supone un fuerte impacto psicológico en las mujeres con cáncer de mama, ya que indica que la persona volverá a pasar por tratamientos y que su esperanza de vida se acorta. Entre las principales sensaciones vividas están la pérdida de esperanza, negación, temor, ansiedad, enfado y decepción.



### **Fase terminal**

En esta fase, la persona [con cáncer de mama] presentan sensaciones de desesperanza, tristeza, duelos anticipatorios y depresión; sin embargo, también se puede observar personas que manifiestan tranquilidad, calma y sensación de satisfacción (Alvarado, 2004).

En este sentido, el enfrentarse a un cáncer de mama es un proceso complejo porque implica enfrentar múltiples desequilibrios que afectan su dimensión emocional, mental, física y social, así como aspectos de su imagen corporal, de los roles que desempeñaban, de la incertidumbre sobre su salud futura y la presencialidad del cáncer en sus vidas cuando refieren la preocupación de reincidencia del cáncer en sus cuerpos (Londoño, 2009).

#### **4.1.7 Trastornos psiquiátricos asociados al cáncer de mama**

Desde su diagnóstico, “el cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanzan niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos” (Hernández y Cruzado, 2013, p.1).

De acuerdo a la investigación realizada por Murillo y Alarcón (2006), se estimó que los trastornos del sueño en pacientes oncológicos tuvieron una prevalencia de alrededor del 45%; y el trastorno mental orgánico asociado a los pacientes con cáncer fue el delirio cuya prevalencia fue entre un 15% y 20% en pacientes hospitalizados con esta enfermedad.

Referente al cáncer de mama, Adán y Sánchez (2003), concluyeron que “la aparición de depresión concomitante al establecimiento del diagnóstico y a lo largo del tratamiento oncológico influye en la respuesta clínica, el reajuste a la normalidad y la calidad de vida de las pacientes en cualquier fase de la enfermedad” (p.29).

Tojal y Costa (2015), realizaron un estudio en 150 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, el resultado encontrado fue que la mayoría de las pacientes tenían síntomas clínicamente significativos de depresión (56.5%), otro grupo presentó algún síntoma de depresión (25,1%), y un grupo menor estuvo sin síntomas clínicamente significativos (18.4%).

En relación al trastorno de ansiedad, en un estudio realizado a 13 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que no tenían diagnóstico psiquiátrico previo, encontraron

que 5 pacientes tuvieron un trastorno de adaptación y 8 pacientes presentaban algunos de los criterios para desarrollar este trastorno. A estas mismas pacientes, les aplicaron la escala de Hamilton la cual arrojó que un 62% de las pacientes presentaron un trastorno de ansiedad ligero, un 23% tenían un trastorno de ansiedad moderado y un 15% presentaban grados de ansiedad normales (Vaccaro y Ramírez, 2005).

Otro estudio realizado entre el 2009 y 2010 a 84 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama mastectomizadas, los investigadores encontraron que el 79.8% de las mujeres mastectomizadas presentaban un nivel medio de ansiedad, el 13.1% un nivel bajo y el 7.1% se encontraba en un nivel alto de ansiedad (Canicali, Nunes, Pires, Costa y Costa-Amorim, 2012).

Referente a la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa; un estudio realizado a 225 mujeres con cáncer de mama, evaluada con base en la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad, reveló que la prevalencia de depresión y ansiedad fue del 14.2% y 26.5% respectivamente (Morales, Robles, Jiménez y Morales-Romero, 2007).

En conclusión, las investigaciones sobre trastornos psicológicos y psiquiátricos en pacientes con cáncer de mama son diversas, destacando los estudios sobre los trastornos del sueño; así como, sintomatología depresiva y de ansiedad.

#### **4.1.8 Intervenciones psicológicas en personas con cáncer**

El cáncer es una de las situaciones más complejas y estresantes por las que se enfrentan las personas con esta enfermedad; desde su diagnóstico, el cáncer genera una serie de circunstancias que por sí mismas generan un malestar psicológico, esto por las características de cronicidad, de incertidumbre ante la evolución, los efectos secundarios del tratamiento y por el significado cultural asociada a la palabra cáncer (Alonso et al., 2011).

Las intervenciones psicológicas en personas con cáncer difieren de acuerdo a la orientación teórica, ya que establecen objetivos terapéuticos y técnicas específicas que se desarrollan en función a las dificultades concretas que afrontan los pacientes. Entre estas dificultades encontramos las asociadas al tipo de enfermedad, estadio y tratamiento oncológico recibido (Herrero, et al., 2010).

De acuerdo a lo anterior, se han realizado estudios sobre las intervenciones psicológicas desarrolladas en pacientes oncológicos, los cuales están enfocados principalmente en facilitar el manejo de los efectos secundarios psicológicos; así como, las dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad (Rojas, 2006).

Entre algunos estudios están el de Galindo y colaboradores quienes realizaron una publicación en el 2013, basada en la revisión de la literatura reportada en bases de datos como MEDLINE, PsyINFO, CINAHL, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* en el periodo del 2005 al 2010, sobre los efectos de la terapia cognitivo conductual (TCC) en el bienestar psicológico del paciente oncológico en tratamiento o seguimiento. Los autores encontraron consistencias respecto a los beneficios de la TCC en indicadores de la calidad de vida como: depresión, ansiedad, insomnio, dolor, disfunción cognitiva y fatiga; de igual forma, en el manejo de obesidad y sobrepeso en pacientes en seguimiento. Por lo que, la efectividad de la TCC en el paciente oncológico indica que los efectos son significativamente positivos.

Otros estudios, relacionados a la psicoterapia existencial han demostrado que este enfoque de intervención permite a la persona clarificar y elegir cómo vivir en formas diferentes, y en última instancia llevar vidas más significativas. Entre los principales objetivos que persigue esta orientación terapéutica, son las de aumentar la conciencia de sí mismo, de la vida auténtica y de la toma de responsabilidad de las decisiones. Para la psicoterapia existencial, los pacientes oncológicos se enfrentan constantemente a aspectos relacionados a la amenaza de la muerte, desafío de su libertad, angustiada experiencia de soledad y replanteamiento de valores (Costa, 2013; Blair y Cardona, 2008; Reinero, 2007).

#### **4.1.9 Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas en mujeres con cáncer de mama**

Las personas con cáncer de mama pueden acceder a diferentes formas de intervención psicológica profesional que pueden clasificarse en educativo-informativos, terapias grupales y/o individuales. La primera consiste en proporcionar información sobre la enfermedad y sus tratamientos; la segunda permite actuar según la situación y necesidades de cada paciente y la última facilita que las pacientes compartan experiencias y se movilizan procesos de aprendizaje vicario (Font y Rodríguez, 2007; Rojas, 2006).

Jassim, Whitford, Hickey y Carter (2015), realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones psicológicas ocupadas en pacientes con cáncer de mama no metastásicos. Este estudio incluyó 28 ensayos aleatorios controlados que comprendieron 3940 participantes. Los autores evaluaron un amplio rango de intervenciones; veinticuatro ensayos pertenecieron a una terapia cognitivo- conductual y cuatro sobre la eficacia de la psicoterapia en comparación con un grupo control. Los autores concluyeron que las intervenciones terapéuticas cognitivo- conductual producen efectos psicológicos favorables en las pacientes, especialmente en relación a la ansiedad, depresión y trastornos del estado de ánimo.

Otro estudio realizado sobre un modelo de intervención narrativo en pacientes recientemente diagnosticadas con cáncer de mama (14 asignadas al grupo experimental y 18 al grupo control), indicó que el programa fue efectivo en la reducción de sintomatología postraumática, depresiva y somática; y aunque no hubo diferencias significativas en la variable autoestima, los puntajes obtenidos sobre la sintomatología postraumática seguían descendiendo a los tres meses de seguimiento (García y Rincón, 2011).

En un estudio piloto de intervención cognitivo-existencial en pacientes con cáncer de mama no metastásicos que involucró a 33 pacientes divididos en grupos, (una de intervención grupal, individual y otra de atención habitual) los resultados que obtuvieron fueron que la intervención ayudó a lidiar con la enfermedad y a mejorar la vida personal de los participantes. Además en el seguimiento, la calidad de vida tanto existencial y psicológica mejoró en la intervención grupal en comparación con la atención habitual, y a los tres meses de seguimiento la intervención individual mejoró la calidad de vida en relación a la atención habitual (Gagnon et al., 2015).

Es importante señalar que no se encontraron estudios que evalúen la efectividad de la terapia en personas con cáncer de mama desde el modelo experiencial. Sin embargo, existen investigaciones que se han centrado en estudiar, el subproceso asociado al experiencing denominado focusing en personas con este tipo de cáncer. Los resultados han demostrado que la focalización experiencial mejora el afrontamiento, la autorregulación emocional, y genera un sentido de empoderamiento en el trato con el miedo, ansiedad y otros problemas relacionados con la enfermedad (Grindler Katonah y Flaxman, 1999;

Klagsbrun y Lennox 2012). Más adelante, se revisará a profundidad las investigaciones sobre focusing y cáncer de mama.

## **4.2 Psicoterapia Humanista-Experiencial**

En los próximos apartados se revisarán primeramente, la propuesta teórica de Carl Rogers desde la etapa No-directiva hasta el periodo de la psicoterapia experiencial, y se describirán las actitudes básicas de los terapeutas.

### **4.2.1 Desarrollo histórico de la Psicoterapia Centrada en el Cliente: del período No-Directivo a la Psicoterapia Experiencial**

La Psicoterapia Centrada en el Cliente es una línea terapéutica creada por Carl Rogers que nace a la luz de la psicología humanista en 1940. Desde su surgimiento, ha tenido un proceso de evolución que se ha concretado en tres etapas o períodos psicoterapéuticos, en los cuales se han ampliado las perspectivas terapéuticas de la teoría (Collyer y Cayo, 1978).

#### **Período de la Psicoterapia No-Directiva**

En los años 40, Rogers halló un método diferente de hacer psicoterapia: la terapia no directiva, la cual dio prioridad a la no interferencia del terapeuta y la delegación de la responsabilidad sobre el cliente de su propio proceso. En este período la creación de un clima de permisividad y facilitación estaba orientada a promover la expresividad del cliente, “invitándolo” a manifestarse en completa libertad. El terapeuta utiliza técnicas que apuntan al marco interno de referencia del consultante. Las técnicas ocupadas eran el reflejo reiterativo simple, la clarificación verbal y el reflejo del sentimiento (Gendlin, 1988/1997; Escorza, 2003; Duque, 2001).

Lo anterior, subyace al principio fundamental sobre la concepción del hombre; es decir, para Rogers el ser humano es capaz de generar autodesarrollo, autocomprensión y autodirección. Quizás, este planteamiento provocó un fuerte impacto en el ámbito psicoterapéutico de la época (Olivos, 2002).

La Psicoterapia No-Directiva fue considerada como una nueva fuerza dentro del ámbito psicoterapéutico norteamericano de la década de los cuarenta. Además permitió llenar el vacío existente con respecto a una psicoterapia que incluyera dos aspectos

importantes integrados armónicamente: la subjetividad humana y el método científico (Collyer y Cayo, 1978).

### **Período de la Psicoterapia Centrada en el Cliente o Reflectiva**

Entre los años 1950 y 1957 y como consecuencia de la búsqueda de una actitud más activa y genuina por parte del terapeuta en su encuentro con el cliente, Rogers hizo del espacio psicoterapéutico un espacio abierto dejó de llamarla terapia no- directiva y paso a llamarla centrada en el cliente (Escorza, 2003; Gendlin, 1988/1997).

En este sentido, “Rogers y sus colaboradores advirtieron que la Terapia No-Directiva adolecía de errores especialmente en relación al papel terapeuta y en la concepción de la relación terapéutica” (Collyer y Cayo, 1978, p. 19). En este período, la importancia estaba dada a los trabajos de investigación científica para verificar sus planteamientos, enfocados principalmente en los cambios operados en el cliente durante la terapia (Olivos, 2002).

A partir de lo anterior, Rogers concluyó que “lo importante en esta psicoterapia, no es la ausencia de directivas, sino la presencia en el terapeuta, de ciertas actitudes respecto al cliente y de una cierta concepción de las relaciones humanas” (Kinet, 1965/1967, p.13).

Dicho en otras palabras, el comportamiento del terapeuta deber ser la expresión de ciertas actitudes (empatía, aceptación, autenticidad) y convicciones profundamente enraizadas en su personalidad, para llegar a desencadenar en el cliente el proceso llamado “actualización de sí” o “crecimiento personal” (Kinet, 1965/1967).

### **Período de la Psicoterapia Experiencial (1957-1963)**

En esta etapa comprendida entre los años 1957 a 1963, el desarrollo de la psicoterapia experiencial se ve enmarcada en una nueva interrogante sobre el agente causal relacionado al cambio terapéutico. Algunos terapeutas e investigadores rogerianos, plantearon que este agente podría estar vinculado con la creación de una verdadera relación interpersonal entre el cliente y terapeuta. De esta manera, se concibe una relación terapéutica de carácter existencial que deja atrás la neutralidad y pasividad del terapeuta (Collyer y Cayo, 1978; Olivos 2002).

En 1955 Gendlin discípulo de Rogers, introduce el concepto de *experiencing*, el cual es entendido como un proceso sentido que ocurre en el presente inmediato, siendo

organísmico, pre-conceptual, y que guarda un significado implícito que interactúa con diversos símbolos que le permiten expresarse a este experimentar en la dirección adecuada y generar un avance o paso experiencial.

En este sentido, la interacción entre Rogers y Gendlin ha significado una gran contribución en las ciencias sociales, la psicoterapia, la filosofía, la educación y la resolución de conflictos, ya que al desarrollar sus investigaciones, surgieron interrogantes que incidieron en la reformulación de la terapia de Rogers e implicó la búsqueda de un enfoque que ofreciera una teoría y una práctica terapéutica que garantizara las condiciones exitosas en los procesos de cambio, dando paso a la propuesta teórica de Gendlin (Barceló, 2007).

#### **4.2.2 Actitudes básicas del terapeuta en la psicoterapia Rogeriana**

Las actitudes del terapeuta son para Rogers un elemento clave al hacer psicoterapia, es decir, los recursos o técnicas empleadas pueden variar, evolucionar, complementarse; pero no las actitudes rogerianas, ya que ellas garantizan la realidad de un proceso que compromete al paciente y su terapeuta cobrando una dimensión existencial (Artiles, 1995). Estas actitudes básicas se describen a continuación:

##### **Autenticidad**

Señala una actitud de honestidad del terapeuta hacia el cliente, en relación a la situación o estado de la persona, se enfocaba al hecho de mostrarse congruente respecto de las propias experiencias (Olivos, 2002). Esta definición implica que tiene dos vistas: una interna denominada congruencia y otra externa llamada transparencia.

##### *1.- Congruencia*

Kinget (1965/1967), describe a la congruencia como “el estado de acuerdo que existe entre la experiencia y su representación en la conciencia del individuo” (p.118). Esto implica en el terapeuta advertir sobre cualquier sentimiento que experimente en cada momento del proceso, al desarrollar esta actitud el terapeuta es una persona integrada y confiable.

## *2.- Transparencia*

Olivos (2002), la describe como “la comunicación explícita por parte del terapeuta de sus propias experiencias durante su interacción con el cliente” (p.52). Este elemento involucra la manera en que el terapeuta comunica al paciente sus sensaciones e implica que esté dispuesto a abrirse ante el cliente mostrando parte de su intimidad que considere pertinente para el crecimiento o desarrollo del cliente y la terapia (Recuero, 1998).

### **Empatía**

Para Rogers (1965/1967) esta consiste “en la percepción correcta del marco de referencia de los demás con las cosas subjetivas y los valores personales que van unidos [...] es percibir el mundo subjetivo de los demás ‘como si’ fuéramos esa persona” (p. 216).

Dicho de otro modo, la empatía implica la capacidad de “asumir el marco de referencia interno del cliente” (Collyer y Cayo, 1978). Poniéndose verdaderamente en el lugar del otro y ver el mundo como la persona lo ve (Kinget, 1965/1967).

Es preciso destacar que en esta actitud están presentes dos elementos importantes: (1) la comprensión y (2) la devolución verbal de lo comprendido al cliente; incluso verbalizar significados de la experiencia del cliente que para él son pocos conocidos (Olivos, 2002).

Para Artiles (1995), la presencia del terapeuta plenamente humano posee características singulares que intencionalmente la constituyen como tal. Por lo que, es necesario que el terapeuta comprenda mayormente la vivencia del otro.

### **Aceptación**

De acuerdo a Rogers (1961/2013) esta actitud se basa en el cálido respeto hacia el cliente como un individuo valioso independientemente de su condición, es decir, “la aceptación [...] significa el respeto y agrado que siento hacia él como persona distinta” (p.41). En cuanto mayor sea esta actitud hacia el cliente, más útil resultará la relación que estamos creando.

En este sentido, la psicoterapia centrada en el cliente se desarrolló como producto del camino emprendido por Rogers en las dos etapas planteadas por él (Etapa No-Directiva y la Reflectiva) y en la que posteriormente junto con Gendlin consolidarían dando paso a la etapa de la Psicoterapia Experiencial. Por lo que, Rogers configuró una base relevante para



que Gendlin realizara notables aportaciones psicológicas y filosóficas que le permitieron proponer su teoría experiencial, separándose de la propuesta rogeriana.

Es importante recordar que Rogers genera una visión distinta respecto al vínculo terapéutico, fundamentando 6 condiciones<sup>2</sup> que provocaban el cambio en psicoterapia; si bien a lo largo de las diferentes etapas de su teoría existen cambios o replanteamientos, su idea preserva la noción de una relación persona a persona.

#### **4.2.3 El modelo procesal de la psicoterapia experiencial**

La experiencia de existir y el acceso a ella, es la vida del cuerpo sentido en su interioridad, es decir, la subjetividad de las sensaciones corporales que acontecen en este presente y único momento. Este acontecer corporal no es sólo el distinguir la sensación del cuerpo en contacto con algo, sino que es el constatar y percibir los significados implícitos que acompañan a cada experiencia, a través del “viaje” que implica introducirse en ella (Escorza, 2003).

Riveros (2013) describió que “la existencia es equivalente a la experiencia [...] y en esta experiencia concreta se va construyendo esta significación de las infinitas interacciones que afectan y acontecen para un individuo diariamente o a lo largo de toda su existencia. Nuestro cuerpo es nuestro ser viviente, nuestra existencia, nuestra carne total y existencial” (p.4).

Es importante considerar algunos puntos importantes relacionados con las raíces filosóficas del movimiento humanista, especialmente con aquellos que posibilitaron el surgimiento de la psicoterapia experiencial de Gendlin.

Gendlin estudió y revisó las bases filosóficas de existencialistas y fenomenólogos tales como: Kirkergaard, Dilthey, Husserl, Heidegger, Buber, Sartre, Merleau-Ponty, entre otros. Iberg (1984), afirmó que la formulación de la meta-teoría experiencial de psicoterapia está basada en esta estructura filosófica existencial (citado en Alemany, 2007).

---

<sup>2</sup> Las condiciones son las siguientes: (1) La existencia de dos personas que están en contacto psicológico; (2) La primera persona (cliente), está en un estado de incongruencia, vulnerable o ansiosa; (3) La segunda persona (terapeuta), es congruente; (4) El terapeuta ofrece apoyo positivo incondicional hacia el cliente; (5) El terapeuta le ofrece una actitud empática al cliente; (6) La comunicación al cliente de la actitud empática y del apoyo positivo incondicional del terapeuta se logra en un grado mínimo (Rogers, 1957).

Gendlin encontró en esta reflexión filosófica, una respuesta a lo planteado por Dilthey sobre la existencia de una conexión crucial entre el pensamiento lógico y la vida. Gendlin llegó a esta respuesta, a partir de la investigación y del quehacer terapéutico, concluyendo que está en el cuerpo visto como corporalidad (Lara, 2013).

Más adelante, a Gendlin le interesa la investigación desarrollada por Carl Rogers, la cual se enfocaba en estudios “sobre la fenomenología de las emociones, así como sobre la congruencia y la empatía” (Alemany, 2007, p.24).

En este sentido, el cuerpo humano y el ambiente son factores que constituyen un camino seguro de autopropulsión de la autenticidad, este cuerpo inmerso en el mundo y la experiencia de mundo, se concreta en una matriz generadora de significados que Gendlin le llamo significado sentido (Riveros, 2013).

Referente a la psicología y la psicoterapia, la década de los 70’s supuso una recuperación del cuerpo, ya que diversas orientaciones asumieron al cuerpo como un elemento central de la terapia. Entre las que están la vegetoterapia, la bioenergética, la gestalt, el psicodrama, el psicoanálisis dinámico, etcétera (Alemany, 2007).

La psicoterapia contemporánea, desde los inicios del psicoanálisis ha sido eminentemente verbal. La palabra era el vehículo para traer a la vivencia los recuerdos y expresar las emociones; desde entonces nos han hablado del por qué el hombre no cambia, cómo es que permanece constante en el tiempo, cómo el ser humano se desadapta, se enferma, crea síntomas y adquiere conductas indeseables para sí o para los demás (Riveros, 2000; Alemany, 2007).

Gendlin (1966/1997) influido por el existencialismo y habida cuenta de la influencia de este en la psicoterapia existencial y por sus trabajos realizados junto a Rogers, propone una nueva visión de la psicoterapia formulando la terapia experiencial, en la que se establece una relación viva de dos seres humanos.

La psicoterapia experiencial trabaja con lo más concreto en la persona; es decir con la experiencia actual, no solo con emociones, palabras o movimientos musculares, sino con un sentimiento directo referido desde la complejidad de las situaciones y sus dificultades (Gendlin, 1973/1997).

Alemaný (2011) expresó que la terapia experiencial describe cómo usar de forma más efectiva una teoría sobre la interacción psicoterapéutica con clientes o pacientes. En este sentido, “la terapia experiencial es una meta-teoría, más que una teoría entre las muchas que ordenan la información de la personalidad humana. Una descripción simplificada de este modo de practicar terapia es la siguiente: cualquier intervención o respuesta que hace el terapeuta es referida en términos de cambio concreto e inmediato efectuado sobre la sensación-sentida corporal presente del cliente en ese tema” (p.449).

Gendlin (1973/1997), describió cuatro conceptos básicos sobre su teoría experiencial:

*La existencia es pre conceptual, internamente diferenciable y sentida corporalmente.* La persona existe en su experiencia concreta, por lo tanto, la existencia se siente corporalmente y se puede sentir como una sola sensación que no puede determinarse lógica o conceptualmente.

*La persona es interacción.* Una persona es un momento específico es interacción-con; por eso la experiencia que sentimos es tan compleja, ya que lo que uno siente en cualquier momento es interaccional, es vivir en un universo infinito y en situaciones.

*La autenticidad es el proceso de llevar adelante el presente.* La persona existe en sus sensaciones corporales, vive el presente junto con su pasado y con el futuro que ha proyectado; cuando la persona simboliza su propia experiencia eso en sí mismo es una nueva experiencia, un llevar adelante la experiencia que al simbolizarse genera un cambio en ella.

*La experiencia es valorativa y orientada hacia un fin.* La experiencia tiene siempre una finalidad y dirección. La dirección está siempre implícito en la experiencia presente de la persona, por lo que en el proceso de psicoterapia sólo unos determinados pasos llevarán adelante la experiencia de modo concreto.

En este sentido, lo experiencial se basa en el experienciar corporal concretamente sentido, del hecho de estar vivo en la complejidad del mundo, por lo tanto, “no se trata de ideas sino de la sensación física de la complejidad, la inmediatez concreta, pre conceptual y matizable de la que uno habla cuando expresa sus propios problemas” (Gendlin, 1973/1997, p.162).

#### 4.2.4 El concepto de “*experiencing*”<sup>3</sup>

Alemaný (2007), refirió que para Gendlin la psicoterapia experiencial se forma a partir de la base del *experiencing* y de sus interacciones con los diversos símbolos, es decir, aporta una base experiencial y crea la teoría partiendo de la experiencia.

Para Gendlin (1961/2000), el *experiencing* es “un proceso sentido antes que pensado, conocido o verbalizado [...] y que ocurre en el presente inmediato, en el aquí y ahora del proceso terapéutico” (p. 163), es decir, describe un “proceso concreto, sentido corporalmente, el cual constituye la preocupación básica del fenómeno psicológico y de personalidad (Gendlin, 1964/2000, p. 81).

“El *experiencing* es así un funcionamiento implícito en el comportamiento diario [...] jamás un individuo piensa o siente en palabras lo que observa, lo hace mediante un funcionamiento implícito” (Riveros, 2000, p. 21).

Por lo tanto, el *experiencing* es “la interacción entre la Persona y su entorno, siendo un proceso corporal y pre-conceptual que se completa o se termina de significar sentidamente” (Riveros, 2000, p.13).

Este factor no es tan fácil de observar, ya que apunta a buscar en la experiencia subjetiva de la persona; sin embargo, la manera práctica de trabajar con el *experiencing* es a través de la *felt sense* [significado sentido] (Lara, 2013). Dicho de otro modo, el cuerpo vive la experiencia por medio de la sensación sentida.

Una de las características del *experiencing* es su funcionamiento en el significado implícito en la persona, pero ¿Cómo se crean los significados? Para Gendlin, estos se originan por la interacción que se da con el experimentar y con los símbolos que le permiten expresarse a este experimentar en la dirección adecuada (Alemany, 2007).

De acuerdo a Riveros (2000), “los símbolos son sucesos que significan contenidos personales del organismo, sucesos verbales y no verbales que interactúan con la función significante de éste” (p.18). Entre los símbolos más comunes encontramos: las palabras o frases, imágenes y símbolo de movimiento (Alemany, 2007).

---

<sup>3</sup> Para este estudio, se utilizará la denominación en inglés, ya que su traducción suele ser difícil al español. Además de que muchos autores de habla hispana mantienen en sus investigaciones esta denominación.

Gendlin y colaboradores, construyeron y desarrollaron una forma de operacionalizar el funcionamiento del *experiencing* en la persona, a través de un instrumento denominado Escala Experiencial (Klein, Mathieu, Gendlin y Kiesler, 1969/1997). Esta escala, se construye como medida de procesos y resultados del cambio terapéutico, por lo que propone un punto desde el cual concebir procesualmente el continuo psicológico del cliente. Escorza (2003), mencionó que los aspectos que marcan la diferencia entre un nivel y otro se relaciona con la implicación emocional del individuo en lo que expresa y sus posibilidades exploratorias respecto a su relato.

Los elementos que conforman a cada nivel de la escala experiencial puede resumirse de este modo (Klein, et al., 1969/1997):

#### *Nivel I*

La característica principal en este nivel es que el contenido o la forma de expresión resulta ser intrínsecamente impersonal, abstracto, general y superficial. El sujeto realiza un informe de acontecimientos o de ideas sin una referencia personal establecida, es decir, el contenido no es sobre la persona. El que comunica no asume sus actitudes, sentimientos o reacciones.

#### *Nivel II*

La asociación entre lo que comunica el sujeto y el contenido es explícita. El comunicante no está personalmente implicado en lo que relata; sin embargo, el sujeto especifica explícitamente que lo que narra es importante para él, por lo que, el contenido es una auto-descripción que puede percibirse superficial, abstracta, generalizada o intelectualizada.

#### *Nivel III*

El comunicante añade comentarios de sus sentimientos o experiencias privadas a la narración de la situación específica que vive, pero solo en términos externos o conductuales, refiriéndose a una descripción de aspectos circunscritos al estilo de vida del comunicante pero sólo en términos conductuales.

#### *Nivel IV*

La narración es una presentación clara de los sentimientos del que comunica, dando una perspectiva personal e interna de sentimientos acerca de sí mismo. El contenido de la narración es expresada desde un punto de vista completamente personal, de modo que lo que emerge es un cuadro detallado de la experiencia personal del sujeto sobre los eventos.

#### *Nivel V*

El contenido es una exploración de los sentimientos del comunicante. En esta exploración se dan dos componentes: por una parte, el comunicante debe plantear o definir un problema, la cual debe ser clara y puede incluir referencias a sentimientos o experiencia personal sobre la temática, y por otro lado, el comunicante debe explorar o trabajar con un problema de una forma personal. El comunicante en esta etapa se encuentra explorando o probando hipótesis acerca de su experienciación.

#### *Nivel VI*

El contenido expresado en la narración es una síntesis de sentimientos y experiencias bastantes accesibles, las cuales son reconocidas de forma nueva o realizadas más plenamente; el proceso de estructuración relaciona estos eventos sentidos actualmente con otros aspectos de la perspectiva personal del comunicante, en este sentido, los sentimientos involucrados deben ser presentados vívida, plena o concretamente por el comunicante para satisfacer el criterio de ese nivel.

#### *Nivel VII*

El contenido descrito revela la expansión del darse cuenta del comunicante en relación a sus presentes e inmediatos sentimientos y procesos internos, demostrando con claridad de que puede moverse de una referencia interna a otra, alternando y modificando sus concepciones de sí mismo, sus sentimientos, reacciones privadas o acciones.

Para Escorza (2003), esta escala se basa en la creencia de que el experimentar, no acontece aisladamente de cualquier otro suceso individual, sino que está dada en virtud de la existencia de múltiples sucesos simultáneos que son significativos para el individuo y que acontecen en un momento determinado. Además de que el experimentar implica todo un flujo orgánico al ser un proceso actual y concretamente vivenciado.

Gendlin (1964/2000), consideró que los contenidos son aspectos procesales, ya que cuando los significados implícitos y sentidos del *experiencing* se ponen en interacción con símbolos verbales se forma el “contenido”.

#### **4.2.5 Teoría de la personalidad y cambio de la personalidad**

“Las teorías tradicionales de personalidad [...] han puesto énfasis en que la personalidad es aquello que mantiene su carácter a pesar de las circunstancias” (Gendlin, 1964/2000, p. 64).

Para Gendlin (1973/1997) y Riveros (2013) la personalidad es física y psíquica, por lo tanto, el cuerpo y la psique conforma un sistema que se desarrolla en la interacción con otras personas. De esta forma, el cuerpo humano y el ambiente constituyen un camino seguro para una autopropulsión de la autenticidad.

En este sentido, Gendlin evidenciaba al *experiencing* como una variable que permite acceder a la propia experiencia y auto propulsarla, apuntando a los elementos implícitos que posibiliten una mayor apertura experiencial generando un cambio en el modo de experimentar.

Por lo tanto, en la medida en que el *experiencing* está funcionando implícitamente, el individuo puede responderse a sí mismo y con ello llevar adelante su propio experimentar. Esta interacción de los sentimientos del sujeto y su propia conducta sea ella simbólica o de hechos, la llamamos “sí mismo”, o más exactamente “proceso de sí mismo” o “autoproceso” (Gendlin, 1964/2000, p. 124), es decir, el experimentar implica un proceso actual y concretamente vivenciado en la persona que lo conforma como una totalidad.

Gendlin en el 2011 comentó a Lara (2013), que “el Sí mismo en marcha se encuentra ‘encarnado’; y que sus acciones son respuestas corporales y actos del discurso que emergen directamente desde el cuerpo” (p.69).

Y ya que la estructura y el contenido tienden a perpetuarse y a distorsionar la experiencia presente, sólo podemos explicar el cambio en la personalidad si “mostramos con exactitud el modo en que esta resistencia al cambio puede cambiar” (Gendlin, 1964/2000, p. 65).

Por lo que, el cambio de personalidad es una explicación de cómo nos ponemos en funcionamiento después de que nuestro modo de experimentar está detenido (Riveros, 2000).

Un aspecto importante en la teoría de la personalidad es que se centra en trabajar con aquello que implícitamente funciona, es decir, prioriza los aspectos funcionantes sobre aquellos que no lo son, observando al cambio como una necesidad permanente del ser humano sobre sus conflictos y proyectando a la persona hacia la autenticidad.

En resumen, “el cambio de personalidad se propone como aquella diferencia producida por las propias respuestas, en la medida que ponen en marcha el propio experiencing concreto, es decir, aquel proceso por el cual se ‘experiencia’ sentida y actualmente” (Lara, 2013, p. 73).

#### **4.2.6 El proceso del cambio terapéutico**

Alemany (2007) describió que “durante la década de los 70’s Gendlin se dedicó a crear una herramienta terapéutica que ayudara a los clientes a enfocar mejor en la terapia, y así alcanzar niveles más altos en la escala experiencial y por tanto les fuera más fácil el cambio terapéutico” (p. 33).

Gendlin y Zimring (1955), evidenciaron que los pacientes que presentaban mayor grado de avance terapéutico tenían una forma de acceder y expresar su experiencia diferente a aquellos pacientes cuyo cambio terapéutico es más lento, independientemente de los contenidos tratados en la terapia.

Una variable importante de cambio es la comprensión empática, la cual tiene como función primordial facilitar el proceso de autoexploración y autocompasión del cliente, por lo tanto se requerirá de un terapeuta que no sólo comprenda la situación del cliente y la refleje en forma clara, sino que también resuene afectivamente con ello (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1996).

En este sentido, Gendlin (1961/2000) expresó que “existen dos modos de concebir el cambio terapéutico. Este fenómeno puede verse como un resultado, como una consecuencia de una determinada acción terapéutica. Y el otro modo, es concebirlo como



un proceso, un estado de movimiento vital el cual se entra o en el cual se comienza en el transcurso de la vida del individuo” (p. 162).

Para esto, Gendlin plantea que el cambio presenta dos elementos importantes: el primero relacionado con el compromiso afectivo-emocional; es decir, al contactar con la sensación sentida de forma consciente, y la segunda con la relación interpersonal en marcha en el proceso terapéutico (Lara, 2013).

Más adelante, este autor explicó que “cuando se mira el cambio como proceso se comienza a enfatizar estas observaciones procesales v/s los contenidos, desarrollando interacciones entre el lenguaje lógico y la experiencia de vida manifestada en la propia corporalidad” (Lara, 2013, p.44).

Por lo que, “el éxito terapéutico depende de la relación que se establezca con el propio proceso de experimentar; solamente mediante la referencia constante al sentimiento sentido [...] se puede lograr el auténtico cambio terapéutico” (Collyer y Cayo, 1978, p. 133). Esto implica trabajar directamente con el *experiencing* y buscar los pasos que permitan llevar adelante<sup>4</sup> el proceso.

Para Riveros (2000), la teoría del cambio “permite ver al ser humano en su dimensión existencial que le caracteriza, el cambio como una necesidad permanente ante el conflicto el drama humano, ante aquella situación en que somos sujeto y objeto de nuestro singular modo de ser” (p.57).

En este sentido, en la historia de la psicoterapia surge por primera vez una visión que no sólo hace posible comprender el cambio como consecuencia de descubrir la propia autenticidad, sino que sostiene que ésta no puede acontecer ni abrirse sin que esté presente el lenguaje de la empatía (Riveros, 2013).

Siguiendo esta reflexión, Gendlin desarrolla una herramienta denominada focusing, como un modo de acceder al *experiencing* y explorar el subproceso de acercamiento a los significados implícitos presentes en la persona, con la finalidad de que emerjan significados novedosos y produzcan un llevar adelante en la experiencia. Esta herramienta se revisará en el siguiente apartado.

---

<sup>4</sup> El llevar adelante es un proceso que indica poner en marcha algo, cuando el significado implícito interactúa con los símbolos o sucesos simbólicos y que dan lugar a la terminación simbólica, traducida en el funcionamiento del proceso del *experiencing* (Riveros, 2000).

#### 4.2.7 Focusing

El focusing es un método y una técnica que puede definirse como “el proceso total que sobreviene cuando el individuo se dirige al referente directo del experimentar” (Gendlin, 1964/2000, p.89).

Esto brinda información de tal manera que el cuerpo siente una singular inquietud frente a un problema determinado. Esta sensación corporal compleja y poco definida se le denomina sensación sentida, la cual puede simbolizarse en palabras o imágenes que resuenan con dicha sensación (Lara, 2013).

Se distinguen cuatro fases sobre el proceso del focusing las cuales son (Gendlin, 1964/2000; Riveros, 2000):

##### *Referente directo*

Es el sentimiento definido pero conceptualmente vago, sentido con frescura y actualidad en el organismo y que es referida directamente por la persona. Cuando el cliente procede a contar algo que es conceptualmente impreciso, él siente corporalmente una cantidad inmensa de sensaciones y significados que le permiten aproximarse al referente directo del *experiencing*. Por lo tanto, es importante que la persona simbolice algunos aspectos del significado sentido sobre el tema, situación, conducta o aspecto de su personalidad. El referente directo del individuo puede llevar adelante el proceso de sentir, el cual es experimentado con una tensión corporal relevante.

##### *La develación*

Proceso de conocer explícitamente en qué consiste el referente directo, por un lado, hay un proceso gradual mediante la aproximación simbólica de interacción empática entre el cliente y el terapeuta; y por otro la develación del referente directo implica un reconocimiento emocional de asombro profundo de sus propios sentimientos que produce un cambio a nivel del sentimiento global.

##### *Aplicación global*

Proceso autopropulsado que le permite a la persona llegar a relacionar aspectos de sí mismo y a explicar muchas facetas de la propia personalidad, en esta etapa el individuo está invadido por muchas asociaciones, recuerdos, situaciones o circunstancias relacionadas al referente sentido, por lo que es una integración emocional y sentida corporalmente.

### *Movimiento del referente*

En esta etapa la persona siente experiencialmente una nueva cualidad del referente directo, este movimiento es profunda e intensamente sentido, se percibe como bueno y bienvenido. En este sentido, es un cambio en el significado sentido que afecta a la simbolización.

#### **4.2.8 El Focusing como herramienta terapéutica**

El Focusing como técnica fue desarrollado por Gendlin con la finalidad de “permitir al cliente acceder al proceso implícito de su experiencia, permitiéndole tomar contacto directo con ella. En este sentido, es una técnica de carácter organísmico, que utiliza el cuerpo en tanto entidad física y sensible, como también los significados de las diversas experiencias arraigadas en él” (Escorza, 2003).

Gendlin (1996/1999a), la describió como “una técnica tentativa en el sentido de que el terapeuta tiene que probar diferentes sugerencias para que el cliente pueda tratar de hacer una de ellas, sentirla internamente, ver qué es lo que surge en respuesta y hablar de ello” (p.163).

En este sentido, lo primordial es sentir y simbolizar la experiencia en curso, en un contexto de inmediatez, solo a través de las sensaciones vivenciadas en el presente es posible acceder a niveles cada vez más profundos de significados, pudiendo entonces develar aspectos nucleares de ciertas temáticas (Escorza, 2003).

Gendlin (1969/1997; 1983; 1996/1999b) describió que la técnica del focusing se operacionaliza en seis pasos o movimientos. Estos son:

##### **Despejar un espacio**

Es el paso introductorio del focalizar. Primero se prepara el cuerpo mediante la relajación, posteriormente se invita a crear un espacio imaginativo y simbólico para cada problema que invade el cuerpo en el aquí y ahora de la persona, esto se hace a través del silencio y la escucha de la sensación corporal que emerge, acercándose sin adentrarse directamente en ella. Finalmente, es importante que la persona elija alguno de los problemas o tensiones para empezar a ver cómo es sentido.

### **Formar la sensación sentida**

La persona registra corporalmente lo que siente en su organismo. La sensación sentida es algo fisiológico y sensorial, pero también contiene un significado implícito que aún no se ha abierto. Esta sensación sentida tiene que ver con la totalidad de la situación e implica contactarse con la ambigüedad presente.

### **Conseguir un asidero**

En este momento, se invita a la persona a encontrar una palabra, frase o imagen (símbolo) que delimite, nombre y capte con exactitud la cualidad de esa sensación sentida. Al encontrar el verdadero asidero, al cliente le produce un simple cambio corporal pequeño que genera un cierto alivio, aun cuando lo que se ha evidenciado no haga parecer al problema como algo mejor.

### **Resonar con el asidero**

En este paso es necesario que la persona vuelva a la sensación sentida y revise si el símbolo realmente se ajusta. Es posible que ocurran cambios a nivel corporal en este ir y venir del segundo y el tercer paso para lograr un buen ajuste.

### **Preguntar**

Este movimiento consiste en preguntar directamente a la sensación sentida lo qué es y profundizar en la búsqueda del mejor significado implícito. El cambio interior corporal puede ser misterioso en sus efectos. Algunas preguntas que pueden utilizarse son:

- ¿Qué es tan \_\_\_\_\_ de la globalidad de esto?
- ¿Qué hay realmente en este \_\_\_\_\_?
- ¿Qué es lo peor, lo más \_\_\_\_\_ de todo esto?
- ¿Qué necesitaría para estar bien?

(En el espacio en blanco se coloca el símbolo que sirve de asidero).

### **Recibir**

La persona acoge cualquier suceso que se manifieste de la sensación sentida, dando la bienvenida a lo que ha venido; otorgándole el espacio que necesita, sin enjuiciar o rechazarla por muy extraño que esta puede parecer. En esta fase del proceso, se recapitula brevemente lo que aconteció en la sesión.

El movimiento generado en su totalidad desde el focusing, se ve reflejado con el cambio terapéutico descrito por Gendlin. Este proceso de cambio implica significados implícitos que entrañan ahora sensaciones que son vivenciadas como sucesos más completos y que se despliegan desde la existencia de la persona, teniendo una incidencia directa en el experimentar (Escorza, 2003).

### **4.3 Psicoterapia experiencial, focusing y cáncer**

La enfermedad oncológica por su incidencia, prevalencia, características de gravedad, tratamientos y por el significado cultural que se mantiene sobre esta, puede ser conceptualizada como un acontecimiento traumático que impacta en la vida de las personas que la padecen, generando intentos de elaboración que se traducirán en pensamientos, emociones y acciones en relación a esta crisis (Vidal y Benito, 2006).

En este sentido, la psicoterapia experiencial puede ser apropiado para las personas con cáncer, ya que permite acceder y explorar la experiencia sentida corporalmente. Generalmente la persona con esta enfermedad, tiene sensaciones corporales muy fuertes y su atención está centrada en la enfermedad y sus implicaciones (Rosario y Almanza, 2011).

#### **4.3.1 Investigaciones sobre focusing y cáncer**

Se han realizado diversos estudios desde la psicoterapia experiencial en el acompañamiento a pacientes con cáncer, observándose que el focusing es una herramienta útil para los pacientes, estableciendo que el primer paso del focusing “despejar un espacio” es importante para que el individuo tome contacto con su sensación sentida (Grindler Katonah y Flaxman, 1999; Summerville, 1999; Klagsbrun, 2007; Klagsbrun y Lennox 2012).

En este contexto, Olsen (1999) describió que los pacientes oncológicos al recibir el diagnóstico se angustian severamente y comienzan a relacionarse consigo mismos como si todo su ser estuviese enfermo, centrándose en el dolor, el miedo, los síntomas, los procedimientos del tratamiento, etcétera; además, destacó que cuando la enfermedad es potencialmente mortal todo lo anterior se vive en el cuerpo con mayor intensidad y los

pensamientos se centran en la supervivencia, en vez de resolver los problemas que llevaron a esta sensación de estrés.

Este mismo trabajo la autora explica que el proceso de focusing puede tener un efecto sanador que les ayuda a encontrar el sentido que viene cuando, desde lo intenso de su estado emocional, el proceso logra avanzar. Por lo que, cambia la mirada del problema, y lo que era una emoción intolerable y bloqueadora se tornará en un significado que les ayuda a aliviar el miedo y la tensión corporal.

Por su parte, Summerville (1999), relató su experiencia clínica en la utilización del focusing en pacientes con cáncer. Describió que esta herramienta es un medio significativo en la profundización del trabajo terapéutico, ya que apunta al crecimiento y desarrollo del poder de la persona. Destacó que el trabajo con focusing, capacita a los clínicos y pacientes a tomar conciencia de su propia experiencia. La autora considera que con el focusing los terapeutas cambian sus actitudes básicas frente al paciente, observándolo como el director de su propio proceso. Además, señala que el trabajar con pacientes que experimentan sentimientos intensos de tristeza, miedo o rabia al enfrentar su enfermedad y/o muerte, puede derivar en un agotamiento para el profesional, esto si el terapeuta con frecuencia asume la responsabilidad del paciente.

También Grindler Katonah y Flaxman (1999) describieron al focusing como una herramienta psicológica útil en el tratamiento de pacientes con cáncer. Las investigadoras midieron el impacto del focusing en la depresión, las actitudes corporales y el nivel de actividad física en 12 pacientes que tuvieron cáncer en los últimos cinco años, divididos en dos grupos (experimental y de control). De estos pacientes 8 fueron diagnosticadas con cáncer de mama. Las autoras desarrollaron el protocolo de entrenamiento descrito por Gendlin para enseñar el proceso de focusing, priorizando el paso “despejar un espacio”.. Los resultados mostraron una disminución significativa en relación a la depresión y una mejora sobre las actitudes corporales en el grupo experimental. A los seis meses de seguimiento las puntuaciones del grupo experimental no presentaron cambios significativos, lo que sugieren que las personas mantuvieron los cambios logrados con la intervención del focusing.

### **4.3.2 Investigaciones sobre focusing y cáncer de mama**

Se han encontrado resultados similares sobre el uso de focusing y mujeres con cáncer de mama. Entre estos destaca el presentado por Klagsbrun (2007), quien describió su experiencia profesional en un estudio de caso, una mujer de 35 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama que había hecho metástasis en la columna vertebral y que presentaba mucho dolor; además de que expresaba sensaciones de molestia, impaciencia y miedo a que el cáncer no entrara en remisión. Klagsbrun enfatizó y concluyó que “despejar un espacio” en el desarrollo del focusing es importante, ya que esto permite a la persona contactarse profundamente con lo que reside en el cuerpo y consultar a su sensación sentida, otorgando a la persona puntos de referencia y por lo tanto, la persona con cáncer de mama se sentirá más anclada en la elección de una decisión, disminuyendo el impacto negativo permanente de miedo por los tratamientos.

En otra investigación desarrollada por Klagsbrun, Lenon y Summer (2010), sobre el uso de focusing en un estudio piloto a 17 sobrevivientes de cáncer de mama, en donde, se efectuaron sesiones de manera personal y por teléfono, encontraron que no hubo diferencias significativas entre ambas intervenciones, dejando en evidencia que el focusing es una herramienta útil en la reducción somática corporal, aumentando la auto-regulación emocional y generando claridad mental en las mujeres.

A partir de estas investigaciones, queda claro que el uso de focusing en mujeres con cáncer de mama, sea en un contexto terapéutico o no, brinda beneficios a nivel experiencial, lo anterior, porque genera espacios para que la sensación sentida despliegue el significado sentido implícito, abriendo un proceso de simbolización que permite un efecto experiencial sobre el cáncer y sus implicancias, generando así un cambio sentido.

## Metodología

### 5.1 Tipo de estudio y diseño metodológico

Este estudio consideró una metodología mixta con aspectos cuantitativos (para evaluar los resultados de la psicoterapia) y cualitativos (para evaluar aspectos del proceso y describir el cambio desde la psicoterapia experiencial).

Para evaluar los resultados de la terapia, se utilizó el diseño experimental de caso único A-B-C con análisis de series temporales (Borckardt et al., 2008; Jones, Ghannam, Nigg y Dyer 1993; Smith, 2012). Esta metodología implicó seleccionar tres problemas o síntomas centrales a trabajar con la cliente, los cuales fueron evaluados diariamente desde la sesión 0 hasta dos semanas posteriores a la sesión final.

El proceso terapéutico se realizó con un enfoque experiencial en una cliente con diagnóstico y tratamiento en cáncer de mama. Se realizaron 12 sesiones, cuya duración y frecuencia fue de 60 minutos, semanalmente. Cada sesión fue grabada en audio y vídeo previo consentimiento informado.

A partir de lo anterior, se resume en qué consisten las fases del diseño experimental de caso único A-B-C con análisis de series temporales:

**Fase A (Pre-Terapia):** Etapa inicial en la que se estableció una línea base de 2 semanas. Se seleccionaron 3 problemas en conjunto con la cliente y fueron evaluadas en cada etapa del proceso terapéutico, lo que fue equivalente al “grupo control” en un diseño experimental tradicional.

**Fase B (Terapia):** Proceso terapéutico de orientación experiencial, consistió en 12 sesiones de 60 minutos durante aproximadamente 3 meses.

**Fase C (Post-Terapia):** Etapa que duró 2 semanas posteriores a la “sesión final”. Esta etapa incluye una entrevista de seguimiento a los 3 meses de la última sesión.

Para evaluar la efectividad del proceso terapéutico, se realizó un análisis cualitativo del Target Complaints empleando el método de *Simulation Modeling Analysis*. Adicionalmente, fueron observadas tres sesiones (No. 1, No. 6 y No. 12) para puntuar el nivel experiencial de la cliente en esas sesiones, a través de la escala experiencial. Esta evaluación, fue realizada por dos jueces externos con formación en psicoterapia experiencial. Para fines de esta investigación, se tomó como referencia la escala



experiencial de Gendlin descrita en su versión extensa, en la traducción de Alemany (1997), capítulo La Escala Experiencial del libro: Psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de E.T. Gendlin.

En relación al proceso de cambio terapéutico, se analizó cuantitativamente los datos recogidos con los instrumentos aplicados durante el proceso de terapia. De igual forma, se relacionó los resultados con la descripción narrativa del proceso por parte de la terapeuta.

Para describir y comparar aspectos de la actitud y disposición de la cliente, de la interacción terapéutica, y de las técnicas específicas usadas en la psicoterapia por la terapeuta, se realizó un análisis de contenido cualitativo basado en la observación no participante (Flick, 2004). Para esto jueces externos al proyecto evaluaron dos sesiones “productivas”, “no productivas” y “neutras”, utilizando una pauta de observación que se construyó para este fin (ver anexo 1).

## **5.2 Participantes**

Las participantes de este estudio fueron un terapeuta y un cliente. Se desarrolló un proceso terapéutico de enfoque experiencial por aproximadamente 3 meses.

### **Proceso de reclutamiento de la cliente**

Se realizó una publicación en diversos grupos de redes sociales cuyo nombre estuviera relacionado al cáncer de mama en la Región Metropolitana, a través de estos grupos se invitó a las mujeres a participar en un proceso de psicoterapia de orientación experiencial; en donde, se explicó el propósito general del proyecto y en qué consistiría su participación.

A partir de esto, la participante se contactó con la terapeuta por vía telefónica para agendar una reunión, en donde se abordó el procedimiento del proyecto y se aclararon dudas. Previo a la reunión, la participante recibió por correo electrónico la carta introductoria y el consentimiento informado para su lectura (ver anexo 2 y 3).

Para esto, se establecieron los siguientes criterios para la cliente y terapeuta:

#### **Criterios de inclusión (Cliente)**

- Mujer con cáncer de mama en tratamiento.
- Edad entre 35 y 69 años.
- Residente en la Región Metropolitana.
- Aceptar que las sesiones sean registradas en audio y vídeo.
- Disponer de tiempo para responder los instrumentos.

#### **Criterios de exclusión (Cliente)**

- Presentar síntomas psicóticos o paranoides
- Presentar un problema que requiera atención urgente
- Haber comenzado otra terapia (farmacológica o alternativa) al mismo tiempo que el proceso psicoterapéutico por los mismos problemas.

#### **Criterios de inclusión (Terapeuta)**

- Tener supervisión clínica con un profesional en terapia experiencial durante el proceso psicoterapéutico.
- Dedicar tiempo a responder cuestionarios.
- Aceptar que las sesiones sean registradas en audio y vídeo.

### **5.3 Instrumentos**

Se aplicó una batería de instrumentos en cada una de las etapas (Pre-Terapia, Terapia y Post-Terapia) a la cliente. De igual forma, tres instrumentos fueron completados por la terapeuta con base en las sesiones con la cliente.

**1.-PATHEV:** Test de auto-reporte que consta de 11 preguntas divididas en 3 subescalas (esperanza de mejorar, miedo a cambiar y adecuación), en donde el cliente evalúa las expectativas y motivación de la psicoterapia (Schulte, 2008). Se aplicó en la sesión 0 (ver anexo 4).

**2.-BEQ:** Test de auto-reporte integrado por 16 ítems, divididos en 3 subescalas (emocionalidad negativa, emocionalidad positiva e intensidad del impulso), que evalúan la conexión y expresividad emocional del cliente (Gross y John, 1997). Se aplicó en la sesión 0, la evaluación estuvo a cargo de la cliente (ver anexo 5).

**3.-BDI-1:** Instrumento de auto-reporte integrado por 21 ítems que evalúan sintomatología depresiva del cliente (Beck, 1978). Se aplicó en la sesión 0, en la sesión final y en la de seguimiento, dicha evaluación la realizó la cliente (ver anexo 6).

**4.-Hamilton-Ansiedad:** Entrevista clínica estructurada integrada por 14 ítems, divididos en subescala de ansiedad somática y psíquica de la paciente (Hamilton, 1959). La entrevista estuvo a cargo de la terapeuta y se aplicó en la sesión 0, final y de seguimiento (ver anexo 7).

**5.-Outcome Questionnaire (OQ-45.2)<sup>5</sup>:** Test de auto-reporte de 45 ítems, divididos en 3 subescalas (síntomas o malestar subjetivo, relaciones interpersonales y rol social-laboral) que evalúan el nivel de bienestar general de la cliente (Lamber et al., 1996). Se aplicó en la sesión 0, antes de cada sesión de terapia, en la sesión final y en la de seguimiento, la evaluación fue realizada por la cliente (ver anexo 8).

**6.-Target Complaints:** Instrumento en el que el cliente y terapeuta co-construyen 3 problemas específicos e idiosincráticos que serán el foco de la terapia (Battle, Imber, Hoehn, Stone, Nash y Frank, 1966). Se elaborará en la sesión 0. Posteriormente, el cliente evaluó diariamente cada problema planteado dicho proceso continuó 2 semanas después de última sesión de terapia (ver anexo 9).

**7.-SEQ:** Instrumento de auto-reporte integrada por 11 ítems, divididas en 2 subescalas (profundidad y comodidad) más 1 ítem en donde el cliente evalúa globalmente la sesión (Stiles, Gordon y Lani, 2002). La cliente contestó el instrumento al finalizar cada sesión (ver anexo 10).

---

<sup>5</sup> Versión adaptada a Chile por de la Parra, G., Von Bergen, A., y del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 201-209.

**8.-Ficha Clínica Experiencial<sup>6</sup>:** Formulario en donde el terapeuta describe la evaluación de la sesión y de los eventos importantes de ésta (ver anexo 11).

**9.- CSEP-II Formulario de Evaluación de Sesiones:** Formulario de auto-reporte, en donde el terapeuta describe y evalúa la sesión, incluye los siguientes tópicos: notas del proceso, evaluación general de la sesión, modos de expresión del cliente y adherencia a los principios básicos de la terapia experiencial (Elliot, 2002). Se completó al finalizar la sesión (ver anexo 12).

**10.- Escala Experiencial:** Instrumento que evalúa el grado de contacto que la persona mantiene con su experiencin, expresada a partir de su comunicación verbal y no verbal. La escala está compuesta por siete niveles, en donde el nivel 1, es el más bajo y la forma de expresión resulta ser impersonal, abstracto, general o superficial, hasta el nivel 7, en la que el comunicante, muestra que puede moverse de una referencia interna a otra, y que es capaz de integrarlas dentro de su marco de referencia existencial, esta evaluación estuvo a cargo de jueces externos al proyecto (Klein et al., 1969) (ver anexo 13).

**11.-Inventario de Alianza Terapéutica (IAT) – Versión breve:** Cuestionario de auto-reporte integrado por 12 ítem divididos en 3 subescalas (acuerdo en las tareas terapéuticas, acuerdo en los objetivos terapéuticos y calidad del vínculo), que evalúan la percepción del cliente sobre la alianza terapéutica (Munder, Wilmers, Leonhart, Linster y Barth, 2010). Se aplicó al finalizar la sesión 1 y posteriormente cada 4 sesiones hasta finalizar el proceso, la evaluación fue realizada por la cliente (ver anexo 14).

**12.-Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI 6.0):** Entrevista clínica estructurada que contiene distintos módulos para evaluar la presencia de algún trastorno psiquiátrico en la cliente (Sheehan et al., 2010). La evaluación estuvo a cargo de la terapeuta y se aplicó en la sesión 0 (ver anexo 15).

---

<sup>6</sup> Esta ficha fue confeccionada por la psicóloga Blanca Ortiz de Zúñiga y colaboradores, para fines de investigación y presentación de pacientes (Dufey, 2014).

## 5.4 Contexto terapéutico

El proceso de terapia se desarrolló en el domicilio de la cliente; ya que la participante presenta movilidad reducida. Por lo tanto, se acudió previamente al domicilio de la participante con la finalidad de determinar las condiciones pertinentes para realizar la terapia. Adicionalmente, se abordó la importancia de respetar la privacidad e intimidad del espacio terapéutico para evitar interrupciones de terceros en las sesiones.

## 5.5 Procedimiento

Una vez establecida la participación de la cliente al proyecto, se agendó la sesión 0. En esta sesión, se leyó la carta introductoria y se firmó la carta de consentimiento informado.

A continuación se describe en que consistió cada una de las etapas del estudio:

**Fase A (Pre-Terapia):** En la “sesión 0”, la cliente y terapeuta co-construyeron 3 problemas específicos que fueron el foco de la psicoterapia para lo cual se utilizó el Target Complaints y cuya finalidad fue la de establecer una línea base; esta etapa duró 2 semanas antes del comienzo de la terapia y permitió conocer el estado de la cliente en relación a los problemas seleccionados sin la intervención. Esto fue equivalente al “grupo control” en un diseño experimental tradicional. En esta etapa, se aplicaron los siguientes instrumentos: M.I.N.I, Escala de Ansiedad de Hamilton, BEQ, OQ-45.2, PATHEV y el Target Complaints.

**Fase B (Terapia):** Proceso psicoterapéutico de orientación experiencial, la cual consistió en 12 sesiones de 60 minutos aproximadamente, llevándose a cabo durante aproximadamente 3 meses.

En esta etapa se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Diariamente: Formulario Target Complaints (Enviado por correo electrónico a la terapeuta cada semana).
- Antes de cada sesión: OQ-45.2.
- Después de cada sesión: SEQ (Cliente); CSEP-II y Ficha Clínica Experiencial (Terapeuta).
- Cada 4 sesiones: IAT (Aplicado en las sesiones, No.1, No.5 y No.9)

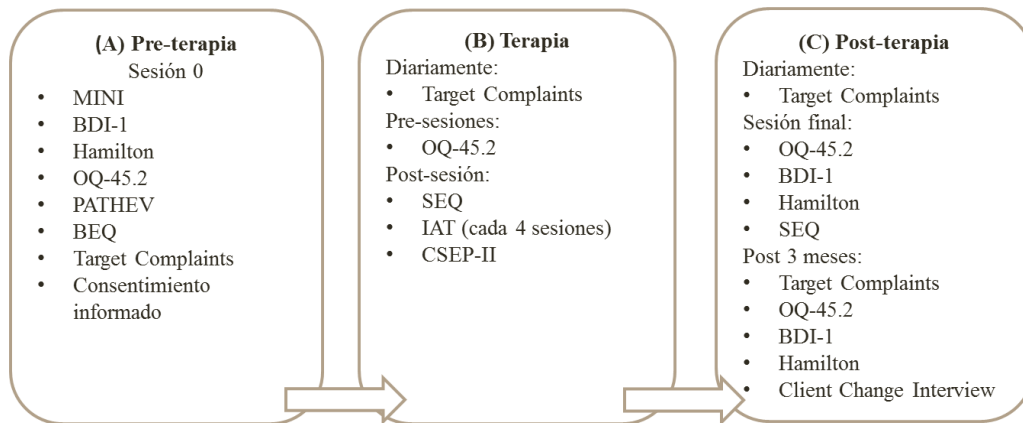
- Sesión final del proceso terapéutico: OQ-45.2, SEQ, BDI-I y Escala de Ansiedad de Hamilton.

Las sesiones fueron grabadas en audio y video. A cada audio y video se le asignó un código numérico. Las grabaciones se realizaron tanto para el análisis del proceso como para la observación de los jueces externos.

**Fase C (Post-Terapia):** Se desarrolló inmediatamente después de la “sesión final”. Esta etapa duró 2 semanas. En este periodo la cliente continuó registrando los Target Complaints, las que hizo llegar a la terapeuta por correo electrónico semanalmente.

Además, se realizará una sesión de seguimiento a los tres meses de concluir la terapia. Esta sesión estará a cargo de otro terapeuta, en donde se aplicará el OQ-45.2, la Escala de Ansiedad de Hamilton, y el Client Change Interview. La cliente registrará dos semanas antes a esta sesión el Target Complaints, misma que entregará a el terapeuta en esa sesión. Es importante destacar que los resultados de la sesión de seguimiento, no estarán reflejados en esta tesis.

Diagrama 1. *Resumen de procedimiento por etapas*



## 5.6 Análisis de información

Se completó la base de datos cuantitativos de cada instrumento aplicado en las diferentes etapas del proyecto, para comparar y describir cómo la cliente empezó y finalizó el proceso terapéutico (Sesión 0 y Sesión final).

El análisis se llevó a cabo de acuerdo a los objetivos planteados en el proyecto:

**Objetivo 1:** Para evaluar la efectividad del proceso psicoterapéutico, se realizó la comparación del Target Complaints en la fase A (pre-terapia) con los puntajes obtenidos en este mismo instrumento en la fase B (terapia) y C (seguimiento). Para esto se empleó el método *Simulation Modeling Analysis* (Borckardt et al., 2008) para datos de series temporales (Smith, 2012). Adicionalmente, fueron observadas tres sesiones (No. 1, No. 6 y No. 12) para puntuar el nivel experiencial de la cliente. Esta evaluación, fue realizada por dos jueces externos con formación en psicoterapia experiencial. Para fines de esta investigación, se tomó como referencia la escala experiencial desarrollada por Gendlin y colaboradores (Klein, et al., 1969).

**Objetivo 2:** Para describir el proceso de cambio terapéutico, se analizaron los datos recogidos con los instrumentos BDI-1, Escala de Ansiedad de Hamilton, BEQ, OQ-45.2, SEQ, IAT, CSEP-II y la Ficha Clínica Experiencial. Se relacionaron estos resultados con la descripción narrativa del proceso expresado por la terapeuta.

**Objetivo 3:** Para describir y comparar las sesiones más o menos productivas del proceso terapéutico de las sesiones de impacto positivo, neutro y negativo, se ocupó el análisis de contenido cualitativo, basado en la observación no participante (Flick, 2004) Para esto, jueces externos evaluaron las sesiones seleccionadas utilizando una pauta de observación que se construyeron para este fin. Esta pauta se enfocó en cuatro aspectos principales: interacción terapéutica, factores de la cliente en la sesión, uso de técnicas terapéuticas específicas por parte de la terapeuta y aspecto extra-terapéuticos.

Para esto, se establecieron los siguientes criterios de inclusión para determinar las sesiones de impacto positivo, negativo o neutro:

- Promedio de los puntajes del Target Complaints de la semana siguiente a la sesión (si muestra una mejoría, disminución o mantención respecto de las dos semanas anteriores; análisis visual).
- El registro del CSEP-II, si el terapeuta evaluó la sesión como positiva, negativa o neutra.
- La presencia o ausencia de indicadores de cambio intra-sesión (Krause et al., 2007).

## **5.7 Aspectos éticos**

Antes de la sesión 0, la cliente fue informada acerca del diseño general y sus implicancias; adicionalmente, se entregó el consentimiento informado para su firma. Toda la información es confidencial, por lo que en ningún apartado de esta tesis se revelarán datos personales de la cliente. La identificación de la participante se realizó mediante el uso de código alfanumérico.

El beneficio directo de este proyecto, fue la activa participación e involucramiento de la cliente en su proceso de terapia. Es importante destacar que no se esperaron riesgos para la cliente; más que el costo en tiempo que implicó responder los cuestionarios.

Es importante mencionar que la investigadora de esta tesis desempeñó el papel de terapeuta en este caso.

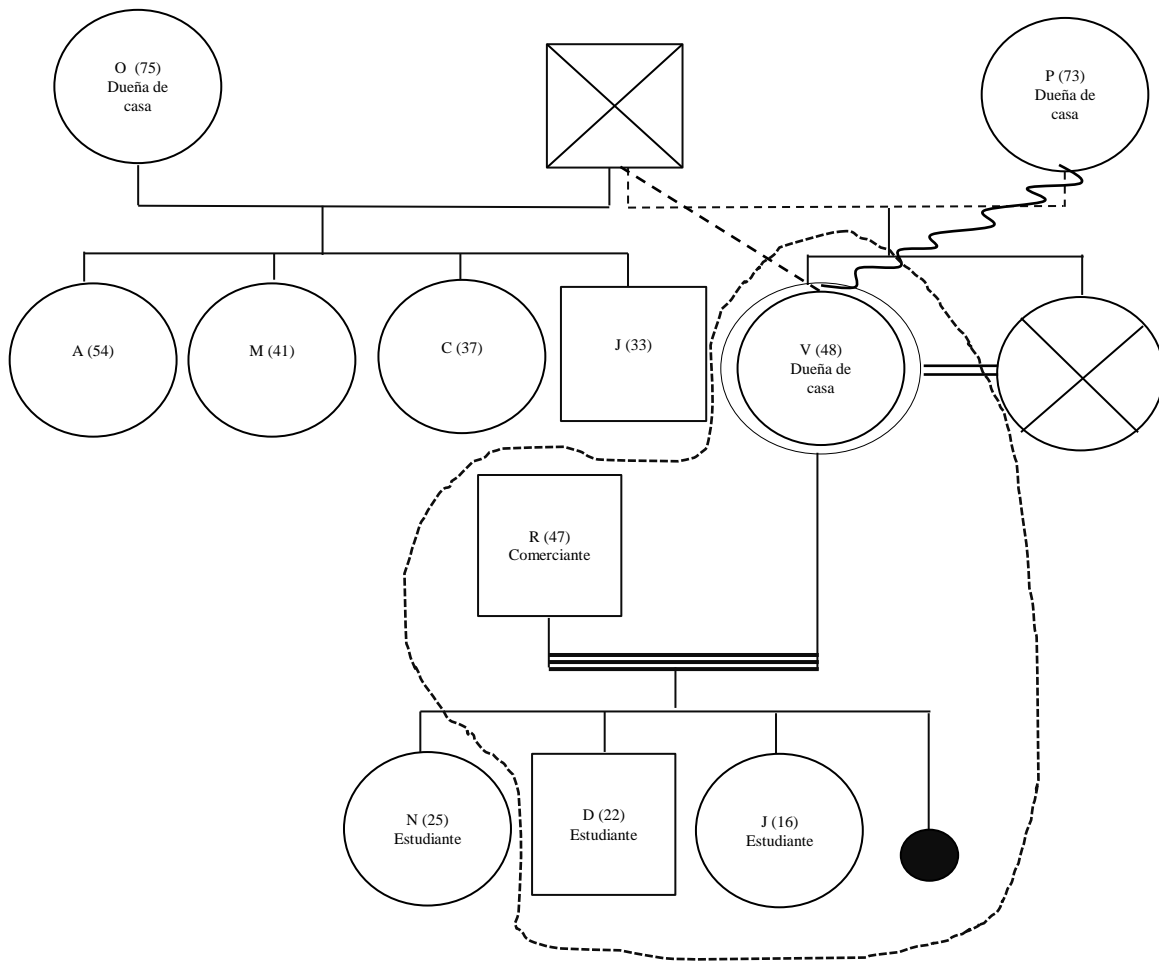


## Resultados

### 6.1 Contexto y presentación del caso<sup>7</sup>

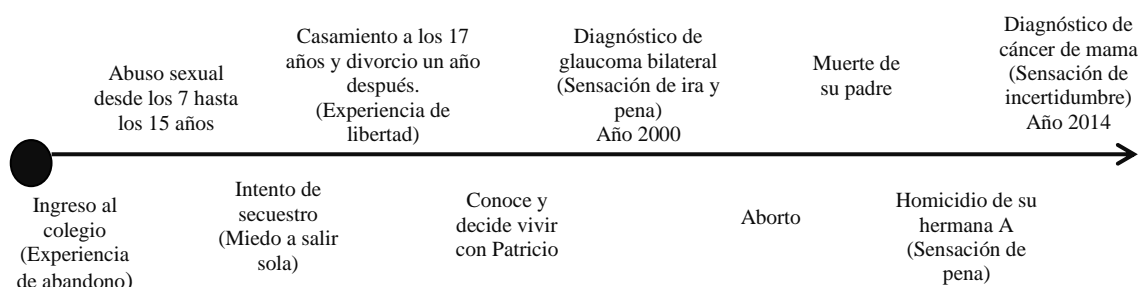
Con el propósito de lograr una mejor comprensión de los resultados, se estima pertinente presentar el caso que se analizará.

#### 6.1.1 Genograma



<sup>7</sup> Se recurrió al modelo propuesto por la psicóloga Blanca Ortiz de Zúñiga y colaboradores (Dufey, 2014).

## 6.1.2 Línea del tiempo



## 6.1.3 Descripción del motivo de consulta

La cliente, acude a terapia por iniciativa propia, sin presentar algún diagnóstico o tratamiento psicológico o psiquiátrico previo. El motivo de consulta se co-construyen en la sesión 0 utilizando el Target Complaint, en donde la cliente asignó un puntaje diariamente antes de comenzar la terapia. Las problemáticas a trabajar fueron: (1) Siento enojo por no estar bien físicamente; (2) Me siento triste por el cáncer y sus secuelas, y (3) Siento culpa por afectar a mi familia con mis enfermedades.

Referente a **“siento enojo por no estar bien físicamente”**, la cliente refirió que por el glaucoma bilateral que tiene desde hace 15 años, su movilidad ha sido afectada y reducida, por lo tanto, representa un malestar para la cliente por cuanto no puede desarrollar actividades cotidianas fácilmente y sin ayuda. El promedio que obtuvo en las dos primeras de semana de reporte pre-terapia fue de 8.3 puntos, representado un nivel “medio-alto” de incomodidad para la cliente.

En relación a **“me siento triste por el cáncer y sus secuelas”**; la cliente expresó que tras el diagnóstico de cáncer de mama, ha pasado por momentos muy complejos; además de que posterior al tratamiento (cirugía, quimioterapia y radioterapia), la cliente presenta osteoporosis, neuropatía y artrosis; lo que le genera dolores en el cuerpo y se vuelve una limitante para realizar actividades, aun cuando tiene tratamiento para estas enfermedades. Por otro lado, la cliente comentó que se encuentra en el periodo de la menopausia, lo que le genera bochornos frecuentes y sudoración excesiva, además de dificultades para dormir y descansar. El promedio obtenido en las dos semanas previas al inicio de la terapia fue de 7.5 puntos.

Finalmente, sobre la problemática “**siento culpa por afectar a mi familia con mis enfermedades**”, la cliente refirió sentirse responsable y culpable de ocasionarle a su esposo e hijos tristezas, ya que han tenido que acompañarla en las diferentes etapas de sus enfermedades (glaucoma y cáncer de mama). El promedio de esta problemática en los reportes de pre-terapia fue de 9.0, siendo un “alto” malestar en la cliente.

En esta sesión 0, se le observa en general con un estado de ánimo eufémico; aunque al establecer las problemáticas a trabajar en la terapia, se perciben emociones de tristeza y ansiedad.

#### **6.1.4 Expectativas sobre la terapia y síntomas al momento de consultar**

Referente a las expectativas, la cliente presentó disposición y una actitud positiva para iniciar la terapia, lo que se reflejó en los resultados obtenidos en el **PATHEV** el cual mostró un nivel alto en las subescalas “esperanza de mejorar” con 16 puntos y “adecuación” con 15 puntos; mientras que en la subescala “miedo de cambiar” reportó un puntaje bajo de 6 puntos.

En cuanto al contacto y la expresividad emocional, la cliente antes, durante y después de la aplicación de los instrumentos expresó su sentido del humor de manera frecuente a la terapeuta mostrándose cómoda en la sesión 0, esto se corrobora con lo obtenido a través del **BEQ** el cual mostró un nivel medio en la “emocionalidad negativa” e “intensidad del impulso” con 28 y 34 puntos respectivamente, y para la subescala “emocionalidad positiva” reportó un nivel alto registrando 28 puntos.

En relación a los síntomas presentes al momento de consultar se observaron los siguientes:

- a) Físicos: dolor muscular, articular, cefalea, distensión abdominal, estreñimiento, bochornos y dolor en el costado derecho del pecho (costillas).
- b) Afectivo/emocionales: dificultad para concentrarse, ansiedad, cansancio, sensación de debilidad y tristeza.
- c) Conductual-relacional: Dificultad para dormir, irritabilidad y problemas con su círculo cercano por el consumo de tabaco (hijos).

### **6.1.5 Áreas de funcionamiento**

#### **I. Antecedentes familiares**

La cliente refiere su familia de origen como un espacio de poco afecto e intimidad. Describe a sus padres como personas que les cuesta expresar cariño, manifiesta que se sintió abandonada por sus padres cuando era pequeña. La relación con su padre fue distante y la relación con su madre fue conflictiva hasta los 17 años, momento en el que decide irse de casa. Su padre falleció hace 10 años y su madre vive al sur de Chile.

Respecto a sus hermanos indica que no se relacionan frecuentemente, pero mantiene comunicación con ellos. Describe que tenía una relación muy cercana con su hermana A; sin embargo, tras su muerte la cliente expresa tener una sensación de pena constante al recordar esa experiencia.

En relación a su familia actual, la cliente tuvo una relación de convivencia con R por 14 años, posteriormente se casaron y llevan 14 años de matrimonio. Tienen tres hijos de 25, 22 y 16 años.

#### **II. Antecedentes académico-profesionales**

La paciente refiere ingresar a la edad de 6 años al cuarto básico, en donde obtiene excelentes notas; sin embargo, el quinto básico lo repite ambos años los cursa en Santiago. Posteriormente, se va a casa de su padre a los 9 años cursando en La Serena el sexto y séptimo básico. Finalmente, el octavo año básico lo cursa en Santiago aprobando con buenas notas.

Referente al nivel medio, se va casa de su padre en donde estudia el primero y segundo medio en Calama, aunque regresaría a Santiago a casa de su madre a repetir ese año finalizando el tercero y cuarto medio en Calama. La cliente refiere haber obtenido buenas notas en este periodo.

Se incorpora el mundo laboral a los 17 años como garzón, se desempeñó en varios oficios esporádicos hasta los 23 años momento en el cual es encargada de un emprendimiento de imprentas por 6 años. Finalmente, inicia un negocio familiar en su domicilio la cual tuvo que abandonar debido al glaucoma. Actualmente, su esposo es el encargado del negocio.

### **III. Antecedentes psicofísicos**

Dentro de los antecedentes de salud relevantes la cliente presenta un glaucoma bilateral desde hace 16 años, expresa estar en tratamiento oftalmológico desde entonces; sin embargo, la visión que presenta es reducida indicando que hay días en los que ve mejor que otros y expresando que no puede observar con detalle las cosas por lo que necesita de ayuda para desplazarse, además ocupa la configuración de accesibilidad en sus diferentes dispositivos (celular y computador).

Por otro lado, la cliente refiere que en febrero del 2014 se palpó un bulto en la mama izquierda, acudiendo al médico, quien envía a realizarle estudios (mamografía, ecografía mamaria, biopsia y resonancia magnética de mama) arrojando como diagnóstico cáncer de mama izquierda lobulillar invasor.

Posteriormente, le realizan una mastectomía parcial en junio del 2014; sin embargo, de acuerdo a los resultados de la biopsia se amplían márgenes, esta cirugía tuvo lugar en agosto de ese mismo año; adicionalmente comienza el tratamiento oral de tamoxifeno<sup>8</sup> el cual es suspendido al iniciar la quimioterapia y radioterapia para continuar nuevamente una vez terminada la radioterapia.

La cliente menciona haber recibido 8 ciclos de quimioterapia, la cual empezó el 27 de octubre del 2014 y terminó el 5 de mayo del 2015. De igual forma, acudió a 30 sesiones de radioterapia entre el 30 de junio y el 11 de agosto del 2015. Tras los tratamientos, se generan secuelas biológicas permanentes como osteoporosis, neuropatía periférica y artrosis que están siendo tratadas medicamente. En este momento la cliente ha acudido a dos controles con el médico oncólogo, la primera en noviembre del 2015 en donde le diagnosticaron una adenopatía en la ventana aortopulmonar, misma que quedo en observación para el segundo control al cual acudió en febrero del 2016 en donde le informaron que no hay presencia de tumores malignos en las mama ni indicios de metástasis, quedando sus controles médicos cada tres meses y con tratamiento oral.

---

<sup>8</sup> El tamoxifeno (TAM) es un anti estrógeno, cuyo uso más frecuente es el tratamiento adyuvante de prevención de recidiva para pacientes pre y post menopáusicas tratadas por cáncer de mama con receptores estrogénicos positivos, reduciendo entre un 45% y 50% el riesgo de recurrencia del cáncer de mama (Irrázaval, 2011).

En relación a los antecedentes psiquiátricos-psicológicos, la cliente menciona haber acudido a atención psicológica a los 16 años, refiere que el colegio la envió ya que presentaba un comportamiento rebelde y desordenado, acudió por cerca de 4 meses a terapia.

Posteriormente, a los 32 años el médico oftalmólogo le sugiere por el glaucoma acudir a terapia, la cliente se presentó solamente a las sesiones iniciales.

### **6.1.6 Diagnóstico**

#### **I. DSM-IV**

La cliente no cumple con los criterios para establecer algún trastorno; sin embargo, se observan síntomas depresivos y de ansiedad, los cuales se corroboran con los puntajes obtenidos en el BDI-I y Test de Ansiedad de Hamilton.

#### **II. Diagnóstico procesal**

La cliente muestra procesos de culpa por afectar a su familia, esto por las implicaciones que conlleva la enfermedad del glaucoma y el cáncer de mama. Para la cliente, la experiencia de ambas enfermedades ha generado sensaciones ambiguas (sensación de rabia, pena, incertidumbre, miedo, dependencia e inutilidad vs sensación de contención, cariño y apoyo), por un lado, los integrantes de la familia aparecen preocupados y dedicados a las necesidades de la cliente, pero al mismo tiempo experimenta que dicha dedicación cambia el modo de vida de su esposo e hijos, afectando el desarrollo de actividades personales de los integrantes de la familia.

Lo anterior, lleva a la cliente a sentirse dependiente totalmente de su familia no sólo para desplazarse sino para la tomar de decisiones cotidianas, lo que frecuentemente genera molestia y enojo consigo misma. También manifiesta dificultades para solicitar ayuda a otros y delegar responsabilidades, lo anterior porque siente que hace pocas cosas y se percibe como si fuera una “ameba”.

En este sentido, para la cliente es importante reconocer sus recursos personales para sentirse autosuficiente y productiva en su contexto familiar y social, dentro de las limitaciones físicas que presenta.

### **6.1.7 Resumen del proceso terapéutico**

Se realizaron 12 sesiones en aproximadamente tres meses, dentro del proceso terapéutico se observaron las siguientes etapas:

*1.- Planteamiento de objetivos terapéuticos:* Estas se definen entre la cuarta y quinta sesión. Se abordó sobre el sentido de los tres problemas planteados por la cliente al inicio del proceso de terapia, el cual fue facilitado por la sesión No. 4, en donde expresó había tenido malestares físicos presentes en esa semana. A partir de estas sesiones, se establecen los siguientes objetivos terapéuticos:

- Sentirse autosuficiente a pesar de los dolores físicos para ser más productiva y apoyar a su familia.
- Tomar contacto con las emociones a una distancia adecuada, que no se sienta invadida o ajena a ellos (objetivo de la terapeuta).

*2.- Construcción del vínculo terapéutico:* La cliente expresó iniciativa y disposición hacia la terapia, misma que se mantuvo a lo largo del proceso terapéutico. La terapeuta en las sesiones iniciales (No. 1 a la No. 4), mantiene una actitud de escucha y de presencia sintonizando empáticamente con la experiencia de la cliente, lo que permitió la construcción del vínculo terapéutico.

A lo largo de la terapia, la terapeuta facilitó la colaboración con la cliente para alcanzar los objetivos terapéuticos utilizando técnicas de acuerdo a lo que ocurría en sesión. Lo anterior, permitió que la cliente mostrará una mayor apertura hacia los temas más sensibles y complejos mostrando un contacto interpersonal de confianza hacia la terapeuta.

*3.- Temas trabajados:* Con base en los objetivos de la terapia, se acompañó a la cliente a auto explorar las sensaciones presentes en el cuerpo como una forma de acceder a su experiencia más actual y presente para generar significados novedosos sobre las problemáticas, a través de la técnica del focusing (sesión No. 8 y No. 10). Los temas trabajados fueron (1) la re significación de la experiencia del cáncer de mama, así como sus secuelas y malestares físicos, y (2) el miedo hacia la recidiva de la enfermedad (Síndrome de Damocles).

4.- *Momentos significativos del proceso de cambio:* Se observaron los siguientes momentos importantes dentro de la terapia.

Sesión No.4: Referente a lo expresado en sesión, se definen los objetivos terapéuticos orientadores del proceso terapéutico. Además, de observar a la cliente con mayor apertura y confianza hacia la terapeuta.

Sesión No.7: La cliente reconoce su dificultad para pedir ayuda y delegar responsabilidades a los demás. Por otro lado, identifica que ha tenido experiencias y sensaciones similares en su vida; sin embargo, mencionó sentirse diferente principalmente con lo relacionado al cáncer de mama.

Sesión No. 8: Aplicación de la técnica “recorriendo mi cuerpo”, en la cual cambia el foco de la técnica, facilitando acompañando y desarrollando los pasos del focusing. De esta forma, la cliente reconoció lo nuevo que le brindaba la sensación sentida en el cuerpo, y la terapeuta facilitó el empoderamiento de la cliente para contactarse con sus recursos e ir devolviendo y atendiendo los temas centrales de las problemáticas 1 y 2.

Sesión No. 10: Aplicación de la técnica del focusing, en donde la cliente obtiene un significado novedoso a partir de un dolor presente en la costilla derecha. Además de aplicar lo que surgió a otras problemáticas presentes en ese momento.

5.- *Técnicas ocupadas:* En la sesión No.8, se aplicó la técnica “recorriendo mi cuerpo” cuyo propósito era la de sensibilizar y acompañar a la cliente a contactarse con el cuerpo de forma guiada y directiva para en la siguiente sesión realizar la técnica del focusing; sin embargo, durante el ejercicio la cliente compartió tener una sensación física presente en área abdominal, la cual no podía describir cómo era pero que estaba presente en esa zona del cuerpo (sensación sentida), por lo tanto, se dejó de lado la técnica inicialmente propuesta.

A partir de este momento, se aplicaron los pasos del focusing, se acompañó a la clienta desde la sensación presente en el cuerpo con una actitud auto exploratoria e invitándola a sentir la globalidad de lo presente (formar la sensación sentida), dejando que surgiera desde la sensación palabras, imágenes o frases (asidero). De lo anterior, surgieron símbolos, los cuales posteriormente chequeó con la sensación sentida (resonar), una vez hecho esto, se le invitó a preguntar a ese asidero que necesitaba (preguntar) para estar y



sentirse de otra manera, finalmente se le acompañó a recibir y agradecer lo que haya venido o surgido a partir de este ejercicio.

Se considera que esta técnica fue favorable para la sesión y el proceso, ya que la cliente se permitió explorar la sensación corporal presente sintiéndose acompañada y sostenida durante el ejercicio.

En la sesión No.10 se invitó a la cliente a realizar “focusing”, ya que al inicio de la sesión había expresado una serie de situaciones vividas en la semana, además de que se observó la disposición para realizar el ejercicio. Este ejercicio permitió a la cliente reconocer lo nuevo y obtener un significado novedoso ante la sensación presente. Además de aplicar lo que surgió a otras problemáticas presentes en ese momento.

*6.- Evaluación y cierre del proceso de terapia:* Referente al cierre del proceso terapéutico, fue importante abordarlo a partir de la sesión No. 8 (aunque estaba explícita desde la sesión 0 y en el consentimiento informado), a partir de esta sesión surgieron diversos comentarios de cariño hacia la terapeuta en las últimas cuatro sesiones.

En la sesión final, se realizó la devolución por parte de la terapeuta de todo lo observado en el proceso reflejando y facilitando el autodesarrollo de la cliente; así como, empoderando e invitando a contactarse con sus recursos.

## **6.2 Efectividad (Resultados pre-post)**

La tabla 1, muestra los valores promedios obtenidos para cada problemática establecida al inicio de la terapia. Se encontraron diferencias significativas entre la etapa de pre-terapia y post-terapia; es decir, los puntajes del Target Complaints reportaron cambios para cada problema. Referente al problema No. 1, “siento enojo por no estar bien físicamente” se observa una disminución de 3.7 puntos, comenzando la terapia con un nivel de molestia moderado que disminuye al nivel de poco en la fase de post-terapia. Para el problema No. 2 “me siento triste por el cáncer y sus secuelas”, la cliente reportó una disminución de 2.7 puntos pasando de moderado a poco en el nivel de molestia. Finalmente, para la problemática No. 3 “siento culpa por afectar a mi familia con mis enfermedades”, se observa una reducción de 4.3 puntos entre ambas etapas disminuyendo de un nivel alto a poco entre estas, siendo la problemática con mayor decremento.

Tabla 1. Puntuaciones promedio del Target Complaints en las etapas de pre-terapia y post-terapia

Problemáticas Target Complaints diario	Pre-Terapia (Baseline)	Post-Terapia (Follow-up)	<i>r</i>	<i>p</i>
	<i>N=14</i>	<i>N=14</i>		
	Promedio	Promedio		
“Siento enojo por no estar bien físicamente”	8.46	4.71	-0.826	0.0296*
“Me siento triste por el cáncer y sus secuelas”	7.46	4.71	-0.748	0.0200*
“Siento culpa por afectar a mi familia con mis enfermedades”	9.15	4.78	-0.912	0,0126*

Nota: *r*= correlación de Pearson; \**p*< .05.

Asimismo, es posible observar en la tabla 1 que los test de significación estadística muestran que en las tres problemáticas hubo un cambio estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) al comparar los puntajes de la etapa de pre-terapia (dos semanas antes de la primera sesión), con los puntajes de la etapa de seguimiento (dos semanas posteriores a la última sesión).

Respecto a su bienestar general (ver tabla 2), en el OQ-45.2 reportó un puntaje inicial de 67 (inferior al punto de corte para la población chilena de 73 puntos); dando la impresión de encontrarse en un estado adecuado al inicio de la terapia. En la etapa final la cliente reportó un puntaje de 50; por lo que, se observó una disminución y un cambio igual al Índice de Cambio Confiable (ICC=17).

En relación a la sintomatología, la cliente reportó al inicio de la terapia 31 puntos en el Test de Hamilton presentando una ansiedad moderada, en el BDI-I el puntaje obtenido fue 16 puntos indicando una depresión leve; si bien, de acuerdo a la aplicación del MINI no se cumplieron los criterios para establecer algún trastorno, el instrumento mostró la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en la cliente, lo anterior es consistente con los puntajes observados en el Test de Hamilton y BDI-I. Esto cambia en la sesión final, ya que los puntajes observados para ambos instrumentos disminuyeron, la cliente concluyó la terapia reportando en el Test de Hamilton 14 puntos equivalente a la presencia de ansiedad leve y en el BDI-I 8 puntos indicando presencia de una depresión mínima. Esta

disminución podría explicarse por la situación de reposo y descanso de visitas al hospital que presenta actualmente la cliente.

Tabla 2. *Puntajes de los instrumentos aplicados en las etapas de pre-terapia y post-terapia*

Instrumento	Variable	Área	Puntajes	
			Sesión 0	Sesión final
Test de Ansiedad Hamilton	Síntomas	Somática	16	6
		Psicológica	15	8
		Total	31	14
BDI-I		Depresivos	16	8
OQ-45.2	Bienestar general	Síntomas	43	35
		Interpersonal	11	7
		Rol social	13	8
		Total	67	50

A nivel cualitativo, la terapia mostró cambios en el modo de experimentar de la cliente, ya que inicialmente presentó características del nivel II de la escala experiencial, observándose auto-descripciones generalizadas de su experiencia sobre el cáncer de mama y el glaucoma; en el proceso terapéutico la cliente fue variando hacia un nivel superior en la escala indicando características del nivel III hacia la mitad del proceso; es importante destacar que cuando se aplicó focusing, la cliente mostró una implicación mayor en sus sentimientos profundizando en sus autorreferencias, pero mostrando dificultad para expresarlos mejor (nivel IV); sin embargo, esta no se mantiene para las sesiones finales, evidenciándose más bien características del nivel III.

Con base en lo anterior, se concluye que el proceso de terapia fue efectiva, ya que la cliente mostró una disminución significativa en la presencia e intensidad de sus síntomas ansiosos y depresivos, y en los puntajes de los Target Complaints; así como, un aumento en su bienestar general observándose una mejoría en los tres problemas trabajados en la terapia. Además se encontró que el proceso de terapia produjo un cambio en el modo de experimentar en la cliente.

### 6.3 Patrones de cambio

El desarrollo del proceso de cambio en los problemas de la cliente, presentaron una disminución gradual entre la fase de pre-terapia, terapia y post-terapia (ver figuras 1, 2 y 3). Tanto el problema No. 1, como el problema No. 2 mostraron una disminución de los síntomas de forma menos estable, observándose un aumento en los puntajes asignados para ambos problemas en las semanas de post-terapia, esto último puede deberse a que la cliente expresó que se realizaría los estudios para su segundo control post-tratamiento para el cáncer de mama, lo que acentuaba la sintomatología y aumentaba el nivel de molestia sentido. En el caso del problema No. 3, la cliente mostró una disminución estable antes, durante y después de la terapia.

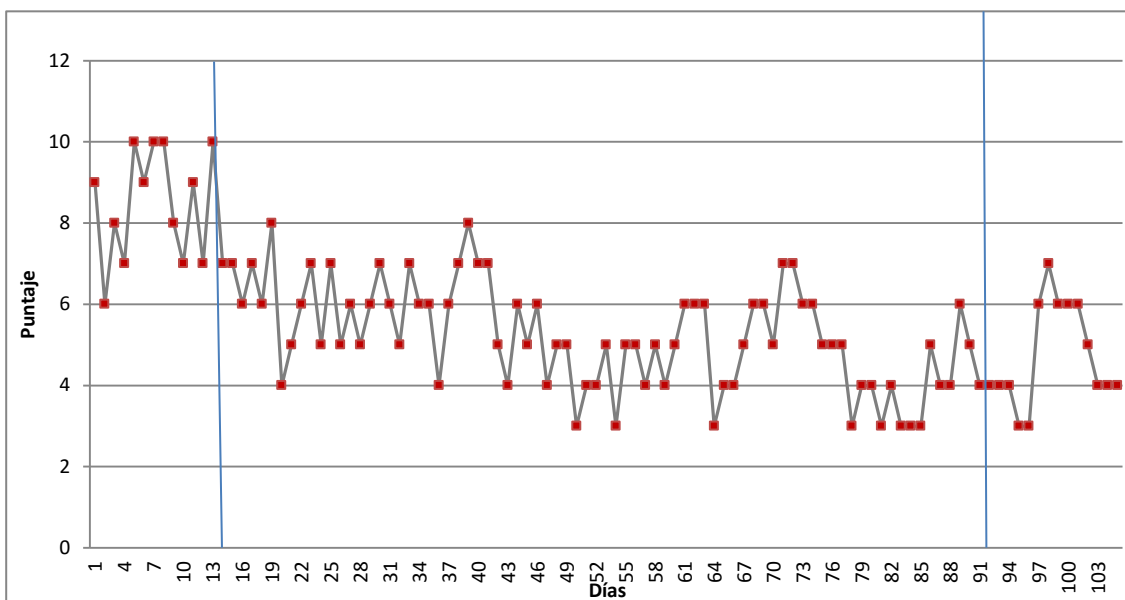


Figura 1. Puntaje diario del Target Complaints para la problemática “siento enojo por no estar bien físicamente”. Fases de pre-terapia, terapia y post-terapia.

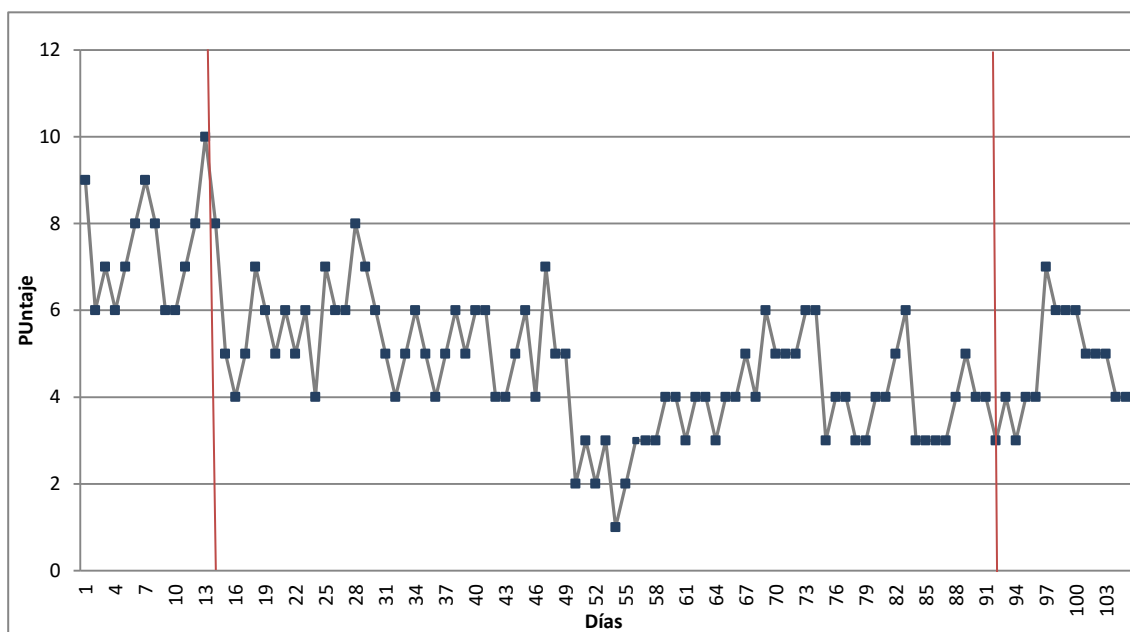


Figura 2. Puntaje diario del Target Complaints para la problemática “me siento triste por el cáncer y sus secuelas”. Fases de pre-terapia, terapia y post-terapia.

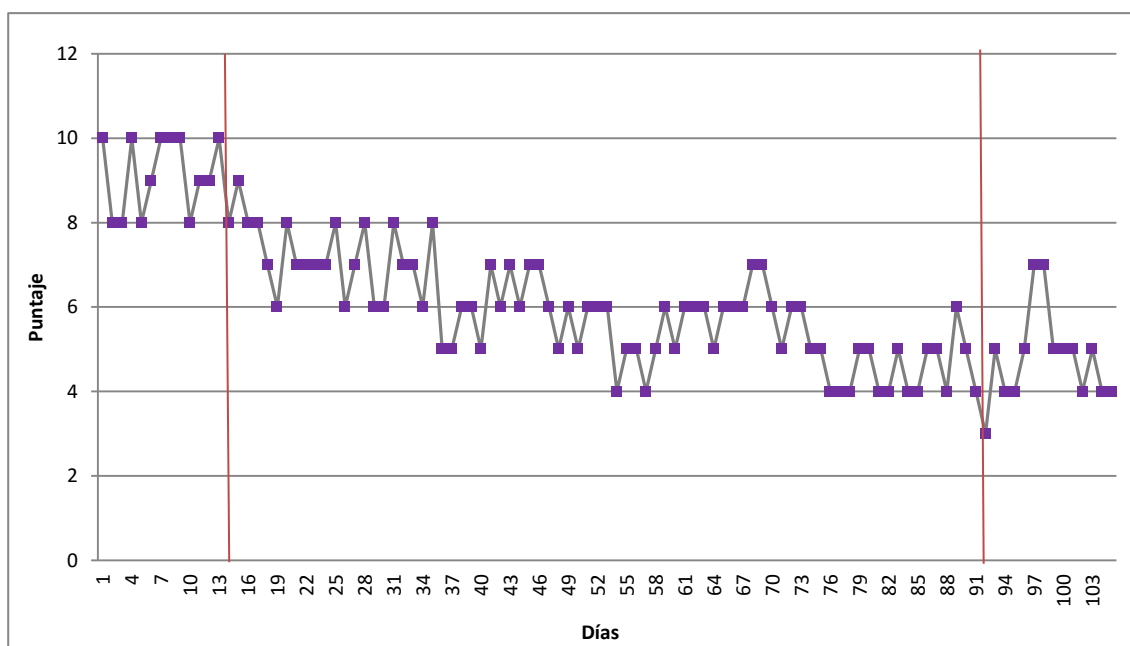


Figura 3. Puntaje diario del Target Complaints para la problemática “siento culpa por afectar a mi familia con mis enfermedades”. Fases de pre-terapia, terapia y post-terapia.

Además, durante la terapia, los puntajes mostraron una disminución gradual de los síntomas y un aumento en su bienestar general reportado en el OQ-45.2 (ver figura 4). Es importante señalar, que en la primera sesión de terapia la cliente mostró un puntaje de 85, la cual fue más alta en comparación a la presentada en la Sesión 0 (67 puntos).

Por otro lado, la cliente, a lo largo de la terapia fue mostrando mayor apertura para profundizar en temas relevantes, construyéndose de forma gradual la alianza terapéutica; permitiéndole a la terapeuta invitar a la cliente a estar con actitud auto-exploratoria de sus sensaciones corporales presentes, con la finalidad de poder reconocer lo nuevo, sus recursos personales y obtener significados novedosos que permitieran llevar adelante su experiencia.

En cuanto a la alianza terapéutica, esta se desarrolló de manera gradual; para la cliente no representó algún tipo de incomodidad el video grabar las sesiones, aunque comentó que esperaba salir y verse bien en los videos. Se observó que a partir de la sesión No. 4 y 5, tras abordar la temática del cáncer de mama y del glaucoma, la relación terapéutica fue más fluida entre cliente y terapeuta. Por un lado, la cliente expresó sus necesidades y dificultades mientras que la terapeuta acompañó y acogió empáticamente los temas importantes referidas por la cliente. Esto generó en la cliente mayor confianza y apertura hacia la terapeuta en las sesiones posteriores.

Lo anterior, se corrobora con los puntajes obtenidos en el WAI (Short Version). Este instrumento fue aplicado en las sesiones No. 1, 5 y 9; mostrando un aumento entre la sesión No. 1 y 5 (74 y 83 puntos respectivamente), alcanzando en la última aplicación (sesión No.9) un puntaje de 84 (ver figura 4). Por lo que, la alianza se consolidó en el transcurso de la terapia siendo evaluada la sesión No. 9 con el mayor puntaje en comparación con las dos aplicaciones previas.

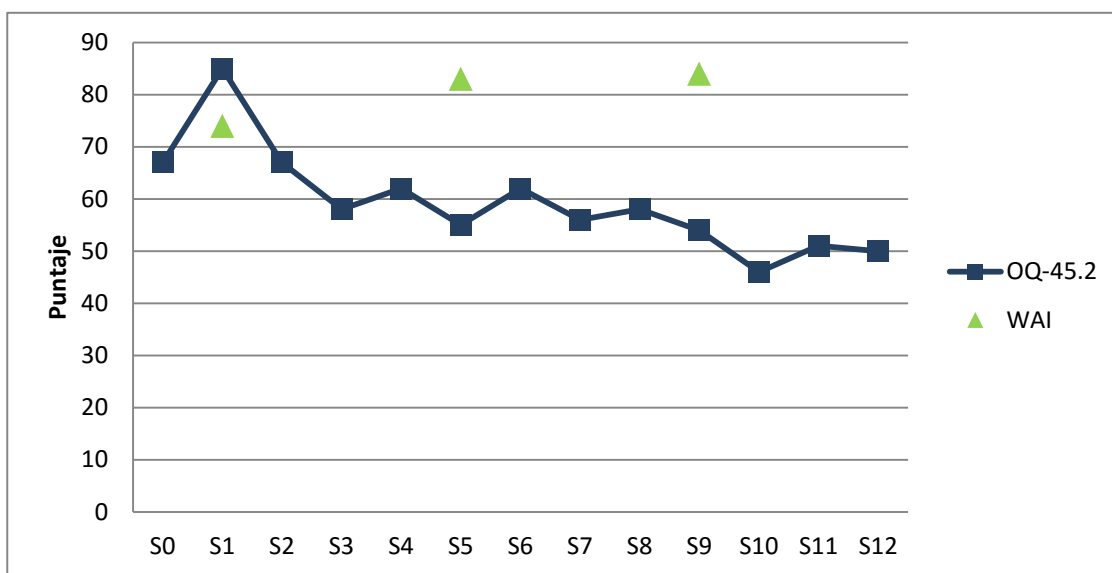


Figura 4. Puntaje de la variables bienestar general (OQ-45.2) y alianza terapéutica (WAI)

La evaluación realizada por la cliente a cada sesión a través del instrumento SEQ, mostró que todas las sesiones fueron evaluadas de manera positiva (7 puntos); al indagar sobre esta evaluación, la cliente refirió que ella asignó ese puntaje porque cada sesión era buena y especial por cuanto le permitía observarse y hablar de sus problemas en un espacio libre de juicios aunque los temas tratados fueran dolorosos.

Es posible mencionar que la profundidad percibida por la cliente se relaciona con aquellas sesiones en las que se aplicó alguna técnica (ver figura 5). Se observa que en las sesiones No. 4, 5, 9 y 12, la percepción de profundidad y comodidad se muestran altas esto puede deberse, a que la terapeuta tuvo una actitud empática, valorando y cuidando lo que la cliente expresó, además de que a través del reflejo simple y de sentimientos permitió orientar a la cliente a explorar sentimientos presentes y significados implícitos.

Por otro lado, en las sesiones No. 8 y 10, se invitó a la cliente a realizar una técnica específica (recorriendo mi cuerpo y focusing). En la sesión No. 8, la cliente reportó un nivel de profundidad y comodidad de 7 puntos (nota máxima) para cada subescala, y en la sesión No. 10 mostró un nivel de profundidad y comodidad de 7 y 6.8 puntos respectivamente, por lo que, se observa para ambas sesiones los niveles altos para cada subescala.

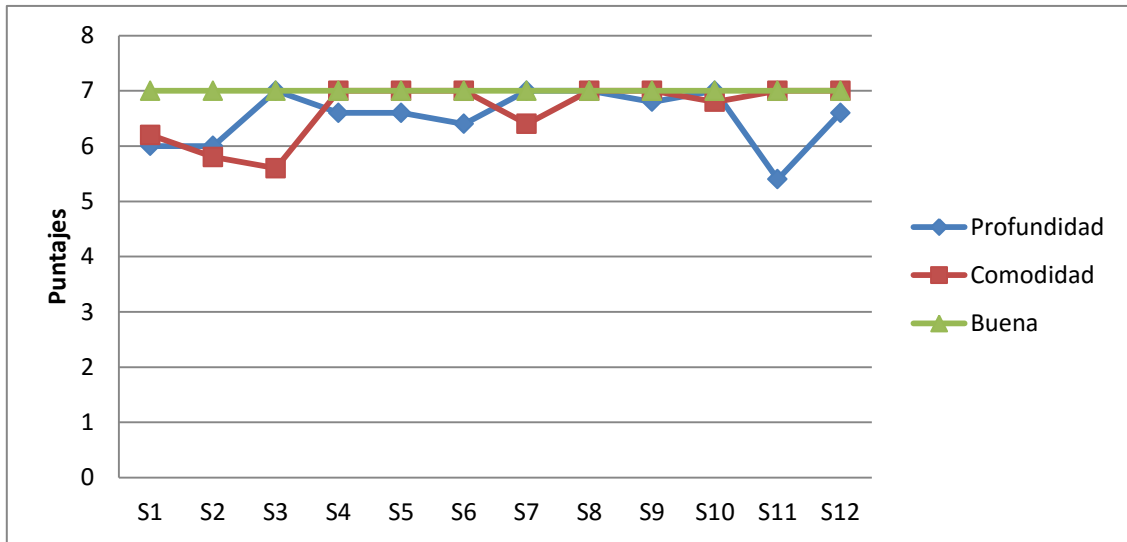


Figura 5. Puntaje en las subescalas del SEQ en la etapa de terapia

En cuanto al nivel de comodidad, es posible observar que en la entrevista inicial (sesión No. 1, 2 y 3) la cliente mostró los puntajes más bajo en esta subescala. Esto puede relacionarse a que en la sesión No. 1, la cliente abordó sobre su experiencia en relación al cáncer de mama. Por otro lado, en la sesión No. 2 acudió a su primer control posterior al tratamiento y los resultados indicaron una adenopatía en la ventana aortopulmonar, y en la sesión No. 3 la cliente abordó sobre el abuso sexual vivenciado desde los 7 hasta los 15 años; así como, del homicidio de su hermana A con quién tenía una relación muy cercana. Se observa que posterior a la entrevista inicial, la subescala de comodidad aumentó y fue estable para el resto de las sesiones.

Referente a la técnicas aplicadas en el proceso de terapia, se realizó una escucha activa y de diálogo con la cliente, desde una actitud empática hacia lo que expresó en cada sesión; además se utilizó reflejos simples y de sentimiento, invitando a la cliente a mantener una actitud auto-exploratoria a su experiencia. En la sesión No. 8, se aplicó la técnica “recorriendo mi cuerpo”, cuya finalidad fue la de sensibilizar y contactar a la cliente con su cuerpo; sin embargo, la cliente refirió una sensación presente en área abdominal que permitió explorarla desde el focusing, desarrollando así los pasos de esta técnica. De igual forma, en la sesión No. 10, se aplicó el focusing, la intervención permitió a la cliente reconocer lo nuevo y obtener un significado novedoso ante la sensación presente de un dolor físico localizado en el costado derecho del pecho.



En relación al tipo de contacto experiencial de la cliente en las sesiones iniciales esta fue oscilante y circunstancial<sup>9</sup> (enfaticando que por el hecho de ser mujer era susceptible a desarrollar este tipo de cáncer o que el consumo habitual de tabaco era un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad), además se observó una permanencia histórica<sup>10</sup> dando la impresión de presentar una dificultad para contactarse con su experiencia sentida al tratar sobre alguno de estos temas (cáncer de mama, glaucoma, abuso sexual y homicidio de su hermana); sin embargo, en el transcurso de la terapia la cliente fue presentando mayor apertura y contacto con sus sensaciones presentes sobre el cáncer de mama y el glaucoma. Acerca del abuso sexual y del homicidio de su hermana A, la cliente no profundizó en estas experiencias, por lo tanto, la terapeuta decidió no trabajarlas debido a la cantidad de sesiones programadas y por no ser parte de los objetivos terapéuticos.

En cuanto al cáncer de mama, la cliente en las sesiones iniciales mostró un contacto experiencial auto-descriptivo generalizado, refiriendo que para ella el cáncer ha sido un evento significativo pero presentando dificultades para aludir a sus sensaciones presentes; sin embargo, tras abordar los resultados encontrados en su primer control médico, la cliente abordó sobre sus sensaciones de incertidumbre, tristeza, culpabilidad y miedo sobre el cáncer de mama y los resultados de su control médico (Síndrome de Damocles). A partir de lo anterior, se trabajó en las sensaciones manifestadas por la cliente con la finalidad de desplegar los significados implícitos que pudieran estar presentes en su *experiencing*, tomando contacto con sus sensaciones reconociéndolas como parte de su experiencia, auto-explorando cómo se sentía en el cuerpo y qué de todo eso estaba siendo importante para trabajarlo en la sesión. Lo anterior permitió a la cliente despejar y sentir al cáncer de mama como una parte de ella y no como la totalidad de su experiencia.

Además la cliente presentó una mejoría en su estado anímico y físico a partir de la sesión No. 6, mostrando mayores herramientas y mejor disposición para valorar los posibles escenarios que pudieran resultar de los análisis y estudios realizados para su

---

<sup>9</sup> Tipo de contacto en el que la persona hace una recitación interior, sobre lo que debería haber hecho y lo que en realidad hizo; lo que otros hicieron o debieron haber hecho o que imagina pudieron haber hecho (Gendlin, 1964/2000).

<sup>10</sup> La permanencia histórica hace alusión a una forma de funcionar en el que la persona reconoce que le trae problemas, aunque no alcance a comprender por qué ese modo le es desadaptativo (Dufey, 2014).

segundo control, sintiendo que si bien la enfermedad podía estar presente todavía, esto no iba a limitarla a realizar otras cosas que también le son importantes (convivencia con familiares y amigos, salir de viaje con su esposo y comenzar un negocio propio), de esta forma, la cliente aplicó los resultados del proceso de terapia a otras áreas de su vida con perspectivas novedosas de solución, de afrontamiento a la enfermedad y expresando mayor seguridad para la toma de decisiones.

En el caso de los factores extra-terapéuticos que pudieron incidir en la terapia, se encuentran: (1) el inicio de una tienda online y física de productos de computación y accesorios para celulares; (2) acudir al médico oftalmólogo para renovar sus lentes por otros que le permitieran una visión más nítida; (3) realizar salidas recreativas con familiares y amistades; (4) reducir el consumo de tabaco y (5) elaborar dulces de chocolate para vender en casa.

Es importante destacar, que aunque el espacio terapéutico fue cuidado lo mayor posible, hubo sesiones en las que algunos integrantes de la familia entraron a la pieza, causando interrupción de lo que se abordaba en ese momento, si bien, estas fueron breves, no permitieron que la continuidad del proceso fuera la misma. Por otro lado, la cliente fumó en sesiones, de esto se habló en alguna parte del proceso, pero no se le prohibió su consumo. Además, se presentaron problemas para determinar el ángulo de grabación, ya que no se contaba al menos en las sesiones No. 1, 2 y 3, con el trípode para sostener y dar estabilidad a la cámara.

## **6.4 Mecanismos de cambio**

### **6.4.1 Identificación de sesiones claves**

Con base en las observaciones de las sesiones, las impresiones clínicas derivadas de ellas, del CSEP-II; así como, de los puntajes reportados por la cliente en el Target Complaints, OQ-45.2, SEQ y WAI se compararon las sesiones en relación al vínculo terapéutico, factores de actitud de la cliente, el uso de técnicas por parte de la terapeuta, diferenciándose sesiones buenas, malas y neutras.

Se establecieron los siguientes grupos de sesiones para cada ítem:

- Sesiones buenas o productivas: sesión No. 8 y 10

- Sesiones malas o peores: sesión No. 1 y 3
- Sesiones neutras: sesión No. 4 y 11

#### 6.4.2 Análisis cualitativo de sesiones claves

Se realizó el análisis cualitativo de las sesiones, describiendo en cada sesión clave tanto los aspectos del vínculo, del cliente y técnicos; así como, otros factores que estuvieron presentes en estas sesiones; posteriormente, se agruparon en sesiones buenas, malas y neutras (2 para cada tipo de sesión) para observar los elementos que diferenciaron a cada grupo (ver tabla 3).

Tabla 3. *Comparación de los grupos de sesiones buenas, malas y neutras del proceso de terapia.*

Aspectos evaluados	Sesiones Buenas	Sesiones Malas	Sesiones Neutras
<b>Vínculo</b>	Relación mayormente fluida que favoreció el trabajo de temas a mayor profundidad. Además, se observa a la cliente expresando a su terapeuta lo que siente. Terapeuta permite, facilita y acompaña a la cliente para formar la sensación sentida	En ocasiones la terapeuta propone temas durante la sesión o pregunta para profundizar en el relato de la cliente. Se observa una interacción interferida entre cliente y terapeuta.	Se observa una relación fluida y cómoda entre cliente y terapeuta; sin embargo, la terapeuta no atiende a la experiencia sentida de la cliente, obstaculizando la profundización de la sensación presente.
<b>Paciente</b>	Apertura de la cliente y confianza en la terapeuta para profundizar en sus sensaciones presentes y personales. Así como, disposición para realizar las actividades propuestas por la terapeuta, observándose una actitud auto-exploratoria y sostenida de lo que fue surgiendo.	La cliente muestra apertura hacia la terapeuta en los temas que aborda; sin embargo, lo que expresa se queda en un nivel más conceptual o abstracto y estableciendo su nivel de implicancia sin ir más allá del contenido. Se le observa afectada emocionalmente pero da la sensación de que les da un trato impersonal, ocupando pronombres en tercera persona. Por lo que, no hace referencia a su experiencia concreta y sentida.	La cliente muestra confianza a la terapeuta expresando sus sentimientos personales pero sin elaborar un significado de esa sensación de forma profunda.

<b>Técnicas</b>	Terapeuta haciendo uso de la técnica “focusing”, lo que facilitó a la cliente contactarse con su sensación sentida, tomando perspectiva para darle sentido y aplicar lo que surgió a otras dificultades personales presentadas. La terapeuta desarrolla la técnica priorizando la sensación presente, respetando los silencios y espacios que la cliente toma para chequear y resonar con el asidero.	Ocasionalmente la terapeuta realizó reflejos. No se observa la aplicación de alguna técnica.	Terapeuta realizando un ejercicio de escucha activa hacia lo que expresa la cliente, buscando que la cliente preste atención a las sensaciones presentes. No hubo aplicación de alguna técnica.
<b>Otros</b>	Sesiones que transcurren con tranquilidad y sin interrupciones externas.	Surgen interrupciones por parte de los integrantes de la familia (Sesión No. 1). Además de ruido en el exterior del espacio terapéutico dificultando la continuidad de la sesión.	Se perciben ruidos en el exterior del espacio terapéutico; así como, la cliente fuma durante la sesión.

### 6.4.3 Planteamiento de hipótesis que facilitan y obstaculizan el cambio terapéutico

Con base en lo observado en el proceso terapéutico y al comparar las sesiones, se plantean las siguientes tres hipótesis:

#### **H1: El proceso terapéutico permite a la cliente desplegar un significado novedoso sobre el cáncer de mama**

La cliente se mostró afectada emocionalmente en las sesiones iniciales, lo anterior, porque estas sesiones se vieron enmarcadas en el primer control médico post-tratamiento de cáncer de mama. En este periodo fue posible observar a la cliente con un lenguaje corporal reservado, dando la impresión de sentirse vulnerable ante las secuelas que dejó el tratamiento. Asimismo, se observó una sensación de incertidumbre ante la posibilidad de recidiva de la enfermedad y por las dificultades que esto plantea para desarrollar proyectos de vida a largo plazo (Síndrome de Damocles), siendo un malestar para disfrutar de las actividades que le gustan hacer como leer y escribir.

De igual forma, al inicio de la terapia la cliente expresó sus sentimientos en tercera persona, mostrando una implicación personal abstracta y generalizada. Conforme avanzó el proceso de terapia, la cliente mostró mayor disposición para atender a su sensación presente; por lo que, se optó por acompañar con focusing para que la cliente se contactara

con sus sentimientos actuales y presentes apuntando a profundizar en sus autorreferencias, y de este modo desplegar un significado novedoso sobre el cáncer de mama. En la sesión final, la cliente hace referencia a que el cáncer ha sido una experiencia significativa en su vida pero que esta no es la totalidad de su persona, refiriendo sentir mayor seguridad en las cosas que realiza diariamente y en la toma de decisiones sobre planes futuros.

### **Viñeta clínica ilustrativa**

Con el propósito de ejemplificar la hipótesis anterior, se presentan las siguientes tres viñetas, en donde se observa cómo a lo largo de la terapia, la cliente se va contactando con sus sensaciones presentes sobre el cáncer de mama (incertidumbre, tristeza, enojo, culpabilidad y muerte) lo que permite evidenciar al final del proceso, a una cliente obteniendo un significado novedoso sobre su enfermedad y percibiendo al cáncer como una parte de ella. Se utilizará la letra C para indicar a la cliente y la T para indicar a la terapeuta.

### **Sesión 2**

La cliente hace referencia a situaciones que la aquejan y por la cual consulta, relata los síntomas físicos y las sensaciones presentes relacionadas a su primer control médico, se observa afectada emocionalmente con lo que expresa, observándose además un sentimiento de vulnerabilidad hacia la enfermedad; tristeza y ansiedad hacia la recidiva de cáncer y miedo de volver a pasar por los tratamientos (Síndrome de Damocles).

*C: Esta semana ha sido un poco difícil porque me entregaron los resultados de los últimos exámenes, que son después de hacer el tratamiento para el cáncer y el miércoles tuve control y llevé todos los exámenes y para enero tengo que hacerme una ecotomografía mamaria y un escáner de tórax, porque el escáner que me hicieron arrojó que tengo una adenopatía mediastino que básicamente significa que hay ganglios inflamados en la zona mediastino en el área pulmonar y eso puede significar dos cosas...que yo estoy haciendo metástasis y que el tratamiento no me hizo efecto o también puede significar que puedo tener alguna otra enfermedad sin*

*importancia que están inflamando los ganglios (...) eso me ha tenido un poco preocupada y gatillo también decir ¡chuta! puede que vaya a morir pronto.*

*T: ¿Ese fue el pensamiento que le vino...? (paciente interrumpe)*

*C: Si, pero es como básicamente eso, un poco como que me decepcioné... pucha pasar por un tratamiento tan agresivo, tan violento que me dejó con otras enfermedades que yo no tenía, con molestias que yo no tenía y... capaz que ni siquiera valió la pena, entonces te decepciona un poco. Aunque cuando yo me hice las quimioterapias el doctor me dijo puede que sí o puede que no, hay personas que reaccionan bien y hay otras que sencillamente no y hay otras que se mueren en la quimioterapia y tu firmas para que te las hagan igual porque no tienes otra alternativa, pero es como eso... sentir un poco que hiciste algo que te dejo echa bolsa y para nada, pero recién voy a tener alguna novedad en febrero, cuando vea los próximos exámenes que tenga que hacerme, porque yo tenía la esperanza ayer de que el doctor me dijera esta todo fantástico nos vemos en febrero con tus exámenes de sangre, con tus exámenes típicos pero tranquila que está todo bien, y no fue así, entonces como que te decepciona un poco.*

*T: ¿Esa decepción que me comenta es en relación al tratamiento o cómo podría describir esa sensación?*

*C: Yo creo que me sentí decepcionada por el tratamiento... (voz entrecortada) o sea, me sentí decepcionada porque me bombardearon con drogas durante ocho meses, en los cuales los últimos dos meses yo creí que me moría y... (silencio)... para nada, perdí dientes, perdí calidad visual, perdí movilidad, gané muchos dolores gratuitos ¿Me entendí? Que lata que no... si estoy haciendo metástasis que mal que el tratamiento que me dieron no funcionara (...) yo sabía que no era garantizado pero tenía como la esperanza de que si lo sea, de que si te mejore (...) pero es como eso, como que te sientes un poco decepcionada de que te hayan hecho*

*sufrir tanto para nada, en el fondo es eso, claro me sacaron los tumores y todo, pero el tratamiento talvez no fue más efectivo para mí.*

### **Sesión 5**

Conforme avanzó el proceso de terapia la cliente expresa cómo son sus sentimientos sobre la enfermedad, contactándose con su sensación sentida y manteniendo una actitud auto-exploratoria para acercarse al significado implícito.

*C: La sensación de culpa siempre está, porque... no sé si es culpa... es porque si yo no estuviera enferma las cosas estarían funcionando de otra manera, no sé... Esa sensación como que siempre está más alta que las otras dos (...) porque como te decía yo el otro día... creo que yo funciono en base a ellos (...) no sé poh, por ejemplo, esta semana que yo he sentido harto dolor, mi marido me hace cariño, pucha me dice me gustaría quitarte esos dolores, me gustaría sentirlos yo para que tu descanses... entonces eso me hace sentir culpable, porque él no está tranquilo y está preocupado por mis dolores ¿Me entiendes?*

*T: ¿Siente en este momento, que de esas tres, estaría presente mayormente la sensación de culpabilidad?.*

*C: Claro, como que eso se mantiene un poco más alta... (silencio)... porque no quiero causarles así como penita poh (voz entrecortada), no quiero que ellos se sientan mal por mí.*

*T: Y ¿Qué le pasa cuando siente que podría afectar a su familia, independiente de la culpabilidad siente que hay algo más ahí?*

*C: ... (Silencio)...Es más que nada como ellos se puedan sentir, en los que ellos se puedan afectar ¿Me entiendes?*

*T: ¿Eso es lo que estaría presente?*

*C: Sí, es como eso (...) me afecta el verlos no sé... preocupados por ejemplo por causa mía (...) es la reacción de ellos, lo que ellos sienten... lo que me hace sentir culpa, el hecho de que mi marido me diga por ejemplo, que a él le gustaría sentir los dolores para que yo descanse un poco... Ehm...por una parte tú dices ¡pucha que rico!, mi marido me quiere ¿no es cierto? Se preocupa y todo...pero por otro lado, dices ¡pucha que lata!, porque yo en vez de estar siendo un soporte, un apoyo... estoy dándole un motivo más de preocupación a él y no debería ser así...*

## **Sesión 12**

En esta sesión, profundiza en sus sensaciones, implicando aspectos personales sobre el cáncer de mama, lo que pueda resultar de su próximo control y de las posibilidades que pueden surgir. Para esta parte del proceso se ha realizado focusing en las sesiones No. 8 y 10.

*C: No es algo que vaya a definir o a decidir, como te decía mi manera de enfrentar lo que venga en el futuro, sea bueno o malo la disposición va a ser siempre la misma (resultados de los estudios)...obviamente si me dan un mal resultado me va a dar pena, voy a llorar (...) pero de ahí en adelante no nada, tiene que ser igual como hasta ahora, sobre todo si salen malos tengo que dar lo mejor de mí.*

*T: Lo que he podido percibir es que al ser algo ya conocido, que si bien es cierto se vive distinto referente a cuando fue el diagnostico a como es ahora si llegará a ver una situación compleja referente a eso, es como un camino que ya sabe cómo es, lo que le da un conocimiento que antes no tenía.*

*C: Si, como se dice ya sabes a qué atenerte... ahora yo no estoy tan segura, si salieran malos yo no estoy segura de sí me sometería de nuevo a quimio, no estoy tan segura de hacerlo (...) pero si tú me preguntas hoy día, yo te diría que no (...)*



*es una decisión difícil, porque cuando tienes metástasis depende del lugar donde sea te dan un pronóstico... por lo general y en el peor de los casos si fuera metástasis pulmonar son como tres meses, si fuera metástasis ósea creo que son dieciocho y si es metástasis en el hígado son como treinta y dos la sobrevive, entonces yo creo que ahí vale la pena un poco ver cómo o sopesar la calidad de vida que vas a tener... la quimio te mata, es un tratamiento para detener el cáncer y a veces resulta, pero es un tratamiento demasiado agresivo mucho mucho mucho.*

Más adelante, la cliente habla de la sensación presente, dando la impresión de abordar sobre el significado novedoso experimentado sobre el cáncer de mama.

*C: No es un tema que me tenga absolutamente absorta, tengo mis pensamientos y sensaciones en cosas más cotidianas, como las cosas que compro, como las cosas que quiero hacer (...) con todas mis limitaciones se entiende, pero dentro de mis limitaciones mi vida esta ordenada, no tengo grandes problemas.*

*T: De lo que hemos estado hablando en las sesiones, de estas dos situaciones complejas que fueron el glaucoma y el cáncer, que hubo sensaciones de incertidumbre, miedo y sufrimiento, parece que hay otras cosas en la vivencia y en esas experiencias, como el amor, el amor de su familia, el amor de pareja que también consolida muchas de las cosas que me expresa.*

*C: Yo me siento bien apoyado por todos (...) es como tener la certeza que la decisión que yo tome va ir de la mano con la aprobación de todos ellos, porque yo sé que ellos quieren lo mejor para mí.*

*T: Es el apoyo incondicional de quienes conforman su grupo más cercano.*

*C: Si, y eso te da la tranquilidad de tomar decisiones ehm... siempre como enfocada en entregar lo mejor de ti, pero que también sean buenas para mi ¿Me entendí?, en el fondo yo la decisión que tome va a ser después de haber analizado todos los pro*

*y los contra, todo lo que implicaría si pasara tal y tal cosa, pero en beneficio mío y de ellos, buscando el equilibrio.*

## **H2: La interacción cliente-terapeuta permite llevar adelante el proceso experiencial en la cliente**

La interacción cliente-terapeuta fue un aspecto esencial en el proceso de terapia, ya que implicó que la terapeuta generará un espacio para el proceso de focalizar, priorizando el experiencing de la cliente y ofreciendo símbolos certeros que permitieran llevar adelante su proceso experiencial, principalmente en las sensaciones sobre el cáncer de mama y las implicaciones que tiene para ella las secuelas biológicas y psicológicas del tratamiento; así como la pérdida gradual de la vista.

Además, la cliente al sentirse escuchada por su terapeuta, favoreció la apertura, disposición y confianza de la cliente para profundizar en otros temas dolorosos e intensos como el abuso sexual y del homicidio de su hermana menor. Sentimientos como la tristeza, la impotencia, la rabia, el miedo y la culpabilidad fueron expresados por la cliente a lo largo del proceso, mismos que fueron acogidos por la terapeuta y trabajados en conjunto. Para lograr lo anterior, fue necesario que la terapeuta resonara y entrara en el mundo experiencial de la cliente, dejando a un lado preconcepciones o juicios de valor que pudieran interferir en el proceso.

Es importante destacar que aunque surgieron dificultades relacionados al contexto de investigación (interrupción de terceros y problemas para tener un ángulo de grabación adecuado), el proceso terapéutico y la interacción interpersonal ofreció al cliente los recursos necesarios para focalizar en su experiencia corporal sentida y aplicar los resultados a sus problemas de salud y familiares.

### **Viñeta clínica ilustrativa**

A continuación se presentan tres momentos en donde se observa la importancia de la interacción cliente-terapeuta para llevar adelante el proceso experiencial de la cliente. En la sesión No. 1, la cliente aborda sobre sus sensaciones sobre el cáncer de mama pero también se puede evidenciar que la terapeuta no brinda una respuesta que apunte al

experiencing de la cliente, quedándose la interacción en un nivel generalizado y abstracto que no facilita la profundización y el contacto de la cliente con su sensación sentida. Para las sesiones No. 4 y No. 7 la terapeuta mejora el tipo de respuesta para facilitar una actitud auto-exploratoria en la cliente.

### **Sesión 1**

*C: En base... Uhm... (lleva cigarro a la boca) a la segunda... que es, ¿si me siento triste por mi enfermedad?... Sí, me siento triste por mi enfermedad, casi todo el tiempo.... porque siento que fue mucho (sonríe)... o sea no sé poh... Ehm (lleva los labios hacia dentro)... si bien, el cáncer de mamas no es una enfermedad que te limite... físicamente, es una enfermedad que durante un periodo largo de tiempo... Ehm... como se podría decir... te menoscaba a lo mejor un poco como mujer, el hecho de que te corten parte de tu pechuga, que es como parte de la sensualidad, de la femineidad, de la sexualidad femenina.... Ehm...Igual te...como que te da lata, como que te da... pucha... yo tenía las dos y ahora solo tengo una y media (sonríe) ¿cachái?...en realidad es eso, porque lo demás va relacionado como con sentirte mal, como el tratamiento es tan largo...las quimios que son capaz de matar a una persona... a mi eso como que me da pena... me da pena por ejemplo que me haya salido el pelo crespo... es una tontera pero yo amaba mi pelo liso... me gustaba mucho mi pelo...*

Se observa que para la cliente la situación del cáncer de mama ha sido un evento importante y significativo, y aunque existen dificultades para tomar contacto con su experiencia presente, esta sesión permitió una mayor apertura experiencial y auto-exploración para la sesiones posteriores.

*C: Tengo culpa, porque...o sea, siento culpa porque mis hijas por ejemplo están más propensas a tener cáncer de mamas que otras niñas (cruza los brazos)... y... siento culpa porque como yo no me puedo desplazar sola... al hospital o a los centros de diagnóstico o de tratamiento, todo el tiempo tengo que estar molestando*

*a mi marido (...) pero a veces me gustaría poder hacerlo sola, no tener que depender de él, porque... él puede ocupar su tiempo en cosas más productivas que estar esperando en un hospital (...) siento culpa porque mis hijos en algún momento se preocuparon, en algún momento se sintieron tristes por mi enfermedad, ¿cachái?... y eso es responsabilidad mía (...) igual no quita la responsabilidad de (sonríe)... haber estado intervenida, de haber estado en un tratamiento que es... muy fuerte y eso.*

*T: O sea, ¿se siente responsable por todo lo que conlleva el hecho de que estuviera enferma con su familia?*

*C: Claro... o sea, me siento culpable solo por el hecho de tener pechugas, ¿me entiendes? (sonríe)...no sé si... porque con eso he dañado algo que nunca he querido dañar poh, he hecho que personas que yo quiero... así como... más que demasiado, o sea, mi vida gira en torno a ellos, son cinco las personas que... a mí me motivan para hacer cosas, que me dan como... el aliento para hacer algo, ¿me entendí?, y esas cinco personas, con mi enfermedad he hecho que estén preocupados, he hecho que se sientan a veces con penita, con cierto grado de frustración de repente y... es doloroso saber que tú no quieres hacerle daño a alguien y se lo haces igual...*

En este sentido, se observa que la terapeuta explora la problemática de la cliente con la finalidad de contextualizar los hechos y circunstancia de dicho problema.

#### **Sesión 4**

La cliente en esta sesión pone énfasis en los dolores físicos que ha presentado posterior al tratamiento en cáncer de mama y a las dificultades que ha presentado para desarrollar actividades personales, la respuesta de la terapeuta, permite ir conociendo gradualmente el significado implícito de lo que para ella es ser persona.

C: (...) Nunca he sido muy de... de que me frenen cosas externas...a ver para mí todo lo que no sea relacionado con la cabeza es externo o con el corazón es externo (...) no puedo dejar que algo externo, como mis dolores o como mis discapacidad me priven de hacer cosas que a mí me gustan hacer poh, las hago más dificultad no más... a veces regaño también (sonríe), pero no voy a dejar que mis dolores me hagan ser una cosa, prefiero seguir con dolores pero ser persona hasta que yo me muera si es posible.

T: ... (silencio)...El ser persona aquí lo está relacionando a hacer cosas, a hacer algo, a mantenerse en movimiento?

C: A mantenerte vivo... a mantenerte vivo, vivir es... Ehm... querer hacer cosas, querer estar con personas, intentar... Ehm... entregar, es como todo eso, lo demás es sobrevivir no más poh, y entre el sobrevivir y estar muerto no hay mucha diferencia, yo prefiero vivir mis días... intentar hacer cosas, seguir siendo persona, no una cosa que este... no sé cómo explicarlo (...) cuando tú tratas de estar parado, cuando tratas de hacer cosas que a ti te gustan, de estar con gente que a ti te gusta, o de hacer cosas por la gente que tú quieres, es porque todavía eres una persona con intereses... con lo que implica ser una persona y no una cosa... que hace la diferencia... (...) pero yo sentirme útil, es como... es lo que importa, si los demás lo notan o no lo nota, o si para los demás lo que yo hago es invisible, no importan, yo lo hago, yo sé que lo hago, yo sé que me esfuerzo y yo me siento bien así y no voy a dejar que un dolor me lo impida ... (silencio)...no he dejado ni que mi ceguera me lo impida...la ceguera no duele (físicamente)... pero te limita.

Los sucesos simbólicos que interactúan con el cliente, en este caso el tono de voz de la terapeuta, el sonido verbal y el resonar con la experiencia de la cliente, permiten a la cliente contactarse con sus sensaciones presentes.

## **Sesión No. 7**

La cliente habla sobre el cáncer de mama y de lo que pueda surgir en los próximos meses. En esta sesión la terapeuta ocupa las actitudes básicas para empatizar con la cliente y con su experiencia, buscando atender al significado implícito de la sensación de la cliente y poder llevar adelante la experiencia.

*C: (...) ahora con el cáncer, si bien es cierto puede ser más grave por las consecuencia que puede traer, no me asusta tanto...*

A partir de este contenido verbal, la cliente hace referencia a sentimientos personales, existiendo una manera de que pueda aproximarse a través de este referente a su experiencing, para ello, la terapeuta brinda respuestas apuntando a esta sensación.

*T: Uhm (...) el cáncer ha sido un momento corto... también intenso, por todo lo que ha implicado desde el diagnóstico hasta ahora; pero a mí me da la sensación de que el cáncer genera incertidumbre...*

*C: Si... es muy fuerte por la incertidumbre poh (se toca la cabeza)*

*T: Y me pregunto, ahora que está en etapa en la que hay sospecha de algo que no se sabe qué es (...) la vivencia es similar a la primera vez que paso por esta sospecha o ¿Cómo se siente ahora?*

*C: (...) no estoy tan ansiosa como la primera vez, no estoy tan ansiosa como cuando estaba la sospecha, que en el fondo es prácticamente la misma situación que ahora, pero ahora no está como la ansiedad (levanta las manos que tenía descansando en sus piernas), como bueno, si es, es no más poh, habrá que hacerme el tratamiento de nuevo, pero no está como esa ansiedad de saber qué es... la incertidumbre no... o como la angustia no.*

La cliente forma conceptos que dicen algo de lo que le sucede; es decir, va formando sus conceptos fundamentados con base en lo que siente en ese momento concreto. La terapeuta continuamente intenta resonar con lo expresado por la cliente.

*T: Entonces... ¿siente que esta ansiedad o angustia es menos intensa o está presente pero de otra forma?*

*C: No, ahora es menos intensa (se toma un tiempo para chequear)... en realidad como que voy paso a paso no más (...) como que ahora lo estoy viviendo no más, como que esa es la diferencia (...) Cuando me diagnosticaron el cáncer era como esperar esperar esperar (se va encogiendo), todo los días esperar algo distinto, esperar que me confirmaran, esperar que me hicieran esto, ahora no poh... ahora estoy viviendo el día día no má... entonces cuando llegué el momento de hacer algo hay que hacerlo, pero ya no estoy como con esa ansiedad (se queda en silencio, chequeando)... y no había caído en la cuenta fíjate de eso.*

A través de la interacción entre cliente y terapeuta, es posible observar que las respuestas de la terapeuta permiten llevar adelante el proceso experiencial de la cliente y reconocer lo nuevo de la experiencia.

### **H3: La aplicación de focusing se asocia a la profundidad y comodidad de la sesión**

De acuerdo a lo observado en el caso, es posible concluir que en las sesiones que se aplicó focusing, la cliente percibió mayor profundidad y comodidad en la sesión, dando una respuesta diferente a lo esperado por la terapeuta (creencia de que a mayor profundidad alcanzada con focusing, la cliente se sentiría incomoda). Si bien, la falta de experiencia en la aplicación de focusing solo permitió llevarla a cabo dos veces en el proceso de terapia, esta facilitó a la cliente contactarse con su sensación sentida, concreta y presente, y por lo tanto, ofreció una perspectiva para dar sentido a la sensación y aplicar lo que surgió a otras dificultades personales, esto último fue explicitado por la cliente al concluir la técnica en la

sesión No. 10; además, la cliente comentó que se sentía distinta, cómoda, afable y abierta a su experiencia implicando algo novedoso para ella acoger lo sucedido, ya que siempre había rechazado el dolor corporal sentido.

En este sentido, el promedio de la variable profundidad y comodidad reportada en el SEQ por la cliente en las sesiones No. 8 fue de 7 puntos para cada ítem (nota máxima) y para la sesión No. 10 fue de 7 y 6.8 puntos respectivamente, siendo mayor al promedio de aquellas sesiones en las que no se aplicó alguna técnica (5.4 puntos). Por lo tanto, la aplicación del focusing en el proceso terapéutico fue relevante porque permitió a la cliente profundizar a nivel corporal y contactarse con su sensación sentida.

### **Viñeta clínica ilustrativa**

En las siguientes viñetas se presentan tres momentos, el primero ejemplifica a la terapeuta acompañando a la cliente desde la escucha empática tras referirse a eventos personales de violencia extrema.. El segundo y tercer momento son la sesión No. 8 y No. 10 se observa un nivel de profundidad que permite a la cliente contactarse con la sensación de dolor sentido en el cuerpo, buscando a través del focusing la simbolización de dicha sensación.

### **Sesión 3**

La cliente aborda sobre el homicidio de su hermana A y del abuso de su sobrina, describiendo las sensaciones sentidas en aquél momento, la terapeuta busca acompañar desde la escucha empática a la cliente.

*C: Fue bien fuerte en realidad, porque a ella la mató su esposo, la mató cuando ella le puso una demanda de divorcio, porque vio que él abusaba de mi sobrina durante 6 años, a los 11 años la empezó a abusar y cuando mi hermana lo descubrió le hizo la demanda de divorcio y cometió el error de decirle que lo iba a denunciar con la policía por lo que le había hecho a mi sobrina y ese día en la mañana la mató... (voz entrecortada). Afortunadamente está preso, yo tuve que ir a Australia a declarar contra él, me llamó la corte porque... cuando mi hermana*



*murió como a la semana desapareció todo lo que tenía en mi correo de ella, en ese tiempo se usaba messenger de Hotmail (...) y por teléfono hablábamos cada dos meses o cuando A se sentía mal y como a la semana que a ella la mataron desaparecieron las conversaciones, es como si alguien se metió a mi correo y eliminó todo referente a mi hermana (...) ella me llamó me contó lo que estaba pasando, luego me llamó y me contó lo que pensaba hacer que era demandar a K y pedirle el divorcio y a los días me llamaron para avisarme que la habían matado.. fue bien fuerte además que la forma en la que la mataron fue muy cruel, le dieron con un bate de béisbol en la cabeza catorce veces (...) dejó tres hijos, fue una situación bien dura para mi mamá también, porque la mataron lejos entonces no tuvimos la posibilidad de ir a su funeral, fue un ciclo que estuvo mucho tiempo abierto...*

*T: Porque solo le informaron cuando eso pasó*

*C: Si, fue difícil, fue difícil, fue doloroso más que difícil*

*T: y ahora que me lo cuenta, ¿le pasan cosas sobre eso?*

*C: Sí poh, la pena siempre está, la pena siempre está...esta como esa sensación de que talvez si yo hubiese estado allá habría sido distinto o si ella hubiera estado acá hubiera sido distinto, siempre te queda esa sensación pero las cosas sucedieron así, fue así ya no se puede dar vuelta atrás.*

En este sentido, la cliente muestra una apertura para hablar sobre sus experiencias en el espacio terapéutico sobre temas profundos, pero mostrando incomodidad al tratar sobre ello, esto pudo observarse en la impresión clínica de la terapeuta y en el instrumento SEQ aplicado una vez terminada la sesión.

## Sesión 8

Se invita a la cliente a realizar el ejercicio “recorriendo mi cuerpo”, la finalidad era la de observar la facilidad o dificultad de la cliente para contactarse con su cuerpo; sin embargo, en la realización de esta la cliente refiere sentir algo en concreto, momento en el cual la terapeuta decide acompañar a esa sensación y profundizar desde el focusing.

*C: ... (silencio prolongado)...es que lo que más siento es mi zona abdominal...*

*T: Ahí siente, ¿qué hay algo?*

*C: Sí, porque siento más dolor (físico y emocional)...*

La terapeuta invita a la cliente a encontrar una palabra, frase o imagen que se ajuste a la sensación a modo de encontrar la cualidad que capte el significado sentido.

*T: Y ese dolor que siente en este momento, tiene alguna forma, algún color, imagen, palabra... deje que esa zona del cuerpo le dé una respuesta, sin pensar en ello...*

*T: (silencio)... Negro*

*C: Y eso que describe como negro, ¿está en toda la zona abdominal?*

*T: Sí, como desde donde comienza las costillas, hacia arriba, como toda la zona de las costillas, como toda esta parte (señalando con sus manos con dirección al estómago)... tengo un gran abdomen, entonces es un gran dolor (sonríe).*

*T: Es un gran dolor que tiene un color negro.*

*C: Sí... (chequeando)...es como si tuviera un camión negro dentro de mi cuerpo...*

*T: ¿Un camión negro?*

*C: Sí, que me presiona, me carga, hace fuerza, me provoca dolor (se toca los ojos).*

*T: Y ese camión, ¿tiene una dirección?*

*C: ... (silencio)...se mueve todo el tiempo de izquierda a derecha, de izquierda a derecha, de derecha a izquierda, derecha a izquierda, adelante y retrocede, adelante y retrocede (hace el gesto con su cabeza)... como estos camiones que llevan las cargas de las migas, que son gigantes... siento como si eso estuviera dentro y eso se moviera de allá pa acá (hace el gesto con las manos en su abdomen)... como si me estuviera atropellando todo el tiempo.*

*T: Aparte de este dolor y este camión negro, siente como si la estuviera atropellando continuamente.*

*C: Sí... (silencio prolongado)...*

Esta sesión, permitió a la cliente resonar con ese “camión negro que la atropella todo el tiempo”, a contactarse “de dentro hacia fuera”, explorando y escuchando a su cuerpo desde el silencio permitiendo que las palabras surgieran desde la sensación presente.

## **Sesión 10**

Se invita a la cliente a realizar focusing, para ello se le solicita que tome una postura cómoda, que preste atención a su cuerpo y que se realice la siguiente pregunta: ¿Hay algo en este momento que te impida sentirse bien del todo?

*C: ... (silencio prolongado)... es que en este momento hay como solo dos cosas que si tú me preguntas ¿Cómo estás? Bien, pero... (sonríe)... son como dos cosas , que es el dolor acá en la costilla que es siempre, constante... y como lo otro no es tan físico, es más como... la preocupación del D, que va a ser de su vida... como eso...*

*T: Y siente que aparte de estas dos situaciones, ¿todo lo demás está bien?*

*C: Si, no al cien por ciento pero bien, porque no molestan tanto, no es algo constante...*

*T: A partir de estas dos situaciones que me comenta, la invitaría entonces a que su cuerpo escoja uno de esos dos problemas, que le gustaría que focalizáramos un momento.*

La terapeuta solicita a la cliente elija una de esos dos situaciones (despejando un espacio) para focalizar en este caso la cliente escoge trabajar en una sensación de dolor físico.

*C: ... (silencio)... Ya*

*T: Ahora permita que su cuerpo forme una sensación de eso que quiere enfocar, quizás sea algo no muy claro, pero que está ahí...*

*C: Que es una sensación de dolor.*

*T: Y ese dolor ¿cómo lo siente en el cuerpo?...*

*C:... (silencio)... como... molesto, no llega a ser tan intenso, pero es molesto porque es constante, no desaparece esta siempre ahí... entonces es molesto como toda esta área (tocando sus costillas derecha), siempre esta adolorida... como que necesita una pastilla aquí (sonríe)... es eso... no un dolor intenso pero si es molesto...*

*T: Es una sensación de dolor que es molesto...*

*C: Sí...*

*T: Es como la sensación que tiene su cuerpo cuando recuerda todo ese dolor, ¿Qué es algo molesto?.*

*C: Molesto (acepta sin chequear)... (silencio)... molesto... y algo doloroso, pero no muy intenso, intenso pero no al punto de ser limitante ni nada por el estilo, sino que tolerable...*

Al igual que en la viñeta anterior, la terapeuta invita a la cliente a mantener una actitud auto-exploratoria para encontrar la cualidad que se aproxime a la sensación presente, solicitando preste atención a su cuerpo.

*T: Y si le pregunta a su cuerpo ¿Cuál es la cualidad de esa sensación?... Tiene alguna forma, alguna textura, algún color...*

*C: Es un dolor alargado... como una banana... como que tiene esa forma, como que empieza acá y es como así (señalando su costilla)... sí como una banana o media luna... (chequeando), sí es como una banana...*

*T: Digamos que esta banana o media luna es la palabra ¿qué surge de esta sensación?*

*C: Sí*

*T: Y ¿Cuál de estas dos palabras, tanto la banana o la media luna, siente que se ajusta a la sensación que tiene en este momento?*

*C: A la forma... a la banana*

*T: Y esta banana ¿Cómo es?*

*C: ... (silencio)...es como café oscuro y la textura es como... porosa (...) no es una textura suave, pero tampoco es puntiaguda, sino que es como... cototuda... como con granos... no sé.*

La cliente logra un contacto con la sensación sentida desplegando una serie de detalles sobre ella.. Es importante señalar que al finalizar el focusing, la cliente refirió que al dar la bienvenida a lo surgido se sentía de un modo distinto, sintiéndose más abierta y no invadida por el dolor. Además de que le ofrecía una mirada y respuesta sobre lo que sentía en relación al problema de su hijo.

*C: Al darle la bienvenida a esto, sea como... más aceptado talvez, así como... ¿estás ahí? Bienvenido (...) al darle la bienvenida es distinta la sensación, entonces no te sientes tan invadida (...) yo sé que hay dolores que quedaron en mi cuerpo y que van a estar por siempre, entonces desde esta perspectiva es más fácil convivir con esto, porque estas aceptando algo que es parte de ti (...). Además otra piedrita en el zapato el tema del D, de sus estudios de qué va a ser de su vida, que todo va a ser más difícil, talvez aceptar todo eso ayuda a mirarlo un poco más desde adentro y darle otra mirada... otro giro a la cosa, capaz no es ni tan terrible (...) entonces talvez yo lo veo... más grande de lo que realmente puede ser.*

## Discusión

El propósito de esta investigación, fue evaluar la efectividad de un proceso terapéutico y describir el cambio desde el enfoque experiencial en una cliente con cáncer de mama, por lo anterior, se discutirán los resultados obtenidos respecto de la efectividad, patrones y mecanismos de cambio de la terapia. Asimismo, se desarrollarán algunas reflexiones complementarias de hallazgos encontrados.

En primer lugar y con base en los resultados del análisis cuantitativo del caso estudiado, es posible observar diferencias significativas en los problemas presentados por la cliente entre las fases de pre terapia y post terapia, evidenciando un proceso terapéutico efectivo. En este sentido, las tres problemáticas planteadas en el Target Complaints, mostraron una disminución; lo anterior, se corrobora con la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva reportada inicialmente en los test de Hamilton y BDI. Además, el OQ-45.2 reflejó cambios favorables en su bienestar general, cuando finalizó la terapia presentando una disminución igual al Índice de Cambio Confiable. Por lo que, es posible concluir que los cambios presentados por la cliente se atribuyen al proceso de terapia efectuado.

A nivel cualitativo el proceso terapéutico mostró cambios en el nivel experiencial de la cliente, ya que inicialmente se observó una narrativa con implicación personal, con auto-descripciones generalizadas sobre su experiencia, principalmente en lo relacionado al glaucoma bilateral y al cáncer de mama (cuyo tratamiento terminó tres meses antes de iniciar la terapia). Asimismo sus sentimientos sobre la experiencia fueron relatados en tercera persona y sin aludir a su perspectiva interna, características que se observan en el nivel II de la escala experiencial; sin embargo, hacia la mitad del proceso se observó una tendencia a expresar sus sentimientos presentes y actuales cuando se le pregunto por ellos, pero estos no alcanzaron significados más profundos (característica del nivel III). Es importante destacar, que en el transcurso del proceso de terapia, el nivel experiencial de la cliente fue variando hacia un nivel superior en la escala, alcanzando el nivel IV cuando se aplicó focusing (sesión No. 10), mostrando una implicación en sus sentimientos, profundizando en sus autorreferencias (Klein et al., 1969). No obstante, este nivel de

contacto experiencial no se mantiene para las sesiones siguientes, quedándose en características del nivel III de la escala experiencial.

En segundo lugar, referente a los patrones de cambio, las problemáticas de la cliente mostraron una disminución en los puntajes diarios conforme avanzó la terapia. Además el nivel de profundidad alcanzado y la construcción de la relación terapéutica se desarrollaron gradualmente, si bien, en las sesiones iniciales (No.1, 2 y 3) la cliente percibió mayor incomodidad, esta pueden deberse a que en esas sesiones hizo referencia a temas relevantes y profundos, tales como el glaucoma bilateral, el cáncer de mama y el homicidio de su hermana menor y en donde la terapeuta mantuvo mayormente una actitud de escucha hacia la cliente para acompañar estas experiencias, otro aspecto puede ser que en esta etapa del proceso aún no hay una alianza de trabajo construida y objetivos terapéuticos establecidos, lo que puede incidir en la expectativa hacia la terapia; finalmente, otro aspecto puede ser que tres meses atrás la cliente había concluido su tratamiento oncológico, coincidiendo el inicio de la terapia con el primer control médico, lo que pudo haber elevado sus niveles de ansiedad por los resultados informados (adenopatía aortopulmonar), mismos que compartió en las sesiones siguientes.

Es importante destacar, que la terapeuta a lo largo del proceso estuvo bajo supervisión de un terapeuta experiencial, esta acción contribuyó a que la terapeuta orientara las siguientes sesiones de otra forma, este cambio también originó que la cliente expresara niveles de comodidad y profundidad más estables posterior a la sesión No. 3, mostrando así mayor apertura para profundizar en esos temas, expresando sus necesidades y dificultades; mientras que la terapeuta acogió lo expresado por la cliente y empatizó con su experiencia, con la finalidad de invitar a la cliente a mantener una actitud auto-exploratoria de su experiencia y obtener nuevos significados. Además, la sesión No. 4 resultó importante porque se establecen los objetivos terapéuticos.

Como último punto, en cuanto a los mecanismos de cambio, se observaron diferencias importantes entre las sesiones productivas, negativas y neutras; por ejemplo, que la interacción terapéutica y el uso de focusing en el proceso de terapia genera un nivel experiencial mayor en la cliente, lo anterior, porque la interacción terapéutica permitió acompañar a la cliente desde lo que expresó y se observó a una terapeuta que buscaba



facilitar espacios para el proceso de focalizar, otro punto a considerar es que la terapeuta brindó respuestas terapéuticas a la cliente para desplegar sus significados implícitos relacionados a la experiencia del cáncer de mama y las secuelas biológicas y psicológicas asociadas a la enfermedad y tratamiento. En este sentido, la cliente se sintió escuchada por la terapeuta, favoreciendo una mayor disposición, apertura y confianza en la relación terapéutica, lo cual fue explicitado y observado en el instrumento de alianza terapéutica.

Por otro lado, el uso del focusing permitió a la cliente alcanzar un contacto experiencial con su sensación sentida y presente, y por lo tanto, la cliente percibió mayor comodidad y profundidad en esas sesiones (sesión No. 8 y 10), constituyendo una herramienta eficaz dentro del proceso. En el caso de la sesión No. 8, el focusing se desglosa después de que la cliente hace referencia a una sensación corporal presente de dolor y malestar físico. Es importante destacar que para la cliente fue el primer acercamiento a esta herramienta terapéutica, si bien en esta sesión presentó dificultades para permanecer en contacto con su sensación sentida, al finalizar el ejercicio la cliente refirió estar asombrada por la sensación de relajación, descanso y tranquilidad. Para la sesión No. 10, la cliente mostró mayor apertura para realizar nuevamente el ejercicio; en comparación con la primera ocasión, esta vez fue más fácil sostener, permanecer y tener una actitud auto-exploratoria sobre su sensación de dolor, logrando llevar a cabo los pasos de la técnica y evidenciándose un significado novedoso de esa sensación al dar la bienvenida a algo que la acompañará toda su vida, además de brindarle una perspectiva sobre la problemática de su hijo D y sus notas.

Como se ha mencionado anteriormente, la terapeuta estuvo bajo supervisión por parte de una terapeuta experiencial, esto es relevante, porque no solamente se trabajan los aspectos relacionados a las dificultades que se pueden presentar en las sesiones; sino también a la persona del terapeuta, esto generó que la terapeuta tuviera una mayor apertura para acompañar a la cliente en cada matiz y a resonar con lo que expresaba. Además de orientar a la terapeuta sobre cómo invitar o ayudar a la cliente a centrar su atención en ese espacio desde donde surge la sensación sentida.

En este sentido, los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con lo revisado en la literatura previa en el acompañamiento que se sigue en pacientes oncológicos

desde la psicoterapia experiencial. Por un lado, queda en evidencia, que la persona tras recibir el diagnóstico de cáncer, se angustia y toda su atención se dirige al dolor y el miedo; además, sentimientos de culpabilidad, enojo, tristeza, falta de autonomía y de muerte pueden verse reflejado en la persona, en este sentido el proceso terapéutico experiencial permite a la persona mostrar que el sufrimiento y los sentimientos no es todo lo que los conforma, cambiando la mirada del problema y brindando un significado novedoso a la experiencia.

Riveros (2000), menciona que la persona asiste a terapia cuando su *experiencing* se ha detenido en algunos aspectos, ya que el individuo no puede responder a lo que está ligado estructuralmente (los todos congelados) y por lo tanto, se vuelve necesario un terapeuta que acompañe a la persona en un proceso terapéutico de respeto y libertad, de esta forma, el individuo cuando este solo, tendrá más paciencia consigo mismo y descubrirá que puede auto-explorarse y conocerse, adquiriendo una significación mayor y más amplia.

Concordante con lo anterior, Summerville (1999) y Klagsbrun (2007), mencionaron que la terapia experiencial en los paciente oncológicos invita a tomar contacto con su propia experiencia y a ser el director de su propio proceso, esto permite a la persona consultar a su sensación presente y concreta, a contactarse con lo que reside en el cuerpo, y por lo tanto, se siente más anclada disminuyendo así sus síntomas y sentimientos de miedo, tristeza y rabia.

Es importante destacar que en la psicoterapia experiencial se trabaja con lo más concreto, con la experiencia actual y con el sentimiento directo de la complejidad de la situación en la persona, en donde el terapeuta apunta a eso que la persona está viviendo y sintiendo para desplegar los significados sentidos que permitan llevar adelante el proceso y su presente (Gendlin, 1973/1997).

Esto conlleva entre otras cosas, a que la persona exprese un nivel experiencial mayor, observándose un involucramiento en la forma de procesar su experiencia personal, presente y concreta, lo que puede conducir a niveles más profundos del *experiencing*.

Esta experiencia sentida o sensación general implica darse cuenta de lo que estamos experimentado directamente en nuestro interior, sin la influencia mediadora de

pensamientos, creencias y evaluaciones, es decir, incluye sentimientos, emociones y sensaciones que surgen del propio cuerpo (Barceló, 2007).

Por otro lado, se evidenció el valor de la interacción en la relación terapéutica, destacando dos aspectos: la resonancia afectiva y la respuesta terapéutica, ambos relacionados en el proceso terapéutico exitoso y efectivo. Esto porque ambos apuntan al *experiencing* del cliente; es decir, al significado sentido con la finalidad de desplegar los significados implícitos para simbolizarlos y llevar adelante la experiencia.

Esto coincide con lo planteado por Reyes y Ortiz de Zúñiga (1996), al describir que en este enfoque el intercambio con el cliente en el contexto terapéutico es una forma de interacción que nos afecta. Por lo que, el terapeuta se esfuerza en lograr este resonar para que el cliente pueda diferenciar los matices de su experiencia y de esta forma captar los significados implícitamente sentidos en ella.

Por su parte Gendlin (1969/1997), expresó que las respuestas del terapeuta son un tipo de objetivación (como lo son las palabras, imágenes, sucesos, etc.), las cuales pueden llevar adelante el proceso experiencial del cliente o dejar su proceso corporal experiencial tal y como estaba.

En esta misma línea Riveros (2000), considera que el terapeuta es efectivo siempre y cuando otorgue respuestas empáticas y certeras al cliente, esta respuesta terapéutica al ser certera permite al cliente avanzar por los significados personales y simbolizar sus significados sentidos.

Finalmente, con esta investigación es posible comprobar la importancia y utilidad del focusing en el proceso de terapia experiencial en personas con cáncer de mama. Lo anterior, coincide con lo expresado por Klagsbrun (2007) al describir que esta herramienta es un medio significativo en la profundización del proceso terapéutico en las personas con cáncer de mama, ya que esto les permite contactarse profundamente con su sensación sentida y con su crecimiento experiencial.

Esto en concordante con lo observado en las sesiones en las que se aplicó esta técnica (sesión No. 8 y sesión No. 10), ya que esta herramienta permitió a la cliente contactarse con la sensación de dolor e incertidumbre y desplegar nuevas perspectivas no

sólo sobre las secuelas físicas del tratamiento en cáncer de mama, sino a otras problemáticas que están presentes en la cotidianidad de la cliente.

Olsen (1999) también destaca el uso del focusing como un herramienta útil que facilita la toma de decisiones en los pacientes oncológicos, ya que este proceso incluye la escucha de la sabiduría del cuerpo entregada por la sensación sentida, y por lo tanto, ofrece la simbolización del significado sentido.

En resumen y en relación al objetivo central de esta investigación, es posible aseverar que la efectividad del proceso pasa esencialmente por la forma en la que el cliente atiende y verbaliza su experiencia interior; así como, en la forma en la que se desarrolle una interacción terapéutica experiencial, en donde el cliente presta atención y contacta su sensación sentida corporalmente y el terapeuta acoge la experiencia, acompaña y comprende el mundo experiencial del cliente; es decir, la efectividad está en reconocer la particularidad de la experiencia de la cliente, lo que es único, presente y sentido para contextualizar cómo la persona se relaciona con su experiencia; así como en la capacidad del terapeuta de escuchar y resonar con ella para llevar adelante el proceso experiencial del cliente en los diversos aspectos o temáticas que presente.

Como señala Gendlin (1973/1997), en el enfoque experiencial la persona tiene acceso a su existencia a través del proceso inmediatamente sentido del experimentar, siendo valorativo y con contenidos implícitos, que pueden necesitar de una formulación por medio del lenguaje o acción produciéndose un cambio, siendo estos pasos únicos y provistos de un sentimiento de continuidad, pero para lograr esto el terapeuta tiene que ser sensible a lo que expresa o no el cliente; así como, ayudar a articular y responder a la experiencia sentida en cada momento dándose así un proceso experiencial auténtico.

Por otro lado, se destaca el aporte de esta investigación al analizar un proceso terapéutico, ya que los resultados obtenidos ofrecen una aproximación al terapeuta experiencial sobre los aspectos presentes en la relación terapéutica, el uso de técnicas, las formas en que la cliente se contacta con su *experiencing*.; así como aquello que puede facilitar u obstaculizar un proceso de terapia en una persona con cáncer de mama.

De igual forma, es importante señalar algunas limitaciones del presente estudio. En primera estancia, lo deseable era desarrollar la terapia en un contexto terapéutico habitual

(consultorio); lo anterior, porque cuando surgieron interrupciones de terceros o ruidos en el exterior estos obstaculizaron la continuidad de lo que se abordaba en la sesión. Otra limitación a considerar, se refiere a que la batería de instrumentos utilizados en esta investigación no cuentan con los puntajes de corte estandarizados para la población chilena, dificultando la interpretación de los resultados, exceptuando el OQ-45.2. Finalmente, el que la terapeuta contará con un tiempo reducido para desarrollar la terapia (12 sesiones) fue otra limitante para este estudio, ya que independientemente de que la terapeuta dio libertad en las sesiones para hablar de los temas personales que fueran importantes para la cliente, la terapeuta se acotaba a aquellos que estuvieran relacionados con el motivo de consulta y con los objetivos terapéuticos del proceso.

En cualquier caso, debido a que esta investigación es una aproximación para evaluar la efectividad y describir el cambio terapéutico en una cliente con cáncer de mama, se requiere replicar el estudio en otras clientes, para ir aportando a la validación empírica de la terapia experiencial en una muestra mayor de mujeres con cáncer de mama. Adicionalmente, sería importante indagar en otras fases del cáncer como en el diagnóstico o tratamiento, ya que de acuerdo a las referencias son las etapas que se observa un mayor impacto emocional. Asimismo, sería conveniente evaluar el impacto de la terapia en personas con otro tipo de cáncer.

## Conclusión

La presente investigación contribuye a la evidencia empírica de la terapia experiencial, constando que este enfoque es efectivo en el acompañamiento a una persona con cáncer de mama y en los diversos problemas derivados o no de la enfermedad, lo anterior porque facilitó a la cliente tomar contacto con su experiencia sentida y auto-explorar los significados sentidos implícitos en relación a esta temática.

Como consecuencia de este proceso se observa a una cliente expresando un *experiencing* más amplio y sentido corporalmente, con lo que pudo y puede seguir generando significados novedoso y modos de sentir diferentes, esto facilita el proceso de cambio experiencial porque permite que la persona se relacione con la enfermedad de una manera distinta, sintiendo que esta es solo una parte de ella y no la totalidad de su persona.

En este sentido el cambio se enmarcó en dos aspectos fundamentales, primero a la apertura de la cliente para tomar contacto corporal con sus sensaciones, explorando a partir de sus recursos personales para dar una nueva perspectiva al cáncer de mama y a las secuelas biológicas y psicológicas que conlleva la enfermedad y el tratamiento, y segundo a la construcción de una alianza terapéutica que se fortaleció en el transcurso de la terapia y que permitió la profundización no sólo de la temática del cáncer sino también a otros aspectos vivencial como el glaucoma.

Aunque el aumento del nivel experiencial en la cliente (nivel IV) no se mantiene para las sesiones finales, y se observan más bien características del nivel III, esta variabilidad pudo deberse a la dificultad para sostener y proteger lo que surge de voces críticas o pensamientos; sin embargo, hubo disposición para volver a focalizar y auto-explorarse.

Por otro lado, el registro y análisis sistemático de este proceso permite observar y describir el cambio terapéutico, abordando los patrones y mecanismos de cambio presentes en esta terapia; además de que permite a la terapeuta el desarrollo de habilidades clínicas para ser más eficiente en el acompañamiento y comprensión del mundo experiencial de la persona con cáncer.

Lo anterior, resulta importante, porque en los antecedentes que se han podido indagar, son pocos los referentes que den cuenta de cómo se desarrolla el cambio

terapéutico en personas con cáncer, generalmente están enfocados en evaluar el uso de la técnica del focusing y de enseñar al cliente como ocuparla, pero no describen un proceso terapéutico y lo que conlleva; es decir, no se desarrolla cómo se construye la alianza terapéutica o cómo la interacción cliente-terapeuta puede ser un factor que permita llevar adelante la experiencia o dejarla estancada.

Por último, este tipo de investigación ofrece nuevas interrogantes que pueden ayudar a avanzar en la indagación de la terapia experiencial en las personas con cáncer, por ejemplo indagar otras fases del cáncer, explorar desde lo cualitativo el uso del focusing en el proceso terapéutico y también describir qué le pasa a la persona del terapeuta con los procesos del cliente. Asimismo, se espera que esta investigación contribuya en caracterizar los factores que enriquecen el proceso terapéutico, con el propósito de perfeccionar y enriquecer el trabajo clínico de otros terapeutas interesados en el tema.

## Referencias

- Adán, A. y Sánchez, T. M. (2003). Depresión y cáncer de mama: Relación no negligible. *Revista de Psiquiatría Biológica*, 10(5), 165-170.
- Alemaný, B.C. (2007). De la psicoterapia experiencial al focusing: Historia evolutiva, contenidos y aplicaciones. En C. Alemany (Ed.), *Manual práctico del focusing de Gendlin* (pp. 433-443). Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Alemaný, B.C. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: La trayectoria de Eugene Gendlin. *Revista Miscelánea Comillas*, 69(135), 443-469. Recuperado de <https://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/viewFile/746/622>
- Alessandri, B.C. (2009). Cáncer de mama y mastectomía: Enlace psicosomático desde el psicoanálisis relacional en el contexto hospitalario. *Psiquiatría Universitaria*, 5(4), 499-506.
- Alonso, F.C. y Bastos, F.A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Revista Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207.
- Alvarado, A.S. (2004). Psicooncología en México: Perspectiva histórica. *Revista GAMO*, 3(3), 44-47.
- American Cancer Society (s.f). *Find support and treatment. Treatments and side effects: Treatment types*. Recuperado de <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/index>
- American Cancer Society (2015). *Cáncer de seno. ¿Cómo se determina la etapa del cáncer de seno?* Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V., Villareal, P. (2011). Oncogúa: Cáncer de mama. *Revista de Cancerología*, 6, 77-86.
- Artiles, M. (1995). Carl Rogers y el enfoque centrado en la persona. En M. Artiles, O. Martín, J. Kappel, J. Poliak, P. Rebagliati y A. Sánchez (Eds.), *Psicología humanista: Aportes y orientaciones*, (pp.17-78). Buenos Aires, Argentina: DOCENCIA.
- Barceló, T. (2007). Carl R. Rogers y Eugene T. Gendlin: La relación que configuró un paradigma. En C. Alemany (Ed.), *Manual práctico del focusing de Gendlin* (pp.79-128). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.



- Battle, C., Imber, S., Hoehn-Saric, R., Stone, A., Nash, E., y Frank, J. (1966). Target Complaints as a criterion of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 184-192.
- Beck, A. (1978). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, Texas: Harcourt Brace Jovanovich.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., y O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: a guide to case-based time-series analysis. *The American Psychologist*, 63(2), 77-95. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>
- Blair, D.L. y Cardona, D.M. (2008). Pacientes con cáncer enfase terminal: Una mirada fenomenológica existencial. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 13-20.
- Canicali, P.C., Nunes, G.L., Pires, O.P., Costa-Leite, F.M. y Costa-Amorim, M.H. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 28, 52-62.
- Capulín, A. (2014). Un desafío a la feminidad: el cáncer de mama. *International Journal of Good Consciencie*, 9(1), 22-31.
- Cerezo, M., Ortiz, T. M y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.
- Costa, Z.M. (2013). *La Asociación Española Contra el Cáncer y el papel del psico-oncólogo* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/3149/1/Trabajo.pdf>
- Corporación Nacional del Cáncer (2009). *Cáncer en Chile*. Recuperado de <http://www.conac.cl/index.php/cáncer-en-chile.html>
- Collyer, C.P. y Cayo, R.G. (1978). *La psicoterapia experiencial: Una descripción teórica y una aplicación empírica* (Tesis de licenciatura). Repositorio académico de la Universidad de Chile
- Dufey, Michele. *Ficha clínica experiencial*. Unidad tutorial de supervisión clínica II. 22 de agosto 2014.

- Duque, C.J. (2001). Carl Rogers: Reflexiones teórico-prácticas. *Psicología desde El Caribe*, 7, 118-129. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300710.pdf>
- Elliot, R. (1999). *Client change interview protocol*. Recuperado de <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Elliot, R. (2002). *CSEP-II experiential therapy session form*. Toledo, OH: Department of Psychology, University of Toledo.
- Escorza, A.C. (2003). *La psicoterapia experiencial, experiencing y otros conceptos: Nuevas consideraciones a partir de la psicoterapia centrada en la persona* (Memoria de licenciatura). Repositorio académico de la Universidad de Chile.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A/15646>
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J., Moreau, J. y Breitbart, W. (2015). A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Journal Palliative and Supportive Care*, 13(4), 981-990. doi: 10.1017/S147895151400073X
- García, M. J. (2010). La esperanza en la experiencia de sufrimiento humano: el psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. *Clínica Contemporánea*, 1(1), 19-29. doi: 10.5093/cc2010v1n1a3
- García, F. y Rincón, P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: Un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 175-183.
- Galindo, V.O., Pérez, B.H., Alvarado, A.S., Rojas, C.E., Álvarez, A.M. y Aguilar, P.J. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: Una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115.
- Gendlin, E.T. (2000). El “experiencing” una variable en el proceso del cambio terapéutico. En E. Riveros (Ed. & Trad.), *El nuevo paradigma del experiencing* (pp.63-160). Santiago, Chile: LOM Ediciones. (Trabajo publicado en 1961)

- Gendlin, E.T. (2000). Una teoría del cambio de la personalidad. En E. Riveros (Ed. & Trad.), *El nuevo paradigma del experienting* (pp.161-181). Santiago, Chile: LOM Ediciones. (Trabajo original publicado en 1964)
- Gendlin, E.T. (1999a). Problemas en la enseñanza del focusing durante la terapia (Trad. J. Rodríguez). En E.T. Gendlin, *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*, (pp. 161-170). Barcelona, España: Paidós. (Trabajo original publicado en 1996)
- Gendlin, E.T. (1999b). Focusing (Trad. J. Rodríguez). En E.T. Gendlin, *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*, (pp. 113-122). Barcelona, España: Paidós. (Trabajo original publicado en 1996)
- Gendlin, E.T. (1997). Existencialismo y psicoterapia experiencial. En C. Alemany (Ed. & Trad.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de E. T. Gendlin* (pp.31-56). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1966)
- Gendlin, E.T. (1997). Focusing. En C. Alemany (Ed. & Trad.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de E. T. Gendlin* (pp.109-124). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1969)
- Gendlin, E.T. (1997). Psicoterapia experiencial. En C. Alemany (Ed. & Trad.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de E. T. Gendlin* (pp.367-372). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1973)
- Gendlin, E.T. (1997). In memoriam: Carl Rogers (1902-1987). En C. Alemany (Ed. & Trad.), *Psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de E. T. Gendlin* (pp.367-372). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Gendlin, E.T. (1983). El manual de la técnica del enfoque corporal (Trad. J. Martínez). En E. Gendlin (Ed.), *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal* (pp.69-76). Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Gendlin, E.T. & F. Zimring (1955). The qualities or dimensions of experienting and their change. *Counseling Center Discussion Paper*, 1(3), 1-27. Recuperado de [https://www.focusing.org/gendlin/docs/gol\\_2139.html](https://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2139.html)
- GLOBOCAN (2012). *Online analysis. Tables. Incidence and mortality: cancers by population age-specific*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>

- Gómez J.J., Unda Y.T. y Toro C. (2015). Cuerpo y cáncer de mama: una aproximación psicoanalítica. *Ciencia y Salud*, 3(11), 33-40.
- Gómez R.J., Altagracia, M.M., Kravzov J.J., Cárdenas E.R. y Rubio, P.C. (2008). Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39(3), 58-70.
- Grindler, K.D. y Flaxman, J. (1999). Focusing: An adjunct treatment for adaptive recovery from cáncer, *The Folio*, 18(1). Recuperado de [http://www.focusing.org/adjunct\\_treatment.html](http://www.focusing.org/adjunct_treatment.html)
- Gross, J.J., y John, O.P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 435-448.
- Hamilton, M. (1959) The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*; 32(1), 50–55.
- Hernández, M. y Cruzado, J.A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: De la evaluación al tratamiento (1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada “Fael Burgaleta” 2012). *Revista Clínica y Salud*, 24(1), 1-9. doi:10.5093/cl2013a1
- Herrero, O., Rodríguez, E., Botella, L., Corbella, S., Gómez, M. y Pacheco, M. (2010). Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153), 43-62.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Cáncer de seno (mama): tratamiento*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page2>
- Irrázaval, M.E. (2011). Tamoxifeno y antidepresivos: ¿Antagonistas en la prevención del cáncer de mama?. *Revista Médica de Chile*, 139(1), 89-99.
- Itriago, G.L., Silva, I.N. y Cortes, F. (2013). Cáncer de mama en Chile y el mundo: Una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 531-552.
- Jaime, B.L., Téllez, L.A., Juárez, G.D., García, C.C. y García, G.E. (2015). El efecto de la hipnoterapia en la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 12(1), 39-49. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48902

- Jassim, G.A., Whitford, D.L., Hickey, A. y Carter B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 28(5). doi:10.1002/14651858.CD008729.pub2.
- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, J. F. (1993). A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381–394.
- Kinget, M.G. (1967). El método no directivo: Aclaraciones previas (Trad. M. Valcarce). En C. Rogers y G. Kinget, *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva*, (pp.7-27). Madrid, España: Alfaguara. (Trabajo original publicado en 1965)
- Klagsbrun, J. (2007). Transforming fear: What we can learn from some people with cancer. *The Folio*, 20(1), 5-14. Recuperado de [http://www.focusing.org/folio/Vol20No12007/02\\_TransformingFear.pdf](http://www.focusing.org/folio/Vol20No12007/02_TransformingFear.pdf)
- Klagsbrun, J., Lennox, S. y Summers, L. (2010). Effect of “clearing a space” on quality of life in women with breast cancer. *USABPJ*, 9(2), 48-53. Recuperado de <https://www.focusing.org/medicine/effect-of-clearing-a-space.pdf>
- Klagsbrun, J., y Lennox S. (2012). Clearing a space: An evidence-based approach for enhancing quality of life in women with breast cancer, *The Folio*, 13(1), 155-167.
- Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T. y Kiesler, D.J. (1997). La escala experiencial (Trad. C. Alemany). En C. Alemany (Ed.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de E. T. Gendlin*, (pp.101-108). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1969)
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C. y Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- Lara, C.S. (2013). *Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales, acercamiento desde la teoría humanista-experiencial* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/130480>
- Lara, M.C., Arce, S.C., Alvarado, M.A., Villareal, G.C., Shaw, D.R., Pérez, S.V., Villaseñor, N.Y., Herrera, G.A. y Zinser, S.J. (2013). Cáncer de mama. En A. Herrera

- y M. Granados (Eds.), *Manual de oncología: procedimientos médico quirúrgico* (pp. 627-670). Distrito Federal, México: McGraw- Hill.
- Lobos, M.A., Olmedo, V.P., Ortíz, B.E. y Opazo, R.C. (2013). Sobrevida de pacientes con cáncer de mama y metástasis ósea. *Revista Chilena de Cirugía*, 65(6), 489-494. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v65n6/art03.pdf>
- Londoño, C.Y. (2009). Trabajando, me enfrenté al cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 18(3). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300004)
- Martínez, B.A., Lozano, A.A., Rodríguez, V. Galindo, V.O. y Alvarado, A.S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58.
- Mendoza, M. H., Huerta, F. A y Vega, R. J. (s.f.). Los cuidados paliativos en el cáncer de mama [Trabajo de investigación]. *Asociación Mexicana de Tanatología A. C.*
- Ministerio de Salud (2011). *Guía clínica: Cáncer de mama*. Santiago, Chile: MINSAL
- Morales, M., Robles, R., Jiménez, M y Morales, J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública de México*, 49(4), 247-248.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H.W.y Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 231–239. doi: 10.1002/cpp.658
- Murillo, M. y Alarcón, P.A. (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 92-111. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35s1/v35s1a07.pdf>
- Olivos, B.P. (2002). *Las actitudes básicas del psicoterapeuta centrado en el cliente como condiciones necesarias para la efectividad de la psicoterapia* (Memoria de licenciatura). Repositorio académico de la Universidad de Chile
- Olsen, L. (1999). Focusing and healing. *The Folio*, 18(1), pp. 2-5. Recuperado de <http://www.focusing.org/healing.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2015a). *Centro de prensa. Cáncer* (Nota descriptiva No. 297). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015b). *Temas de salud: Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015c). *Cáncer de mama: Prevención y control*. Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo?*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/15/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Control del cáncer: Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Cuidados paliativos*.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Cáncer de mama en las Américas*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=17926&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17926&Itemid=)
- Pardo, M.S., Ramírez, A.I., Selva, C.A. y Cuza, P.M. (2011). Modificación de conocimientos sobre el cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. *Revista Medisan*, 15(1), 92-98.
- Pérez, Z.S., López, R.A. Benítez, C.L y Sandoval, A.L. (2011). Conocimientos y comportamientos sobre factores de riesgo de cáncer de mama en un grupo de mujeres. *Revista Enfermería Universitaria*, 8(8), 26-32.
- Rebolledo, M.J. (2008). Diagnóstico y pronóstico del estado terminal. En G. Soberón y D. Feinholz (comp.), *Muerte digna: una oportunidad real* (pp. 25-66). Distrito Federal, México: Secretaría de Salud.
- Recuero, M.A. (1998). *Los modelos terapéuticos de Carl Jung y de Carl Rogers: Una comparación en la perspectiva de la integración* (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://summa.upsa.es/pdf.vm?id=0000014104&page=1>
- Reinero, S. (2007). *La dificultad de poner y aceptar límites en el proceso de la enfermedad cáncer de mamas, desde una visión analítico existencial* (Tesis de licenciatura).

- Reyes, G. y Ortiz de Zúñiga, B. (1996). La resonancia afectiva del terapeuta y su importancia para el trabajo en psicoterapia. *Revista Chilena de Psicología*, 17(1), 82-88.
- Riveros, E.A. (2013). Parafraseando a Eugene Gendlin en un modelo procesal. *Revista Ajayu*, 11(1), 1-17.
- Riveros, E.A. (2000). El nuevo paradigma del experiencing. En E. Riveros (Ed.), *El nuevo paradigma del experiencing* (pp.9-62). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Roco, A., Quiñones, L., Acevedo, C. y Zagmutt, O. (2013). Situación del cáncer en Chile 2000-2010. *Cuadernos Médicos Sociales*, 53(2), 83-94.
- Rogers, C. (1957) The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1967). Teoría e investigación: Definiciones de las nociones teóricas (Trad. M. Valcarce). En C. Rogers y G. Kinget, *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva*, (pp. 185-217). Madrid, España: Alfabeta. (Trabajo original publicado en 1965)
- Rogers, C. (2013). Algunas hipótesis acerca de la posibilidad de facilitar el desarrollo personal (Trad. L. Wainberg). En C. Rogers, *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica* (5ª reimpresión), (pp. 39-45). Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Trabajo original publicado en 1961)
- Rojas, M.G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Clínica Médica Las Condes*, 17(4), 194-197.
- Rosario, J.I. y Almanza, M.J. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 133-141.
- Santaballa, B.A. (2015). *Cáncer de mama*. Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?showall=1>
- Schroeder, H. G. (2005). *Auto concepto, emociones y sentido de vida de mujeres con cáncer de mama* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014627/014627.pdf>



- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18(4), 481-494. doi: 10.1080/10503300801932505
- Serra, I., Martínez, R., Reyes, G., Sierra, P. y Aguayo, C. (2012). Envejecimiento y alta prevalencia de estadios avanzados determinan la creciente mortalidad por cáncer mamario en Chile. *Revista Chilena de Cirugía*, 64(2), 137-146.
- Summerville, M.E. (1999). Listening from the heart to people living with cáncer. *The Folio*, 18(1). Recuperado de <http://www.focusing.org/summerville.html>
- Sheehan, D.; Lecrubier, Y; Janavs, J.; Weiller, E.; Shehan KH; Hergueta, T.; Shehan, M.; Kadri, N.; Gray, C.; Baldwin, D.; Even, C. (2010). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Spanish for US Translation Version 6.0.0*
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510-550. doi:10.1037/a0029312
- Stiles, W.B., Gordon, L.E., y Lani, J.A. (2002). Session evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. En G.S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 325-343). Boston, Massachusetts: Allyn y Bacon.
- Tojal, C. y Costa, R. (2015). Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cáncer. *Journal Psycho-Oncology*, 24(9), 1060-1065. doi: 10.1002/pon.3765
- Torner, P.L. (2011). *Relación entre los aspectos psicológicos y la aparición y evolución del cáncer de mama* (Trabajo final de máster). Recuperado de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/10/Relacion-Entre-Los-Aspectos-Psicologicos-Y-La-Aparicion-Y-Evolucion-Del-Cancer-De-Mama.pdf>
- Vaccaro, Y. y Ramírez, H. (2005). Trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 51(105). Recuperado de <http://www.svp.org.ve/images/articulo1n105.pdf>
- Vallebuona, S.C. (2012). *Primer informe de registros poblaciones de cáncer de Chile: quinquenio 2003-2007*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud

Vidal y Benito, M. del C. (2006). Psicoterapia en psicooncología: Un modelo dinámico focalizado y combinable con psicofármacos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3), 31-56.

## Anexos

### Anexo 1

#### **Instrucciones para la observación de videos**

En el presente estudio se le ha solicitado su participación como uno de los jueces expertos para determinar el nivel experiencial de la participante, al inicio, mitad y final del proceso terapéutico; así como, para observar los aspectos del vínculo, de la cliente, técnicos y de intervención en sesiones consideradas de impacto “positivo” “neutro” y “negativo” del proceso de terapia, esto a través de las conversaciones que se presentan en los videos que se le han entregado.

Para determinar el nivel experiencial, debe tomar como referencia la Escala Experiencial de Gendlin descrita en su versión extensa, en la traducción de Alemany capítulo La Escala Experiencial del libro *Psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de E.T. Gendlin* (1997). Adjuntada a este documento. En cada archivo participan dos personas de una conversación, debe puntuar solamente las expresiones de la persona que aparece filmada en el video. Para esto se ha ordenado numéricamente las sesiones, el resultado debe anotarse en la plantilla adjuntada.

Referente a la observación de los aspectos del vínculo, de la cliente, técnicos y de intervención de las sesiones, debe considerar los siguientes puntos:

**Aspectos del vínculo:** Por ejemplo, la interacción, relación afectiva, lenguaje no verbal entre paciente-terapeuta y otros puntos que considere relevantes.

**Aspectos del paciente:** Por ejemplo, su motivación y actitud a la terapia, si le cuesta focalizarse, temas que aborda y cómo los habla; ¿Cómo se le observa en sesión?.

**Aspectos técnicos:** Por ejemplo, ¿Que técnicas ocupó la terapeuta?; ¿Cómo desarrollo la técnica?; ¿Cómo respondió la cliente ante la técnica propuesta por la terapeuta?; ¿Se focaliza en las experiencias de la cliente o pregunta por datos externos a su vivencia?; ¿La terapeuta permite, obstaculiza o interfiere a la cliente para que se contacte o acerque a su experiencia?

PLANTILLA NIVEL EXPERIENCIAL Y OBSERVACIÓN DE SESIONES

A) Nivel experiencial

No. Sesión	Nivel experiencial

B) Observación de sesiones

Variable del Proceso	Sesión productiva	Sesión neutra o poco productiva	Sesión negativa o perjudicial
<b>Vínculo</b>			
<b>Conducta del paciente</b>			
<b>Técnicas e intervención del terapeuta</b>			

## Anexo 2

### **Invitación para participar en un estudio de psicoterapia**

#### **¿De qué se trata el estudio?**

Es un estudio cuyo propósito es describir y profundizar en la comprensión del proceso de cambio, a través de un proceso de psicoterapia de orientación experiencial en una paciente con cáncer de mama.

#### **¿Qué es lo que este estudio espera lograr?**

El objetivo general es investigar la eficacia de la terapia experiencial en el acompañamiento psicoterapéutico en una paciente con cáncer, y profundizar en la comprensión del proceso de cambio a través de los aspectos específicos obtenidos en el proceso. Además, para la paciente, participar del estudio es una oportunidad para estar activamente involucrado con el proceso terapéutico. Según numerosos estudios, este es uno de los factores que más ayuda a que el resultado de la terapia sea positivo.

#### **¿Cuáles son mis responsabilidades si decido participar?**

- Participar en el proceso psicoterapéutico por un mínimo de 12 sesiones.
- La duración y frecuencia de las sesiones serán de 45 minutos, semanalmente.
- Tener una sesión antes del inicio de la terapia, con el objetivo de evaluar los problemas principales que quiero abordar durante el proceso de la terapia.
- Completar cada día un pequeño formulario sobre estos problemas principales, evaluando qué tan presentes han sido para mí ese día (tomará 1 a 2 minutos por día). En cada sesión, entregar estos formularios al terapeuta.
- Antes de cada sesión, recibir y entregar uno o dos tests semanales a mi terapeuta, quien los guardará con un código para resguardar la confidencialidad.
- Después de cada sesión, responder una breve encuesta de evaluación de la sesión.
- Luego del final del proceso hacer otra sesión de evaluación de los resultados de la terapia.
- Estar dispuesto a que las sesiones sean grabadas en audio y video para su posterior análisis en profundidad.

### **¿Cómo será protegida la confidencialidad?**

Existen varias medidas a tomar para proteger la confidencialidad de los clientes:

- El nombre y la información personal de la paciente jamás será revelada a nadie más que al terapeuta.
- En la base de datos donde toda la información será recopilada, usaremos códigos anónimos en vez de información personal para referirnos a las pacientes.
- Si el cliente quiere retirar su participación del estudio, este puede hacerlo en cualquier momento, sin la necesidad de detener el proceso de terapia.
- Cada sesión será grabada en audio y video para su análisis en profundidad. Estas grabaciones jamás serán mostradas a nadie fuera del investigador principal.
- Los resultados del estudio conformara parte de una tesis de magíster, en la cual, se protegerá la confidencialidad de la paciente y nunca se revelará el nombre o cualquier tipo de información que permita realizar una identificación personal.

### **¿Qué necesito hacer si tengo más preguntas o si quiero participar?**

Si Ud. tiene preguntas respecto al estudio, puede contactarse con la Ps. Graciela Orantes al correo [graciela.orantes@gmail.com](mailto:graciela.orantes@gmail.com) o al +569 76741214.

### Anexo 3

#### Consentimiento informado

**Título del proyecto:** Efectividad y cambio en psicoterapia experiencial en una paciente con cáncer de mama.

**Investigador principal:** Graciela Orantes Martínez

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador. Usted también podrá discutir su participación con los demás miembros de su familia o amigos antes de tomar la decisión.

Yo, \_\_\_\_\_ he sido invitada a participar en un proyecto de investigación, cuyo propósito es describir y profundizar en la comprensión del cambio terapéutico experiencial en una cliente con cáncer de mama.

Mi participación en este estudio implica lo siguiente:

1. Realizar un proceso psicoterapéutico que tenga una duración mínima de 12 sesiones, y cuya frecuencia y duración será de 60 minutos, semanalmente.
2. Realizar una sesión antes de la terapia en que se evalúan las problemáticas del paciente.
3. Antes y después de cada sesión, recibir y entregar los tests semanales (Target Complaints, OQ, WAI, SEQ) a mi tratante, quien los guardará con un código para resguardar la confidencialidad.
4. Después de cada sesión, responder una breve encuesta de evaluación de la sesión.
5. Luego del final del proceso terapéutico acudir a otra sesión de evaluación de los resultados del proceso.
6. Estar dispuesto a que las sesiones sean videograbadas para su posterior análisis en profundidad.

7. Estar de acuerdo con que se analicen los datos obtenidos y se publique (respetando el anonimato del paciente) en una tesis de magíster los aspectos específicos del proceso psicoterapéutico que fueron de ayuda; y cómo estos afectaron los resultados.

Entiendo que mi participación es voluntaria, puedo decidir retirarme de la investigación en cualquier momento que lo desee. Finalmente, entiendo que la información será confidencial y conocida solamente por la investigadora responsable.

Me comprometo con la Ps. Graciela Orantes a cumplir con las sesiones y a entregar la información solicitada llenando los cuestionarios mencionados en los puntos anteriores.

Entiendo esta hoja de consentimiento y acepto participar en la investigación.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Paciente:

RUT:

Fecha:

Si Ud. Tiene preguntas respecto al estudio, puede contactarme al correo electrónico [graciela.orantes@gmail.com](mailto:graciela.orantes@gmail.com)



## Anexo 4

### PATHEV\*

#### Instrucciones:

A continuación encontrará algunas afirmaciones acerca de las expectativas, de lo que esperan y/o temen las personas acerca de la terapia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Nuestro interés es que conteste lo que usted piensa respecto a la psicoterapia que iniciará. Favor de marcar en el paréntesis de cada enunciado el número que mejor lo identifique en base a la siguiente escala:

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1. Me preocupa que aún estando en psicoterapia no se me pueda ayudar.	1	2	3	4	5
2. He encontrado la mejor terapia.	1	2	3	4	5
3. Tengo miedo de cambiar.	1	2	3	4	5
4. Creo que mis problemas por fin podrán resolverse.	1	2	3	4	5
5. Incluso participando en esta terapia mis problemas no cambiarán mucho.	1	2	3	4	5
6. Esta terapia puede ser la adecuada para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
7. A veces tengo miedo que la terapia me cambie más de lo que quiero.	1	2	3	4	5
8. En comparación con mis intentos anteriores, tengo la sensación de que ahora estoy haciendo lo correcto.	1	2	3	4	5
9 En realidad dudo que la terapia me pueda ayudar.	1	2	3	4	5
10 Quizás otra terapia me ayudaría mejor.	1	2	3	4	5
11. A veces me preocupo por todas las cosas que cambiarán, una vez que mis problemas hayan desaparecido.	1	2	3	4	5

## Anexo 5

### BEQ

Por cada frase que sigue, por favor indique su nivel de acuerdo o desacuerdo llenando el espacio en frente de cada artículo con el número apropiado correspondiente a la siguiente escala de evaluación:

-----  
**1**                    **2**                    **3**                    **4**                    **5**                    **6**                    **7**  
**Completamente**                    **neutro**                    **completamente**  
**en desacuerdo**                                       **de acuerdo**  
-----

- \_\_\_ 1. Cuando siento emociones positivas, los demás pueden fácilmente ver exactamente lo que siento.
- \_\_\_ 2. A veces lloro mientras veo películas tristes.
- \_\_\_ 3. A menudo los demás no saben lo que estoy sintiendo.
- \_\_\_ 4. Me río en voz alta cuando alguien me cuenta un chiste que creo que es cómico.
- \_\_\_ 5. Se me hace difícil esconder mi miedo.
- \_\_\_ 6. Cuando estoy feliz, mis sentimientos se muestran.
- \_\_\_ 7. Mi cuerpo reacciona muy fuerte a situaciones emocionales.
- \_\_\_ 8. He aprendido que es mejor reprimir mi rabia que demostrarla.
- \_\_\_ 9. No importa como de nervioso/a o alterado/a esté, tiendo mantener una apariencia de estar calmado/a.
- \_\_\_ 10. Soy una persona expresiva emocionalmente.
- \_\_\_ 11. Tengo emociones fuertes.
- \_\_\_ 12. A veces soy incapaz de esconder mis emociones, aunque me gustaría.
- \_\_\_ 13. Cuando siento emociones negativas, los demás pueden fácilmente ver exactamente lo que estoy sintiendo.
- \_\_\_ 14. Ha habido veces en que no he podido dejar de llorar aunque traté de parar.
- \_\_\_ 15. Siento mis emociones fuertemente.
- \_\_\_ 16. Lo que siento está escrito por toda mi cara.

## Anexo 6

### BDI - 1

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	G
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a. 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a. 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	H
0. No me considero fracasado/a 1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	0. No creo ser peor que otras personas 1. Me critico mucho por mis debilidades y errores 2. Continuamente me culpo de todo lo que va mal 3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	I
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya nada me llena 3. Estoy harto/a de todo	0. No tengo pensamientos de hacerme daño 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera 3. Me mataría si pudiera

E	J
0. No me siento culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	0. No lloro más de lo habitual 1. Ahora lloro más de lo normal 2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo 3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

K	Q
0. No estoy más irritable que normalmente 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada

L	R
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito que siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito

M	S
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mi mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos  Estoy bajo dieta para adelgazar:    SI    NO

N	T
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mi estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa

O	U										
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo										
P											
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	<table border="1" style="border-style: dashed; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Subtotal</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Página 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Subtotal</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Total</td> <td></td> </tr> </table>	Subtotal		Página 1		Subtotal		Página 2		Total	
Subtotal											
Página 1											
Subtotal											
Página 2											
Total											

## Anexo 7

### Escala de Ansiedad Hamilton

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>1. Humor ansioso (AP)</b> Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>2. Tensión (AP)</b> Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>3. Miedos (AP)</b> A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>4. Insomnio (AP)</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>5. Funciones intelectuales (AP)</b> (gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>6. Humor depresivo (AP)</b> Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>7. Síntomas somáticos generales (AS)</b> (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>8. Síntomas somáticos generales (AS)</b> (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>9. Síntomas cardiovasculares (AS)</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>10. Síntomas respiratorios (AS)</b> Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>11. Síntomas gastrointestinales (AS)</b> Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>12. Síntomas genitourinarios (AS)</b> Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS)</b> Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación	<b>0 1 2 3 4</b>
<b>14. Comportamiento durante la entrevista (AP)</b> Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales	<b>0 1 2 3 4</b>

A.P.  + A.S.  = TOTAL

## Anexo 8

Cuestionario de resultados OQ-45.2																			
<b>Nombre:</b>																			
<b>Fecha:</b>																			
Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, b�ase en los <b>ÚLTIMOS SIETE DIAS</b> , incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término " <b>TRABAJO</b> " se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños,etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.																			
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con Frecuencia	Casi Siempre	S	RI	RS											
<b>1. Me llevo bien con otros</b>	4	3	2	1	0			<input type="checkbox"/>											
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4			<input type="checkbox"/>											
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
<b>7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.</b>	4	3	2	1	0			<input type="checkbox"/>											
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
<b>12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.</b>	4	3	2	1	0			<input type="checkbox"/>											
<b>13. Soy una persona feliz.</b>	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>													
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4			<input type="checkbox"/>											
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													
16. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4			<input type="checkbox"/>											
<b>17. Mi vida sexual me llena.</b>	4	3	2	1	0			<input type="checkbox"/>											
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4			<input type="checkbox"/>											
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4			<input type="checkbox"/>											
<b>20. Me siento querido y que me necesitan.</b>	4	3	2	1	0			<input type="checkbox"/>											
<b>21. Disfruto mi tiempo libre.</b>	4	3	2	1	0			<input type="checkbox"/>											
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>													

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con Frecuencia	Casi Siempre	S	RI	RS
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
<b>24. Estoy contento conmigo mismo.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>		
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
<b>28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>31. Estoy satisfecho con mi vida.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
<b>37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
<b>43. Mis relaciones con otros me satisfacen.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D. ©Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. All Rights Reserved. License Required For All Uses.							0 + 0 + 0	
Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.							<b>Total</b> <input type="checkbox"/>	



**Anexo 9**

**Target Complaints**  
**Formulario de Seguimiento Diario**

*\* Este formulario se completa durante la semana y se devuelve al terapeuta en la sesión siguiente.*

**Registrar:**

Nombre del paciente:

Nombre del terapeuta:

Fecha actual: Semana del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Para evaluar cada problema, considere cuánto éste le ha molestado cada día.

**Escala:**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Nada                      Poco                      Bastante                      Al Máximo

**Problemas Elegidos para Trabajar:**

Anote los problemas que ha elegido al inicio del proceso

*Problema 1:*

*Problema 2:*

*Problema 3:*

Fecha	Evaluación diaria Problema 1	Evaluación diaria Problema 2	Evaluación diaria Problema 3

## Anexo 10

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Sesión \_\_\_\_\_

### SEQ

Por favor marque el número que más considera apropiado para calificar la última sesión con su psicoterapeuta.

#### Esta sesión ha sido...

mala ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... buena

difícil ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... fácil

valiosa ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... irrelevante

superficial ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... profunda

relajada ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... tensa

desagradable ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... agradable

llena ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... vacía

débil ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... potente

especial ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... común

dura ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... suave

cómoda ..... 1 2 3 4 5 6 7 ..... incómoda

## Anexo 11

### Ficha clínica

#### I.- IDENTIFICACIÓN

##### 1.1 Identificación terapeuta

Nombre terapeuta			
Fono casa		Móvil	
E-mail			

##### 1.2 Identificación paciente

Nombre	
Edad	
Estado Civil	
Escolaridad	
Ocupación	
E-mail	
Móvil	
Teléfono Casa	
Teléfono Trabajo	

#### II.- TIEMPO DE TERAPIA

Fecha de Ingreso	
Fecha de término	

#### III.- MOTIVO DE CONSULTA

##### 3.1 Modo de llegada *(Marcar con una cruz. Diagnóstico y/o medicación anotarlo)*

Iniciativa Propia		Sin diagnóstico		Sin medicación	
Sugerencia		Con diagnóstico		Con medicación	
Obligado					

### 3.2 Descripción del motivo de consulta (*qué tiene y qué busca*)

Inicial (qué tiene)
Inicial (qué busca)
Profundizado (qué tiene)
Profundizado (qué busca)

### 3.3 Tipo de permanencia de la dificultad<sup>11</sup> (*marcar con una cruz*)

Situacional que avanza fácil		Situacional pegado	
Histórico que avanza fácil		Histórico pegado	

### 3.4 Sucesos desencadenantes

A qué atribuye la situación actual por la que consulta
--

Observaciones

---

<sup>11</sup> - Situacional hace alusión a menos de seis meses.

- Histórico alude a una forma de funcionar que la persona reconoce que le trae problemas, aunque no alcance a comprender bien cuál ese modo le es desadaptativo

- Fácil avance refiere a que la remisión sintomática se evidencia rápidamente (un mes de terapia para lo situacional y 3 meses para lo histórico).

### 3.5 Síntomas al momento de consultar y remisión

Físicos	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes

Afectivo /emocionales	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes

Conductuales relacionales	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes

*\*En caso de necesidad añadir filas. Señalar con una cruz cuando aún está presente*

Observaciones

---

## IV.- OBSERVACIÓN CLÍNICA

### 4.1 Capacidad para llevar adelante la experiencia

#### 4.1.1 Capacidad según pasos del proceso *(Indicar F = fácil; D = difícil; V = variable)*

Pasos	1° Mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
Hacer un espacio (distancia correcta)						
Formación de la sensación sentida						
Permanencia en el contacto (actitud auto exploratoria)						
Creación de símbolos						
Capacidad de chequeo entre símbolos y sensación-sentida						
Capacidad para develar						
Capacidad de aplicación global						
Capacidad de reconocimiento de lo nuevo						
Capacidad de llevar adelante los cambios intra-sesión en cambios extra-sesión						

#### 4.1.2 Tipo de contacto (distancia) (marcar con cruces)

Adecuada		Invasora		Lejana		Extrema oscilante		Pegada	
----------	--	----------	--	--------	--	-------------------	--	--------	--

Logro de la lejanía

Órbita circunstancial		Orbita explicativa		Ingeniería mental	
--------------------------	--	--------------------	--	----------------------	--

\*Categorías no excluyentes, si corresponde numere por énfasis

#### Sentimientos claros (conocidas, pegados y repetitivos) (marcar con cruz si se da)

Culpa		Vergüenza		Injusticia		Otros:
Pena		Maldad		Impotencia		

#### Otras interferencias para lograr y/o mantener una distancia adecuada (marcar con cruz si se da)

Voces críticas		Voces desesperanzadas		Risa	
Voces miedosas		Voces impacientes		Otra	

#### 4.1.3 Interferencias para formar la sensación (marcar con cruces)

Sueño		Dificultad con imágenes		Dificultad de especificidad	
Fallas atencionales		Dificultad evocativa		Dificultad con voces	
Solo sensaciones físicas		Dificultad auto empatía			

#### 4.1.4 Interferencias para develar (marcar con cruces)

No crea imágenes		Descarta sin chequeo		Impaciencia	
No regresa		Acepta sin chequeo			

#### 4.1.5 Interferencias para aplicación global (marcar con cruces)

revelación seguida de crítica		Se pierde el paso dado	
Esfuerzos de control para lo develado		Tendencia a salirse rápidamente del estado	

#### 4.2. Respuesta a las intervenciones (marcar con cruz si es efectiva y con ¿ si se desconoce)

Reiteración		Sondas auditivas		Auto empatía	
R. sentimiento		Sondas Kinestésica		Cambios posturales	
R elucidatorio		Evocación		Cambios respiratorios	

Observaciones

### 4.3 Observaciones de funcionamiento Básico

#### 4.3.1 Respiración *(marcar con cruces)*

<b>Respiración habitual</b>	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
Profunda						
Superficial						

<b>Respiración abdominal</b>	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
Fluida						
Sólo voluntaria						
Interferida						

<b>RESPIRACIÓN HABITUAL</b>		<b>RESPIRACIÓN ABDOMINAL</b>	
Profunda		Fluida	
Superficial		Sólo voluntaria	
Rítmica		Interferida	

#### 4.3.2 Tensión / relajación *(marcar con cruces)*

<b>TENSIÓN</b>		<b>RELAJACIÓN</b>	
Habitualmente tenso		Relajación fácil	
Habitualmente normal		Relajación con Jacobson	
Habitualmente hipotenso		Interferida	
Control voluntario		Rechaza	

*\*Tensión: categorías no excluyentes*

#### 4.3.3 Eje / postura / movimiento *(marcar con cruces)*

<b>Eje (de pie)</b>	<b>POSTURA (sentado)</b>		<b>MOVIMIENTOS</b>	
Centrado		Derecho relajado		Normales
Atrás		Encorbado		Amplios
Adelante		Ahorcado		Reducidos
Hacia un lado		Derecho tenso		Estereotipados

CONTROL POSTURA		CONTROL MOVIMIENTOS	
Controla		Controla	
No se mantiene		No se mantiene	
No logra		No logra	

#### 4.3. 4 Características de la atención *(marcar con cruces)*

Controlada	Interna	Egocentrada	Contemplativa
Dispersa	Externa	Alterocéntrica	De barrido

Categorías no excluyentes

#### 4.3. 5 Emociones básicas *(marcar con cruces)*

EMOCIÓN	Fluida	Pegada	Interferida
Pena			
Rabia			
Miedo			
Alegría			

Observaciones

---

### V.- ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

<p><b>5.1 Familia actual</b></p>          
--

<p><b>5.2 Familia de origen</b></p>          
---



## **VI.- ANTECEDENTES ACADÉMICO - PROFESIONALES RELEVANTES**

### **6.1 Antecedentes profesionales**

--

### **6.2 Antecedentes académicos**

--

## **VII.- ANTECEDENTES PSICOFÍSICOS RELEVANTES**

### **7.1 Antecedentes psiquiátrico-psicológicos**

--

### **7.2 Antecedentes salud**

--

## **VIII.- DIAGNÓSTICO**

### **8.1 DSM4**

Eje 1	
Eje 2	
Eje 3	
Eje 4	
Eje 5	

## 8.2 Diagnóstico procesal

--

## IX TRATAMIENTO

### 8.1 Sesión 1 *(Tema, develaciones, Respuesta a las intervenciones)*

--

### 8.2 Sesión 2 *(Tema, revelaciones, Respuesta a las intervenciones)*

--

**Anexo 12**

**(CSEP-II) Formulario de Evaluación de Sesiones**

PACIENTE \_\_\_\_\_ SESION \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ TERAPEUTA \_\_\_\_\_

**I. Notas de Proceso**

**1.1. Breve resumen de los episodios y eventos más importantes de la sesión:**

**1.2. Técnicas aplicadas en la sesión** (si hubo alguna)

**1.3. Eventos inusuales ocurridos en la sesión** (ej: llega tarde, interrupciones, situaciones desafiantes o extrañas)

**1.4. Eventos importantes ocurridos fuera de la sesión** (ej: relaciones, trabajo, enfermedades, cambios en medicamentos, acciones de autoayuda, etc.)

**1.5. Ideas para próxima sesión (propias o de la supervisión):**

## II. Evaluación General de la Sesión:

<p>2.1. Por favor evalúe cuán útil o perjudicial para su cliente, usted piensa que fue esta sesión (Elija sólo una respuesta)</p> <p>ESTA SESIÓN FUE:</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1. Extremadamente perjudicial  <input type="checkbox"/> 2. Ampliamente perjudicial  <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente perjudicial  <input type="checkbox"/> 4. Levemente perjudicial  <input type="checkbox"/> 5. Neutral  <input type="checkbox"/> 6. Levemente útil  <input type="checkbox"/> 7. Moderadamente útil  <input type="checkbox"/> 8. Ampliamente útil  <input type="checkbox"/> 9. Extremadamente útil         </p>
<p>2.2. ¿Cómo se siente respecto de la sesión que acaba de terminar con su cliente? (Elija sólo una respuesta)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1. Perfecto  <input type="checkbox"/> 2. Excelente  <input type="checkbox"/> 3. Muy bien  <input type="checkbox"/> 4. Bastante bien  <input type="checkbox"/> 5. Decentemente  <input type="checkbox"/> 6. Bastante mal  <input type="checkbox"/> 7. Muy mal         </p>
<p>2.3. ¿Cuánto avance cree que tuvo su cliente en esta sesión, respecto de cómo lidia con sus problemas? (Elija sólo una respuesta)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1. Mucho avance  <input type="checkbox"/> 2. Considerable avance  <input type="checkbox"/> 3. Moderado avance  <input type="checkbox"/> 4. Algo de avance  <input type="checkbox"/> 5. Muy poco avance  <input type="checkbox"/> 6. No avanzamos nada esta sesión  <input type="checkbox"/> 7. En algún sentido sus problemas empeoraron esta sesión         </p>
<p>2.4. En esta sesión algo cambió para mi cliente. Él o ella tuvo un darse cuenta y vio o experimentó algo distinto (Elija sólo una respuesta)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1. No, para nada  <input type="checkbox"/> 2. Muy levemente  <input type="checkbox"/> 3. Levemente  <input type="checkbox"/> 4. Algo  <input type="checkbox"/> 5. Moderadamente  <input type="checkbox"/> 6. Considerablemente  <input type="checkbox"/> 7. Mucho         </p>

### III. Modos de expresión del Cliente:

Por favor evalúe cuánto el cliente se expresó en la sesión de las siguientes maneras:

Ausente	Ocasional (1 - 5% de las respuestas)	Común (10 – 20% de las respuestas)	Frecuente (25 - 45% las respuestas)	Extensivo (≥ 50% de las respuestas)
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5	3.1. <u>Externo</u> : Prestando atención a otras personas y eventos externos, no a su experiencia.
1 2 3 4 5	3.2. <u>Solamente conceptual o abstracto</u> : Formulando los temas en términos abstractos o solamente racionales, sin referencia a su experiencia concreta y sentida.
1 2 3 4 5	3.3. <u>Somático</u> : Prestando atención a dolor físico y enfermedades somáticas.
1 2 3 4 5	3.4. <u>Conteniendo / Poniendo distancia</u> : Evitando o reprimiendo sentimientos y experiencias dolorosas o atemorizadoras.
1 2 3 4 5	3.5. <u>Atención interna</u> : Prestando atención hacia adentro, para clarificar sentimientos, pensamientos, imágenes o sensaciones corporales.
1 2 3 4 5	3.6. <u>Búsqueda experiencial</u> : Examinando experiencias internas poco claras con curiosidad; sosteniendo la atención con experiencias vagas o ambiguas.
1 2 3 4 5	3.7. <u>Expresión activa</u> : Mostrando o actuando reacciones vívidas y específicas.
1 2 3 4 5	3.8. <u>Contacto interpersonal</u> : Confiando, abriéndose al terapeuta.
1 2 3 4 5	3.9. <u>Auto-Reflexión</u> : Tomando perspectiva de la experiencia para darle sentido.
1 2 3 4 5	3.10. <u>Acción emergente</u> : aplicando los resultados del trabajo experiencial para resolver problemas y actuar de manera eficaz.

#### IV. Principios Básicos de la Terapia Experiencial:

Por favor evalúe cómo aplicó cada uno de los principios básicos de la terapia, de acuerdo a la siguiente escala:

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Necesito mejorar mucho en la aplicación: Me sentí como un principiante, como si no pudiera manejar este concepto.                    |
| 2 | Necesito mejorar bastante: Me sentí como un principiante avanzado, que está empezando a entender esto, pero necesita trabajarlo más. |
| 3 | Necesito mejorar aún un poco más: Necesito hacer un esfuerzo y focalizarme en seguir practicando, ya estoy cerca de manejarlo bien.  |
| 4 | Aplicación adecuada: Lo apliqué en la sesión, pero necesito seguir practicando para mejorar cuán bien lo aplico.                     |
| 5 | Buena aplicación: Lo apliqué en la sesión, de buena forma.   |
| 6 | Excelente aplicación: Lo apliqué consistentemente en sesión, e incluso de maneras creativas.   |

- |             |  |
|-------------|--|
| 1 2 3 4 5 6 | 4.1. Logré <u>sintonizar empáticamente</u> con la experiencia del cliente (dejando de lado preconcepciones, entrando en el mundo del cliente, resonando con mi propia experiencia, captando lo importante, etc.).              |
| 1 2 3 4 5 6 | 4.2. Expresé <u>empatía</u> y <u>aprecio</u> a mi cliente, comportándome de manera <u>auténtica</u> .  |
| 1 2 3 4 5 6 | 4.3. Facilité la <u>colaboración</u> entre cliente y terapeuta, así como el mutuo involucramiento en los objetivos y tareas de la terapia, a través de la negociación de objetivos y actividades, psico-educación, etc.        |
| 1 2 3 4 5 6 | 4.4. Facilité el trabajo usando distintas <u>técnicas</u> , si las consideré aplicables y de acuerdo a lo que ocurría en la sesión y el foco del trabajo (continuum de consciencia, silla vacía, dialogo de polaridades, etc). |
| 1 2 3 4 5 6 | 4.5. Facilité el avance del cliente en los <u>temas centrales</u> de la terapia al identificar, atender y ofrecer oportunidades para retornar a los temas centrales a lo largo de la sesión.                                   |
| 1 2 3 4 5 6 | 4.6. Facilité el <u>auto-desarrollo</u> a través de reflejar, apoyar y simbolizar nuevas experiencias, empoderamiento, y sensación del cliente de que era capaz de contactarse con sus recursos.                               |
| 1 2 3 4 5 6 | 4.7. <u>Evaluación General</u> : En general, apliqué los principios y tareas de la terapia experiencial.   |

## Anexo 13

### ESCALA EXPERIENCIAL

A continuación describimos cada uno de los 7 niveles de esta escala y los criterios incluidos en cada categoría. Al final se añade una tabla resumida de estos mismos criterios.

#### 1. FORMA EXPLICATIVA DE LA ESCALA EXPERIENCIAL

##### Nivel I

La principal característica en este estado es que el contenido o la forma de expresión resultan impersonales. En algunos casos, el contenido es intrínsecamente impersonal, siendo muy abstracto, general, superficial o un informe de acontecimientos o ideas sin referencia personal establecida. En otros casos, aparte de la naturaleza personal del contenido, la implicación del que habla resulta impersonal, de forma que no revela nada importante acerca de sí mismo y sus puntualizaciones podrían ser muy bien acerca de un extraño o un objeto.

**El contenido no es sobre el comunicante.** El sujeto cuenta un relato, describe a otra gente o acontecimientos en los cuales él no está involucrado, o presenta un informe generalizado o sin implicación de ideas. Nada hace que el contenido sea personal.

**El contenido es tal que el que habla se identifica con ello de alguna manera, pero la asociación no queda clara.** El comunicante refiere algo que le ocurre a él mismo, pero sus descripciones no establecen su implicación. Los pronombres en primera persona sólo definen al que habla como un objeto, un espectador o un participante incidental. La atención se focaliza exclusivamente en eventos externos. Por ejemplo, "caminando por la calle vi que ocurrió aquello ..."; "estoy leyendo un libro que decía... "; "le puse la tapa a la caja"; "él me pisó el pie." El que habla no asume sus actitudes, sentimientos o reacciones. Se trata a sí mismo como un objeto o un instrumento de una forma tan remota que el relato podría ser acerca de otro cualquiera. Su forma de expresión es remota, objetiva, distanciada, como una charla social superficial o que tuviese un tono mecánico o repetitivo.

**El contenido es una lacónica a inexplicada negación a participar** en una interacción, o un rechazo o minimización de la interacción. Respuestas mínimas sin comentarios espontáneos es lo que se da en esta primera etapa.

## Nivel II

La asociación entre el que habla y el contenido es explícita. El comunicante es ya la figura central de la narración o su interés resulta claro. La implicación del que habla, sin embargo, no va más allá de la situación específica o el contenido. Todos los comentarios, asociaciones, reacciones y puntualizaciones sirven al relato o idea para hacerse entender, pero no refieren o definen los sentimientos del comunicante.

**El contenido es una narración de eventos en los cuales el comunicante está personalmente implicado.** Sus puntualizaciones y asociaciones se refieren a facetas externas de la narrativa, otra gente, los eventos, objetos, las acciones del que habla; no proporcionan sus reacciones interiores o perspectiva. Si la narrativa incluye los pensamientos del comunicante, opiniones, deseos o actitudes, éstas sólo describen al mismo intelectual o superficialmente. Algunos refieren a las ideas y pensamientos como si fueran sentimientos. Ejemplo: "Siento que soy un buen granjero"; "siento que la gente debería ser más considerada". Si términos como "opino" o "deseo" pueden sustituirse por "siento" sin cambiar el sentido, la puntualización hecha está a nivel II.

**Los eventos narrados son impersonales, pero el que habla especifica explícitamente que el contenido es importante para él.** Por ejemplo, expresa interés en, o evalúa, un evento, pero no muestra la forma o la cantidad de su interés, o to que le concierne.

**El contenido es una auto-descripción que resulta superficial, abstracta, generalizada o intelectualizada.** No se hace referencia a los sentimientos del comunicante o a su perspectiva interna. El discurso presenta las ideas, actitudes, opiniones, juicios morales, deseos, preferencias, aspiraciones o capacidades que describe el comunicante desde una perspectiva externa o periférica. Uno le percibe como ajeno.

**El contenido revela los sentimientos y reacciones del que habla implícitamente, pero no explícitamente.** Si el comunicante está afectado emocionalmente, resulta evidente por su forma de actuar, no por sus palabras. Si el contenido es del tipo que ordinariamente pudiera ser de significancia personal, el comunicante no lo dice, Si el comunicante comunica sus sentimientos, les da un trato abstracto, impersonal, como objetos, o se los atribuye a otros. Pronombres en tercera persona, especialmente "uno siente", son indicativos de despersonalización.

**El contenido es una retahíla de sueño, fantasía, alucinación o asociación libre.** Este puede ser tratado como eventos narrados o externos. Están en la etapa II si lo subrayado por el que habla lo asocia a si mismo con lo contado, pero no le imprime sus reacciones de sentimientos.



### Nivel III

El contenido es una narración o descripción del comunicante en términos externos o conductuales, con comentarios añadidos de sus sentimientos o experiencias privadas. Estas puntualizaciones son limitadas a los eventos o situaciones descritas, dando a la narración un toque personal sin descripción del comunicante más ampliamente. Son también del nivel III las autodescripciones que se circunscriben a situaciones específicas o roles.

**El contenido es una narración de eventos o descripción de un aspecto del medio ambiente del comunicante (pasado, presente o futuro), con puntualizaciones personales entre paréntesis, dado de las formas siguientes:**

- 1) El sentimiento del comunicante se da al mismo tiempo que el acontecimiento o retrasado respecto de él. Por ejemplo, "él no me hizo volver y me enfadé", o "él no me hizo volver; pensando en ello ahora, me enfado".
- 2) Se da el significado personal o implicaciones en la situación relacionándola con la experiencia privada del comunicante. Por ejemplo, "esto me resuena a ser regañado como un chaval"; "era uno de esos extraños estados de ánimo que me vienen cuando estoy cansado".
- 3) El estado de darse cuenta del comunicante ocurre al mismo tiempo que al darse el evento. Tales expresiones incluyen detalles de motivos, concienciaciones, percepciones privadas o asunciones que quedan limitadas al evento. Por ejemplo, "sabía entonces que estaba reaccionando demasiado enérgicamente"; "era consciente de que buscaba defenderme"; "lo hice aún sabiendo que quedaba como un tonto". Materiales de sueños, alucinaciones, fantasías y asociaciones libres pueden tratarse como narraciones; están en el nivel III si se mencionan los sentimientos.

**El contenido es una auto-descripción de aspectos circunscritos al estilo de vida del comunicante, o su rol o sus sentimientos y reacciones presentadas sólo en términos conductuales.** El comunicante puede, por ejemplo, describir cómo funciona él como padre o en su trabajo, o decir cómo se comporta cuando está enfadado. Las puntualizaciones personales enriquecen la descripción de la situación o reacción a ello, pero están limitadas al contexto inmediato.

**En respuesta a cuestiones directas, el comunicante dice cómo son o fueron sus sentimientos.** Las palabras del entrevistador no son necesarias para identificar el sentimiento.

#### **Nivel IV**

El contenido es una presentación clara de los sentimientos del comunicante, dando una perspectiva personal, interna, de sentimientos acerca de sí mismo. Los sentimientos o la experiencia de eventos, más que los eventos mismos, son el objeto del discurso. Atendiendo a ello, y presentando esta experienciación, el que habla comunica lo que le parece que es él. Estas visiones interiores son presentadas, enumeradas o descritas, pero no están interrelacionadas o usadas como base para un auto-examen sistemático o formulación.

**El contenido inicial es una situación específica que resulta ampliada y profundizada por las auto-referencias del comunicante para mostrar lo que él es de forma más general o más personal.** El comunicante debe describir sus sentimientos con gran detalle, referir a sentimientos mientras estos ocurren en un rango de situaciones, proveer reacciones personales a sentimientos específicos o reacciones relacionadas con su propia auto-imagen. Los sentimientos pueden ser respuestas inmediatas o respuestas recordadas de situaciones pasadas. El comentario auto-descriptivo debe versar sobre aspectos internos y personales del que habla, no con evaluaciones morales o características externas o conductuales.

**El contenido es un relato dicho desde un punto de vista completamente personal.** Los detalles de sentimientos, reacciones y asunciones son integrados en la narrativa, de forma que lo que emerge es un cuadro detallado de la experiencia personal del comunicante sobre los eventos.

**El contenido es una auto-caracterización en la cual el que habla dice su perspectiva personal.** Hablando de sí mismo hace explícitos sus sentimientos, personalidad, asunciones, motivos, fines y percepciones privadas. Revelando estas partes internas de sí mismo, el comunicante da una pintura detallada de uno o más de sus estados de ser. El material presentado no es analizado o interrelacionado. El uso de términos abstractos o jergas para describir elementos de personalidad debe ser ampliado con algún detalle interno para homologarse a nivel IV. Por ejemplo, la frase "mi ego estaba dividido" podría necesitar elaboración, tal como "sentía como si no fuese nada, que nadie tendría que darse cuenta de mí."

## Nivel V

El contenido es una exploración con propósito de los sentimientos y la experienciación del comunicante. Se dan dos componentes necesariamente. Primero, el comunicante debe plantear o definir un problema o una proposición acerca de sí mismo explícitamente en términos de sentimientos. El problema o proposición puede recoger el origen, secuencia o implicaciones de sentimientos, o sentimientos relacionados con otros procesos privados. Segundo, el comunicante debe explorar o trabajar con un problema de una forma personal. La exploración o elaboración debe estar claramente relacionada con la proposición inicial, y debe contener referencias internas de forma que funcione expandiendo el darse cuenta del comunicante sobre la experienciación. Ambos componentes, problema y elaboración, deben estar presentes.

La proposición o problema debe estar dada clara o contundentemente, y puede incluir referencias a sentimientos o experiencia personal sobre la temática. Si las bases internas del problema son débiles, como referencias a conductas indeseadas o estilos indeseados, proposiciones sobre los precipitantes externos de la conducta o sentimientos, o presentación de secuencias temporales de sentimientos, entonces la exploración o elaboración debe hacerse extensiva a referencias internas. Debe quedar claro que el comunicante está focalizando en su experiencia interna más que simplemente justificando su conducta.

**El problema o hipótesis acerca de si debe estar orientado a sentimientos, reacciones privadas o asunciones básicas de la auto-imagen.** Puede presentarse de distintas formas:

- 1) Un sentimiento, reacción o proceso interno, y en algunos casos un patrón de conducta, puede ser definido como problemático en sí; por ejemplo, "mi tristeza es el problema" o "¿por qué estoy tan enfadado?".
- 2) El comunicante puede buscar si tiene, o en qué sentido tiene, un sentimiento específico; no "¿qué siento?", lo cual podría ser tres o cuatro cosas, sino "¿realmente me siento enfadado?", o "¿cómo estoy de enfadado, realmente?"
- 3) El problema o proposición puede ser definido en términos de implicaciones personales, tipos de relación y ramificaciones internas de un sentimiento, incluyendo sus orígenes o causas, su lugar en una secuencia temporal de sentimientos y eventos internos, su forma de expresión o sus implicaciones personales y privadas. Por ejemplo: "¿me enfado cuando me siento inepto?" o "el enfadarme significa que he perdido el control de mí", o "me enfado como solía hacerlo mi madre".

4) Sentimientos, reacciones y procesos internos pueden compararse.

**Todos los problemas o frases acerca de sí deben ser explorados o elaborados con referencias internas.** Ejemplos o ilustraciones pueden mostrar cómo el comunicante experimenta el problema o proposición en etapas diferentes o en veces distintas; si se da, la pertenencia de la ilustración al problema puede ser explícita. El problema o proposición debe estar relacionado con otros procesos internos o reacciones. Como alternativa, a través de hipótesis, especulación o analogía, el comunicante clarifica la naturaleza o implicación privada del problema central, su causa o ramificaciones.

En esta etapa V, el comunicante está explorando o probando una hipótesis acerca de su experienciación. Mientras que defina el objeto de ese proceso claramente con referencias internas, su forma puede ser condicional, tentativa, vacilante o indagante.

#### **Nivel VI**

El contenido es una síntesis de sentimientos y experiencias bastante accesibles, reconocidas de forma nueva o realizada más plenamente, en orden a producir estructuras significativas personalmente o para resolver temas. Los sentimientos más inmediatos del comunicante son integrados con sus conclusiones sobre sus tareas internas. El comunicante expresa una auto-experienciación nueva o enriquecida, y el impacto experiencial de los cambios en sus actitudes o sentimientos acerca de sí mismo. El objeto del asunto concierne al experimentar presente y emergente del comunicante. Su asunto puede reflejar cambios o intuiciones en el momento en que ocurren. Estas son elaboradas verbalmente con detalle. Aparte del contenido específico, el comunicante expresa un sentido de involucración inmediata en un tema fondeado experiencialmente, con evidencia de su resolución o aceptación.

**Los sentimientos involucrados deben ser presentados vívidamente, plena o concretamente.** Los sentimientos anteriores o los cambios sucedidos en sentimientos anteriores son presentados vívidamente o revividos como parte de la experiencial actual del comunicante.

**El proceso de estructuración relaciona estos eventos sentidos actualmente con otros aspectos de la perspectiva privada del comunicante.** Así, un sentimiento puede estar relacionado con la auto-imagen del comunicante, sus percepciones privadas, motivos, asunciones, relacionadas con otro sentimiento, o con facetas más externas de la vida del comunicante, como su conducta. En cada caso, la naturaleza del tipo de relación debe ser definida de forma que los detalles de cómo el comunicante trabaja dentro de sí y el impacto de los cambios internos, queden revelados. Esto no

consiste meramente en la existencia de un tipo de relación, ni en un listado secuencial de sentimientos y de experiencias internas, sino que la naturaleza y la cualidad de esa asociación se hace clara.

**El proceso sintético y estructurado lleva a una experiencia interior significativa personal y nueva, o resuelve un asunto.** Como resultado de trabajar con sus sentimientos y otros aspectos de su perspectiva privada y explorando su relación con los demás, el comunicante tiene experiencias internas nuevas. Estas pueden ser de nuevos sentimientos o sentimientos cambiados, como cuando el comunicante dice: "Ahora estoy comenzando a ver que mi sentimiento de culpa está causado por mis ideas acerca del trabajo y me hace estar mucho menos angustiado al sentir esa culpa. ¡Qué descanso!". O también, un tema puede resolverse: "¿Sabes?, siempre he guardado mis enfados en un bote porque he sentido miedo de perder el control de mí mismo. Ahora me doy cuenta de que no sería tan malo si lo hago. Parece como si hubiera gritado o expulsado algo, eso es todo". Si el comunicante comienza con un problema externo concreto, los sentimientos relativos a ello deben ser presentados como parte de su experiencia presente y la formulación emergente debe cambiar su percepción del problema de alguna manera. Por ejemplo, "nunca intenté invitar a una chica porque soy bajo. Todavía me asusta que una chica me llame "renacuajo" o algo así, pero estoy dispuesto a correr el riesgo ahora. Lo voy a hacer porque me he dado cuenta de que, aunque me lo diga, no me romperé. No me gustará mucho si lo hace, pero me sentiré mejor conmigo mismo si al menos lo intento." Algunos elementos de la estructura emergente pueden ser externos, conductuales o intelectuales, como la decisión de actuar de otra manera. Sin embargo deben ser claramente solidarios con sentimientos inmediatos. Nunca resulta suficiente el constatar que una resolución ha tenido lugar; las experiencias que recubren el proceso estructurante deben ser reveladas o revividas para satisfacer el criterio del nivel VI.

## **Nivel VII**

El contenido revela la expansión del darse cuenta del comunicante respecto a sus presentes a inmediatos sentimientos y sus procesos internos. El demuestra claramente que puede moverse de una referencia interna a otra alternando y modificando sus concepciones de sí mismo, sus sentimientos, sus reacciones privadas a sus pensamientos o acciones en términos de sus matices inmediatamente sentidos, como si ocurrieran en el momento experiencial presente, de forma que cada nuevo nivel de auto-darse cuenta funcione como un trampolín para futuras exploraciones.

**Las formulaciones acerca de sí en el nivel VII completan los requisitos del nivel VI con la condición adicional de que se aplica a un rango expandido de eventos internos, o afloran a nuevas intuiciones.** El desarrollo puede seguir uno de los siguientes modelos:

- 1) El comunicante puede comenzar con un problema anclado internamente, explorarlo y llegar a una conclusión fondeada en el interior que él aplica entonces a un cierto número de otros problemas.
- 2) Puede llegar a soluciones relacionadas con un problema único y reintegrarlas. Cualquier auto-análisis se completa con una síntesis más comprensiva o extensiva.
- 3) El comunicante puede usar algunas formulaciones diferentes sobre sí mismo, cada una de las cuales contiene los requerimientos del estadio VI, a integra, relaciona o reduce esto a través de una formulación general más básica.
- 4) Puede comenzar con una conclusión del tipo avanzado del estadio VI y aplicarla a un rango diferente de situaciones, cada una con referentes internos explícitos, para mostrar cómo el principio general se aplica a un área extensa de su experiencia.

La experienciación en el estadio VII es expansiva, sin pliegues. El comunicante usa ágilmente una forma fresca de conocerse a sí mismo para expandir su experienciación más allá. La forma de estar en este nivel es frecuentemente eufórica, boyante o confidencial; el que habla comunica un sentir de las cosas que desemboca rápida y significativamente en algo.

## Inventario de Alianza de Trabajo

### Forma P

#### Instrucciones:

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su psicoterapeuta (psicólogo). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una \_\_\_\_\_, inserte mentalmente el nombre de su psicoterapeuta (psicólogo).

Bajo cada una de las afirmaciones hay una escala con puntaje de 1 a 7:

---

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

---

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su terapeuta ni el consultorio verán sus respuestas.

Trabaje rápido; queremos conocer sus primeras impresiones.  
(POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER  TODOS LOS ITEMES)

Gracias por su cooperación.  
© W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.  
I.A.T. : Adaptación a Chile (Santibáñez, 2000)

Puntajes: T: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ V: \_\_\_\_\_

1.	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
2.	Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
3.	Caigo bien a mi terapeuta.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
4.	Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
5.	Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
6.	Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
7.	Siento que mi terapeuta me aprecia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
8.	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
9.	Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre



10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

---

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

---

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

## Anexo 15

# M.I.N.I.

## MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Spanish for US Translation Version 6.0.0

DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan<sup>1</sup>, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan, C. Gray.**

<sup>1</sup>University of South Florida College of Medicine - Tampa, USA

UE: **Y. Lecrubier<sup>2</sup>, E. Weiller, T. Hergueta, C. Allgulander, N. Kadri, D. Baldwin, C. Even.**

<sup>2</sup>Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris, France

© Copyright 1992-2010 Sheehan DV & Lecrubier Y

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma, o por cualquier medio, electrónico o mecánico, incluso por fotocopiado, o por cualquier sistema de recuperación o almacenaje de información, sin el permiso por escrito del Dr. Sheehan. Los investigadores, clínicos y estudiantes que trabajan en organizaciones sin fines de lucro o en organizaciones públicas (incluyendo universidades, hospitales sin fines de lucro e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias impresas del instrumento M.I.N.I. para su uso clínico personal e investigación.

### RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nuestro objetivo es asistir con mayor eficacia y exactitud en la evaluación y el seguimiento de pacientes Antes de llevar a cabo cualquier acción sobre los datos recolectados y procesados por este programa, los mismos deberán ser revisados e interpretados por un clínico certificado.

Este programa no está diseñado ni tiene como objetivo suplir una completa evaluación médica y psiquiátrica del clínico o psiquiatra calificado y certificado. Fue diseñado sólo como un instrumento para facilitar la recopilación precisa de datos y el procesamiento de síntomas obtenidos por personal capacitado.

**M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)**

1

M.I.N.I. - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_spa-US.doc

<b>Nombre del/de la paciente:</b>	_____	<b>Número del/de la paciente:</b>	_____
<b>Fecha de nacimiento:</b>	_____	<b>Hora en que empezó la entrevista:</b>	_____
<b>Nombre del/de la entrevistador/a:</b>	_____	<b>Hora en que terminó la entrevista:</b>	_____
<b>Fecha de la entrevista:</b>	_____	<b>Tiempo Total:</b>	_____

MÓDULOS	PERÍODO DE TIEMPO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV-TR	ICD-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>			
	Pasado	<input type="checkbox"/>			
	Recurrente	<input type="checkbox"/>			
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Recurrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recurrente	F33.x	<input type="checkbox"/>
B SUICIDALIDAD	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta				
C EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>			
	Pasado	<input type="checkbox"/>			
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>			
	Pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No se investigó		
TRASTORNO BIPOLAR I	Actual	<input type="checkbox"/>	296.0x-296.6x	F30.x-F31.9	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.0x-296.6x	F30.x-F31.9	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO BIPOLAR II	Actual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80	F31.9	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.80	F31.9	<input type="checkbox"/>
D TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0	<input type="checkbox"/>
	De por vida	<input type="checkbox"/>			
E AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00	<input type="checkbox"/>
F FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)				
	Generalizada	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	<input type="checkbox"/>
	No-Generalizada	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	<input type="checkbox"/>
G TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8	<input type="checkbox"/>
H TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	<input type="checkbox"/>
I DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	<input type="checkbox"/>
ABUSO DEL ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	<input type="checkbox"/>
J DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.2X-F19.2X	<input type="checkbox"/>
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1	<input type="checkbox"/>
K TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 296.24/296.34/296.44	F20.xx-F29 293.89/298.8/298.9 F32.3/F33.3/ F30.2/F31.2/F31.5 F31.8/F31.9/F39	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/ F30.2/F31.2/F31.5 F31.8/F31.9/F39	<input type="checkbox"/>
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F30.2/F31.2/F31.5 F31.8/F31.9/F39	<input type="checkbox"/>
L ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0	<input type="checkbox"/>
M BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2	<input type="checkbox"/>
ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/TIPO PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0	<input type="checkbox"/>
N TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1	<input type="checkbox"/>
O SE DESCARTÓ CAUSA MÉDICA, ORGÁNICA O DE DROGA		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a			
P TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2	<input type="checkbox"/>

IDENTIFIQUE EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL MARCANDO EL RECUADRO CORRESPONDIENTE.  
(¿Qué problema le preocupa más o predomina sobre los otros o empezó primero en la historia natural?) \_\_\_\_\_

La correlación de la codificación del DSM-IV-TR al ICD-10 no siempre es exacta. Para más información sobre este tema refiérase a Schulte-Markwort. Crosswalks ICD-10/DSM-IV-TR. Hogrefe & Huber Publishers 2006.

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

2

M.I.N.I. - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_sp4-US.doc

## INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. fue diseñada como una entrevista breve y estructurada para los trastornos psiquiátricos mayores del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validación y confiabilidad que comparan la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud). Los resultados de estos estudios muestran que la M.I.N.I. tiene características de confiabilidad y validez semejantes, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más corto (promedio de 18.7 ± 11.6 minutos, mediana 15 minutos) que los instrumentos mencionados anteriormente. Puede ser usada por clínicos después de una breve capacitación. Los entrevistadores no profesionales necesitan una capacitación más amplia.

### ENTREVISTA:

Para que la entrevista sea lo más breve posible, informe al/a la paciente que va a realizar una entrevista clínica mucho más compleja de lo usual, con preguntas muy específicas sobre problemas psicológicos que requieren una respuesta de "sí" o "no".

### FORMATO GENERAL:

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras que corresponden a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo de diagnóstico (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris** una o varias preguntas "filtro" correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, uno o varios recuadros de diagnóstico permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

### CONVENCIONES:

*Las oraciones escritas en "fuente de letra normal"* deben ser leídas al/a la paciente exactamente como están escritas para que la evaluación del criterio diagnóstico se estandarice.

*Las oraciones escritas en "MAYÚSCULA"* no deben ser leídas al/a la paciente. Son instrucciones para ayudar a la persona que haga la entrevista a establecer el puntaje de los algoritmos de diagnóstico.

*Las oraciones escritas en "negrilla"* indican el período de tiempo que se está investigando. La persona que haga la entrevista debe leerlas tan frecuentemente como sea necesario. Al evaluar las respuestas, sólo deben considerarse los síntomas que ocurren durante el período de tiempo indicado.

*Las respuestas que tienen una flecha sobre ellas (➡)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el(los) diagnóstico(s). En este caso, el/la entrevistador/a debe ir al final del módulo, marcar con un círculo la palabra "NO" en todos los recuadros de diagnóstico y pasar al módulo siguiente.

Los términos separados por una barra (/) indican que el/la entrevistador/a debe leer sólo los síntomas que sabe que el/la paciente tiene (por ejemplo, la pregunta G6).

*Las frases entre (paréntesis)* son ejemplos clínicos del síntoma; se le pueden leer a el/la paciente para aclarar la pregunta.

### INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN:

Todas las preguntas deben ser evaluadas. La evaluación se hace al lado derecho de cada pregunta marcando con un círculo la palabra "Sí" o "No". La persona encargada de la evaluación debe aplicar su opinión clínica al clasificar las respuestas. Los entrevistadores deben estar conscientes de la diversidad de creencias culturales al administrar las preguntas y evaluar las respuestas. La persona encargada de la evaluación debe pedir ejemplos cuando lo considere necesario para asegurar una clasificación acertada. Se debe animar al/a la paciente a pedir que se le aclare cualquier pregunta que no esté completamente clara.

El clínico debe asegurarse de que el/la paciente tome en cuenta cada dimensión de la pregunta (por ejemplo, período de tiempo, frecuencia, gravedad y/o alternativas).

Los síntomas que se explican mejor por una causa orgánica o por el uso de alcohol o drogas no deben ser clasificados de manera positiva en la M.I.N.I.. La M.I.N.I. Plus tiene preguntas que investigan estas cuestiones.

Para cualquier pregunta, sugerencias, solicitar una sesión de capacitación o pedir información sobre las actualizaciones de la M.I.N.I., por favor comuníquese con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida College of Medicine  
3515 East Fletcher Ave, Tampa, FL USA 33613-4706  
tel: +1 813 956 8437; fax: +1 813 974 4575  
e-mail: dsheehan@health.usf.edu

Christian Even, M.D.  
Centre Hospitalier Sainte-Anne  
Clinique des Maladies Mentales de l'Encéphale  
100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex 14, France  
tel: +33 (0) 1 53 80 49 41; fax: +33 (0) 1 45 65 88 54  
e-mail: even-sainteanne@orange.fr

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

3

M.I.N.I - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_spa-US.doc

## A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(➔ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

A1	a ¿Estuvo <u>alguna vez</u> deprimido/a o decaído/a casi todo el día, casi todos los días, durante dos semanas?  SI RESPONDIÓ NO, CLASIFIQUE LA <b>A1b</b> COMO NO: SI RESPONDIÓ SÍ, PREGUNTE:	NO	SÍ
	b Durante las <u>últimas dos semanas</u> , ¿estuvo deprimido/a o decaído/a casi todo el día, casi todos los días?	NO	SÍ
A2	a ¿Tuvo <u>alguna vez</u> mucho menos interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado mucho menos de las cosas que antes disfrutaba, la mayor parte del tiempo durante dos semanas?  SI RESPONDIÓ NO, CLASIFIQUE LA <b>A2b</b> COMO NO: SI RESPONDIÓ SÍ, PREGUNTE:	NO	SÍ
	b Durante la mayor parte del tiempo en las <u>últimas dos semanas</u> , ¿tuvo mucho menos interés en la mayoría de las cosas o disfrutó mucho menos de las cosas que antes disfrutaba?	NO	SÍ
	¿CLASIFICÓ LA <b>A1a</b> O LA <b>A2a</b> COMO SÍ?	➔ NO	SÍ

A3 SI **A1b** O **A2b** = SÍ: INVESTIGUE EL EPISODIO ACTUAL Y EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO;  
 SI **A1b** Y **A2b** = NO: INVESTIGUE SÓLO EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

**Durante el período de las últimas dos semanas, cuando se sintió deprimido/a o con falta de interés:**

	<u>Las últimas 2 semanas</u>		<u>Episodio pasado</u>	
a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Subió o bajó de peso sin querer (es decir, por ± 5% de su peso o ± 8 libras o ± 3.5 Kg., para una persona de 160 libras/70 Kg. en un mes)? <small>SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.</small>	NO	SÍ	NO	SÍ
b ¿Tuvo dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para dormirse, se despertaba a media noche, muy temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	NO	SÍ
c ¿Habló o se movió más lentamente de lo normal o no pudo quedarse quieto/a ni estar sentado/a o sin estar moviéndose casi todos los días?	NO	SÍ	NO	SÍ
d ¿Se sintió cansado/a o sin energía casi todos los días?	NO	SÍ	NO	SÍ
e ¿Se sintió culpable o como que no valía nada casi todos los días?  <small>SI RESPONDIÓ SÍ, PIDA EJEMPLOS. LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE. Episodio actual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Episodio pasado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</small>	NO	SÍ	NO	SÍ
f ¿Tuvo dificultad para concentrarse o tomar decisiones casi todos los días?	NO	SÍ	NO	SÍ
g ¿Consideró lastimarse, tuvo deseos de suicidarse o de estar muerto/a repetidamente? ¿Intentó suicidarse o planeó suicidarse? <small>SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.</small>	NO	SÍ	NO	SÍ
A4 ¿Le causaron estos síntomas problemas significativos en su casa, en el trabajo, socialmente, en sus estudios o de otra manera importante?	NO	SÍ	NO	SÍ
A5 Entre 2 episodios de depresión, ¿alguna vez tuvo un intervalo de al menos 2 meses sin ninguna depresión o ninguna pérdida de interés significativa?			NO	SÍ

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

4

M.I.N.I - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
 ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_sp4-US.doc

¿CLASIFICÓ 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3) COMO SÍ Y CLASIFICÓ LA A4 COMO SÍ PARA ESE PERÍODO DE TIEMPO?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI CLASIFICÓ LA A5 COMO SÍ, CLASIFIQUE SÍ PARA RECURRENTE.

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>
RECURRENTE	<input type="checkbox"/>

A6 a ¿Cuántos episodios de depresión ha tenido en su vida? \_\_\_\_\_

Entre cada episodio debe haber al menos 2 meses sin ninguna depresión significativa.

## B. SUICIDALIDAD (IDEACIÓN SUICIDA, COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO Y SUICIDA)

				Puntos								
<b>En el último mes:</b>												
B1	¿Sufrió algún accidente? Esto incluye tomar accidentalmente más de la dosis necesaria de su medicamento. SI RESPONDIÓ NO A LA B1, PASE A LA B2; SI RESPONDIÓ SÍ, HAGA LA PREGUNTA B1a:	NO	SÍ	0								
B1 a	¿Planeó o tuvo la intención de hacerse daño en algún accidente, ya sea de forma activa o de pasiva (por ejemplo, no evitando un peligro)? SI RESPONDIÓ NO A LA B1a, PASE A LA B2; SI RESPONDIÓ SÍ, HAGA LA PREGUNTA B1b:	NO	SÍ	0								
B1 b	¿Tuvo la intención de morir como resultado de algún accidente?	NO	SÍ	0								
B2	¿Se sintió sin esperanza?	NO	SÍ	1								
B3	¿Pensó que sería mejor estar muerto/a o deseó estar muerto/a?	NO	SÍ	1								
B4	¿Pensó en lastimarse o herirse a sí mismo/a o se ha imaginado haciéndose daño, con al menos alguna intención o conciencia de que podría morir como resultado de estas acciones?	NO	SÍ	4								
B5	¿Pensó en el suicidio (en matarse)?  SI RESPONDIÓ NO A LA B5, PASE A LA B7. DE LO CONTRARIO, PREGUNTE:	NO	SÍ	6								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Frecuencia</td> <td style="width: 50%;">Intensidad</td> </tr> <tr> <td>Ocasionalmente <input type="checkbox"/></td> <td>Leve <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente <input type="checkbox"/></td> <td>Moderada <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muy frecuentemente <input type="checkbox"/></td> <td>Severa <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Frecuencia	Intensidad	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>			
Frecuencia	Intensidad											
Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>											
Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>											
Muy frecuentemente <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>											
B6	¿Tiene usted dificultad para refrenarse de llevar a cabo estos impulsos?	NO	SÍ	8								
B7	¿Pensó en un método para suicidarse (por ejemplo, cómo)?	NO	SÍ	8								
B8	¿Pensó en un plan para suicidarse (por ejemplo, cuándo o dónde)?	NO	SÍ	8								
B9	¿Tuvo la intención de llevar a cabo los pensamientos de quitarse la vida?	NO	SÍ	8								
B10	¿Tuvo la intención de morir como resultado de un acto suicida?	NO	SÍ	8								
B11	¿Tomó pasos concretos en preparación para lastimarse o para un intento de suicidio en el que esperaba o intentaba morir? Esto incluye las veces en que iba a quitarse la vida, pero lo interrumpieron o se detuvo a sí mismo, antes de hacerse daño. SI RESPONDIÓ NO A LA B11, PASE A LA B12.	NO	SÍ	9								
B11 a	¿Tomó medidas activas para prepararse para quitarse la vida pero no inició el intento de suicidio?	NO	SÍ									
B11 b	¿Inició un intento de suicidio, pero, <b>usted se detuvo a sí mismo/a</b> antes de hacerse daño (intento abortado)?	NO	SÍ									
B11 c	¿Inició un intento de suicidio, pero <b>alguien o algo le detuvo</b> antes de hacerse daño (intento interrumpido)?	NO	SÍ									
B12	¿Se lastimó a propósito sin tener la intención de matarse?	NO	SÍ	4								

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

6

M.I.N.I. - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_sp8-US.doc

B13 ¿Intentó suicidarse (matarse)? NO Sí 10

Un intento de suicidio significa que hizo algo, con al menos una mínima intención de morir y a causa de lo cual podría haber salido lastimado/a.

SI RESPONDIÓ NO, PASE A LA B14:

Esperó ser rescatado/a / sobrevivir

Esperó / tuvo la intención de morir

**A lo largo de su vida:**

B14 ¿Alguna vez intentó suicidarse (trató de matarse)? NO Sí 4

"Un intento de suicidio es cualquier comportamiento autodestructivo, con al menos una mínima intención (> 0) de morir como resultado del mismo o si se puede inferir dicha intención, por ej. si es evidente que no ha sido un accidente o si el individuo piensa que el acto podría haber sido fatal, aunque el paciente niegue el intento".  
(Definición C-CASA). Posner K et al. Am J Psychiatry 164:7, July 2007.

¿CLASIFICÓ COMO SÍ POR LO MENOS 1 DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (EXCEPTO LA B1)?

SI RESPONDIÓ SÍ, SUME EL TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B14) MARCADAS COMO "SÍ" Y ESPECIFIQUE EL PUNTAJE DE LA SUICIDALIDAD TAL COMO SE INDICA EN EL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO:

EN EL ESPACIO MÁS ABAJO, HAGA CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL SOBRE SU EVALUACIÓN DE LA SUICIDALIDAD ACTUALMENTE Y EN EL FUTURO CERCANO DE ESTE/A PACIENTE:

NO	SÍ
<b>SUICIDALIDAD ACTUAL</b>	
1-8 puntos	Baja <input type="checkbox"/>
9-16 puntos	Moderada <input type="checkbox"/>
≥ 17 puntos	Alta <input type="checkbox"/>



### C. EPISODIOS MANÍACOS E HIPOMANÍACOS

(➔ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO EN TODOS LOS RECUADROS MANÍACOS E HIPOMANÍACOS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

¿Hay alguien en su familia que haya padecido de enfermedad maniaco-depresiva o trastorno bipolar, o cuyos cambios en el estado de ánimo fueran tratados con un medicamento como litio, valproato de sodio (Depakote) o lamotrigina (Lamictal)?  
 ESTA PREGUNTA NO CONSTITUYE CRITERIO DE TRASTORNO BIPOLAR, PERO SE HACE PARA ALERTAR AL CLÍNICO SOBRE EL RIESGO DE TRASTORNO BIPOLAR QUE CORRE EL PACIENTE.  
 SI RESPONDIÓ SÍ, POR FAVOR ESPECIFIQUE QUIÉN ES LA PERSONA: \_\_\_\_\_

C1	a	¿Ha tenido <b>alguna vez</b> un período de tiempo durante el cual se sintió exaltado/a o en estado eufórico o hiperactivo/a o tan lleno/a de energía o creído/a que se metió en problemas u otras personas pensaron que no era la misma persona de siempre? (No tome en cuenta las veces en las que estuvo intoxicado/a con drogas o alcohol.)	NO	SÍ
SI EL/LA PACIENTE ESTÁ CONFUNDIDO/A O NO ENTIENDE LO QUE SIGNIFICA "EXALTADO/A", "EN ESTADO EUFÓRICO" O "HIPERACTIVO/A" CLARIFIQUE DE LA SIGUIENTE MANERA: Por "exaltado/a", "en estado eufórico" o "hiperactivo/a" me refiero a tener un estado de ánimo alegre; aumento de energía; necesitar menos horas de sueño; tener pensamientos muy rápidos; estar lleno/a de ideas; tener un aumento de productividad, motivación, creatividad o comportamiento impulsivo; usar el teléfono o trabajar de manera excesiva o gastar más dinero de lo usual.  SI RESPONDIÓ NO, CLASIFIQUE LA <b>C1b</b> COMO NO: SI RESPONDIÓ SÍ, PREGUNTE:				
	b	¿Actualmente se siente exaltado/a o en estado eufórico o hiperactivo/a o lleno/a de energía?	NO	SÍ
C2	a	¿ <b>Alguna vez</b> ha pasado por un período de varios días en que estaba continuamente irritable, de modo que se peleaba física o verbalmente o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Han notado usted u otras personas que ha estado más irritable o ha reaccionado fuera de lo normal en comparación con otras personas, aun en situaciones en las que se sintió justificado/a?	NO	SÍ
SI RESPONDIÓ NO, CLASIFIQUE LA <b>C2b</b> COMO NO: SI RESPONDIÓ SÍ, PREGUNTE:				
	b	¿Actualmente se siente continuamente irritable?	NO	SÍ
		¿CLASIFICÓ LA <b>C1a</b> O LA <b>C2a</b> COMO SÍ?	➔ NO	SÍ

C3 SI **C1b** O **C2b** = SÍ: INVESTIGUE EL EPISODIO **ACTUAL** Y EL EPISODIO **PASADO** MÁS SINTOMÁTICO;  
 SI **C1b** Y **C2b** = NO: INVESTIGUE SÓLO EL EPISODIO **PASADO** MÁS SINTOMÁTICO

En las ocasiones en las que se sintió en estado eufórico, lleno/a de energía o irritable:

		Episodio actual		Episodio pasado	
a	¿Sintió que podía hacer cosas que los demás no podían o que usted era una persona especialmente importante? SI RESPONDIÓ SÍ, PIDA EJEMPLOS. LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE. Episodio actual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Episodio pasado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	NO	SÍ	NO	SÍ
b	¿Necesitó dormir menos (por ejemplo, se sintió descansado/a después de pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	NO	SÍ

	<u>Episodio actual</u>		<u>Episodio pasado</u>	
	NO	SÍ	NO	SÍ
c	¿Habló demasiado sin parar o tan rápido que los demás tuvieron dificultad para entenderle?			
d	¿Tuvo pensamientos muy rápidos?			
e	¿Se distrajo tan fácilmente que cualquier pequeña interrupción lo/la podía distraer?			
f	¿Tuvo un aumento significativo en su actividad o motivación en el trabajo, en los estudios, en su vida social o sexual, o se volvió física o mentalmente inquieto/a?			
g	¿Quiso tanto dedicarse a actividades placenteras que no hizo caso a los riesgos o consecuencias (por ejemplo, gastar mucho dinero, manejar sin precaución o actividades sexuales inapropiadas o peligrosas)?			
C3	RESUMEN: AL EVALUAR EL EPISODIO ACTUAL: SI LA C1b ES NO, ¿CLASIFICÓ 4 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ? SI LA C1b ES SÍ, ¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ?  AL EVALUAR UN EPISODIO PASADO: SI LA C1a ES NO, ¿CLASIFICÓ 4 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ? SI LA C1a ES SÍ, ¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ?  CLASIFIQUE COMO SÍ ÚNICAMENTE SI LOS 3 Ó 4 SÍNTOMAS DE ARRIBA OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO.  REGLA: LA EUFORIA O COMUNICATIVIDAD SOLAMENTE REQUIERE TRES DE LOS SÍNTOMAS DE C3, MIENTRAS QUE EL ESTADO DE ÁNIMO IRRITABLE POR SÍ MISMO REQUIERE 4 DE LOS SÍNTOMAS DE C3.			
C4	¿Cuál es el tiempo más largo que duraron estos síntomas?			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	¿Estuvo hospitalizado/a por estos problemas?			
	NO	SÍ	NO	SÍ
	SI RESPONDIÓ SÍ, PARE AQUÍ Y MARQUE SÍ CON UN CÍRCULO EN EL EPISODIO MANÍACO PARA ESE PERÍODO DE TIEMPO.			
C6	¿Le causaron estos síntomas problemas significativos en su casa, en el trabajo, socialmente en sus relaciones con otras personas, en sus estudios o de otra manera importante?			
	NO	SÍ	NO	SÍ

¿CLASIFICÓ COMO SÍ EL RESUMEN C3 Y LA C5 Y LA C6?

O

¿CLASIFICÓ COMO SÍ EL RESUMEN C3, LA C4c Y LA C6 Y, AL MISMO TIEMPO, CLASIFICÓ COMO NO LA C5?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>EPISODIO MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** EL RESUMEN **C3** Y CLASIFICÓ COMO **NO** LA **C5** Y LA **C6** Y, AL MISMO TIEMPO, CLASIFICÓ COMO **SÍ** LA **C4b** O LA **C4c**?

O

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** EL RESUMEN **C3**, LA **C4b** Y LA **C6** Y, AL MISMO TIEMPO, CLASIFICÓ COMO **NO** LA **C5**?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO ACTUAL, ENTONCES CLASIFIQUE EL EPISODIO HIPOMANÍACO ACTUAL COMO **NO**.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO PASADO, ENTONCES CLASIFIQUE EL EPISODIO HIPOMANÍACO PASADO COMO **NO SE INVESTIGÓ**.

**EPISODIO HIPOMANÍACO**

ACTUAL  NO  
 SÍ

PASADO  NO  
 SÍ  
 NO SE INVESTIGÓ

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** EL RESUMEN **C3** Y LA **C4a** Y CLASIFICÓ COMO **NO** LA **C5**?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO ACTUAL O PARA EL EPISODIO HIPOMANÍACO ACTUAL, ENTONCES CLASIFIQUE LOS SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS ACTUALES COMO **NO**.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO PASADO O SÍ PARA EL EPISODIO HIPOMANÍACO PASADO, ENTONCES CLASIFIQUE LOS SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS PASADOS COMO **NO SE INVESTIGÓ**.

**SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS**

ACTUAL  NO  
 SÍ

PASADO  NO  
 SÍ  
 NO SE INVESTIGÓ

- |    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| C7 | a) SI TIENE UN EPISODIO MANÍACO ACTUALMENTE O SI LO TUVO EN EL PASADO, PREGUNTE:<br>¿Ha tenido 2 o más de estos episodios (maníacos) en su vida que duraran 7 días o más ( <b>C4c</b> ) (incluyendo el episodio actual si corresponde)?                          | NO | SÍ |
|    | b) SI EL EPISODIO MANÍACO O HIPOMANIACO (ACTUAL O PASADO) SE CLASIFICÓ COMO POSITIVO, PREGUNTE:<br>¿Ha tenido 2 o más de estos <u>episodios</u> (hipomaniacos) en su vida que duraran sólo de 4 a 6 días ( <b>C4b</b> ) (incluyendo el episodio actual)?         | NO | SÍ |
|    | c) SI LA CATEGORÍA "SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS" PASADOS SE CLASIFICÓ COMO POSITIVA, PREGUNTE:<br>¿Ha tenido estos <u>síntomas</u> hipomaniacos 2 o más veces en su vida que duraran sólo de 1 a 3 días ( <b>C4a</b> ) (incluyendo el episodio actual si corresponde)? | NO | SÍ |

## D. TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO)

(➡ SIGNIFICA: MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN LA D5, D6 Y D7 Y PASE A LA E1)

D1	a	¿Ha tenido episodios o ataques en más de una ocasión cuando <b>de repente</b> se sintió ansioso/a, asustado/a, incómodo/a o preocupado/a, aun en situaciones cuando la mayoría de la gente no se sentiría de esa manera?	➡ NO	SÍ
	b	¿Alcanzaron los episodios su nivel máximo a los 10 minutos de empezar?	➡ NO	SÍ
D2		En algún momento en el pasado, ¿tuvo inesperadamente alguno de esos episodios o ataques u ocurrieron de una manera impredecible o sin provocarlos?	➡ NO	SÍ
D3		¿Alguna vez ha tenido uno de esos ataques seguido por uno o más meses de preocupación continua de que iba a tener otro ataque, preocupación sobre las consecuencias del ataque o tuvo un cambio significativo en su comportamiento debido a los ataques (por ejemplo, solamente ir de compras si va con alguien, no querer salir de su casa, ir frecuentemente a la sala de emergencias o ver a un médico más seguido debido a los síntomas)?	NO	SÍ
D4		<b>Durante el peor episodio que usted puede recordar:</b>		
	a	¿Sintió que su corazón le saltaba, le latía muy rápido o muy fuerte?	NO	SÍ
	b	¿Le sudaron o se le humedecieron las manos?	NO	SÍ
	c	¿Temblaba o se sacudía?	NO	SÍ
	d	¿Le faltó el aire o tuvo dificultad para respirar?	NO	SÍ
	e	¿Tuvo la sensación de que se ahogaba o de que tenía un nudo en la garganta?	NO	SÍ
	f	¿Sintió dolor, presión o molestia en el pecho?	NO	SÍ
	g	¿Tuvo náuseas, problemas estomacales o diarrea repentina?	NO	SÍ
	h	¿Se sintió mareado/a, que tambaleaba o como que se iba a desmayar?	NO	SÍ
	i	¿Las cosas a su alrededor parecían extrañas, irreales, distantes o desconocidas, o se sintió fuera o separado/a de alguna parte o de todo el cuerpo?	NO	SÍ
	j	¿Tuvo miedo de que estuviera perdiendo el control o volviéndose loco/a?	NO	SÍ
	k	¿Tuvo miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ
	l	¿Sintió hormigueo o entumecimiento en partes del cuerpo?	NO	SÍ
	m	¿Tuvo calores (bochornos) o escalofríos?	NO	SÍ
D5		¿CLASIFICÓ COMO SÍ LA D3 Y 4 O MÁS RESPUESTAS D4? SI RESPONDIÓ SÍ A LA D5, PASE A LA D7.	NO	SÍ <small>TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) DE POR VIDA</small>
D6		SI LA D5 = NO, ¿CLASIFICÓ ALGUNA DE LAS RESPUESTAS D4 COMO SÍ? ENTONCES PASE A LA E1.	NO	SÍ <small>ATAQUES DE SÍNTOMAS LIMITADOS DE POR VIDA</small>
D7		Durante el último mes, ¿tuvo estos ataques (2 o más) repetidamente, y sintió preocupación continua de tener otro ataque, o se preocupó por las consecuencias de los ataques, o cambió su comportamiento de alguna manera debido a los ataques?	NO	SÍ <small>TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) ACTUAL</small>

## E. AGORAFOBIA

E1	¿Se siente ansioso/a o preocupado/a en lugares o situaciones donde no haya ayuda disponible o donde escapar podría ser difícil: como estar en una multitud; hacer fila (cola); estar solo/a en su casa o lejos de su casa; cruzar un puente; viajar en autobús, tren o automóvil o donde pudiera tener un ataque de pánico o síntomas parecidos a los de pánico tales como los que acabamos de mencionar?	NO	SÍ
----	---	----	----

SI LA E1 = NO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN LA E2.

E2	¿Siente tanto miedo de estas situaciones que las evita, sufre durante ellas o necesita a alguien para enfrentarlas?	NO	SÍ <small>AGORAFOBIA ACTUAL</small>
----	---	----	--

¿CLASIFICÓ LA E2 (AGORAFOBIA ACTUAL) COMO SÍ?

Y

¿CLASIFICÓ LA D7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) ACTUAL) COMO SÍ?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) con agorafobia ACTUAL</b>	

¿CLASIFICÓ LA E2 (AGORAFOBIA ACTUAL) COMO NO?

Y

¿CLASIFICÓ LA D7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) ACTUAL) COMO SÍ?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) sin agorafobia ACTUAL</b>	

¿CLASIFICÓ LA E2 (AGORAFOBIA ACTUAL) COMO SÍ?

Y

¿CLASIFICÓ LA D5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) DE POR VIDA) COMO NO?

NO	SÍ
<b>AGORAFOBIA, ACTUAL sin historial de trastorno de angustia (pánico)</b>	

## F. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)

(➔ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

F1	En el último mes, ¿tuvo un miedo continuo y una ansiedad significativa por el hecho de ser observado/a, ser el centro de atención o tuvo miedo de sentirse humillado/a o avergonzado/a? Esto incluye situaciones como hablar en público, comer en público o con otras personas, escribir mientras alguien lo/la mira o estar en situaciones sociales.	➔ NO	SÍ
----	---	---------	----

F2	¿Es este miedo social excesivo o poco razonable y casi siempre le da ansiedad?	➔ NO	SÍ
----	--	---------	----

F3	¿Tiene tanto miedo de estas situaciones sociales que las evita o sufre durante ellas la mayor parte del tiempo?	➔ NO	SÍ
----	---	---------	----

F4	¿Interrumpen estos temores sociales su trabajo normal, sus estudios o su desempeño social o le causan angustia considerable?	NO	SÍ
----	--	----	----

### SUBTIPOS

¿Tiene usted miedo y evita 4 o más situaciones sociales?

Si respondió SÍ Fobia social generalizada (trastorno de ansiedad social)

Si respondió NO Fobia social no generalizada (trastorno de ansiedad social)

### ALGUNOS EJEMPLOS DE ESAS SITUACIONES SOCIALES TÍPICAMENTE INCLUYEN

- INICIAR O MANTENER UNA CONVERSACIÓN,
- PARTICIPAR EN GRUPOS PEQUEÑOS,
- TENER UNA CITA ROMÁNTICA (SALIR CON ALGUIEN),
- HABLAR CON PERSONAS EN POSICIÓN DE AUTORIDAD,
- ASISTIR A FIESTAS,
- HABLAR EN PÚBLICO,
- COMER DELANTE DE OTRAS PERSONAS,
- ORINAR EN UN BAÑO PÚBLICO, ETC.

NOTA AL/A LA ENTREVISTADOR/A: POR FAVOR EVALÚE SI LOS TEMORES DEL/DE LA PACIENTE SE LIMITAN A SITUACIONES SOCIALES NO GENERALIZADAS ("SÓLO 1 O VARIAS") O INCLUYEN SITUACIONES SOCIALES GENERALIZADAS ("LA MAYORÍA"). "LA MAYORÍA" DE LAS SITUACIONES SOCIALES GENERALMENTE ES OPERACIONALIZADA PARA SIGNIFICAR 4 O MÁS SITUACIONES SOCIALES, AUNQUE EL DSM-IV NO LO DICE EXPLÍCITAMENTE.

NO	SÍ
<b>FOBIA SOCIAL</b> <i>(Trastorno de ansiedad social)</i> <b>ACTUAL</b>	
GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
NO-GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>

## G. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

( ➡ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

G1	<p>En el último mes, ¿se ha sentido molesto/a con la recurrencia de pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, de mal gusto, inapropiadas, intrusas o angustiantes? (Por ejemplo, la idea de estar sucio/a, contaminado/a o de tener gérmenes o miedo de contaminar a otras personas o miedo de lastimar a alguien aunque este pensamiento lo perturbe o angustie o miedo de dejarse llevar por algún impulso o miedo o supersticiones de que sea responsable de que las cosas salgan mal u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales o acumular/guardarlo todo, coleccionar u obsesiones religiosas.)</p> <p style="font-size: small;">(NO INCLUYA PREOCUPACIONES EXCESIVAS SOBRE PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUYA OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, DESVIACIONES SEXUALES, APOSTAR DE MANERA PATOLÓGICA O ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, PORQUE EL/LA PACIENTE PUEDE EXPERIMENTAR PLACER AL REALIZAR ESA ACTIVIDAD Y TAL VEZ QUIERA RESISTIRSE A ELLA SÓLO DEBIDO A SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.)</p>	NO ↓ PASE A LA G4	SÍ				
G2	¿Volvían siempre a sus pensamientos aun cuando intentó ignorarlos o librarse de ellos?	NO ↓ PASE A LA G4	SÍ				
G3	¿Cree que estas obsesiones son el resultado de su propia mente y no son impuestas desde el exterior?	NO	SÍ <u>obsesiones</u>				
G4	En el último mes, ¿hizo algo repetidamente sin poder resistirlo, como lavarse o limpiar excesivamente, contar o revisar las cosas varias veces o repetir, coleccionar, arreglar cosas u otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <u>compulsiones</u>				
	➡ ¿CLASIFICÓ LA G3 O LA G4 COMO SÍ?	➡ NO ➡	SÍ				
G5	En algún momento, ¿reconoció que estos pensamientos obsesivos o comportamientos compulsivos eran excesivos o irrazonables?	NO	SÍ				
G6	En el último mes, ¿interfirieron significativamente estos pensamientos obsesivos y/o comportamientos compulsivos con su rutina habitual, su trabajo o estudios, sus actividades sociales cotidianas, sus relaciones o le tomaron más de una hora al día?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 10px;">NO</td> <td style="padding: 10px;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 10px;"><b>T.O.C ACTUAL</b></td> </tr> </table>		NO	SÍ	<b>T.O.C ACTUAL</b>	
NO	SÍ						
<b>T.O.C ACTUAL</b>							

## H. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

( ➡ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

H1	¿Alguna vez ha experimentado o ha sido testigo o ha tenido que enfrentar un acontecimiento extremadamente traumático que incluyó una muerte real, una amenaza de muerte o lesiones serias a usted o a otra persona?  ALGUNOS EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS INCLUYEN: ACCIDENTES SERIOS, UN ATAQUE SEXUAL O FÍSICO, UN ATAQUE TERRORISTA, SER TOMADO/A COMO REHÉN, SECUESTRADO/A, UN INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, UNA GUERRA O DESASTRE NATURAL, VER LA MUERTE VIOLENTA O REPENTINA DE ALGUIEN CERCA A USTED, O UNA ENFERMEDAD QUE PONE LA VIDA EN PELIGRO.	➡ NO	SÍ
H2	¿Reaccionó con miedo extremo, impotencia u horror?	➡ NO	SÍ
H3	En el último mes, ¿ha experimentado nuevamente el acontecimiento de manera angustiante (como en sueños, recuerdos intensos, sensación repentina de revivir lo sucedido o reacciones físicas) o sintió una angustia intensa cuando le recordaron el acontecimiento o vivió un evento similar?	➡ NO	SÍ
H4	<b>En el último mes:</b>		
a	¿Ha evitado pensar o hablar sobre el acontecimiento?	NO	SÍ
b	¿Ha evitado actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento?	NO	SÍ
c	¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante de lo sucedido?	NO	SÍ
d	¿Ha perdido mucho el interés en pasatiempos o actividades sociales?	NO	SÍ
e	¿Se ha sentido distante o alejado/a de los demás?	NO	SÍ
f	¿Ha notado que sus sentimientos están como adormecidos?	NO	SÍ
g	¿Ha sentido que su vida se va a acortar o que se va a morir antes que los demás?	NO	SÍ
	¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS H4 COMO SÍ?	➡ NO	SÍ
H5	<b>En el último mes:</b>		
a	¿Ha tenido dificultad para dormir?	NO	SÍ
b	¿Ha estado especialmente irritable o tuvo arranques de rabia?	NO	SÍ
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ
d	¿Ha estado nervioso/a o constantemente a la defensiva?	NO	SÍ
e	¿Se sobresaltó fácilmente?	NO	SÍ
	¿CLASIFICÓ 2 O MÁS RESPUESTAS H5 COMO SÍ?	➡ NO	SÍ
H6	En el último mes, ¿interfirieron estos problemas considerablemente con su trabajo, sus estudios o actividades sociales o le causaron mucha angustia?	NO	SÍ

**NO**                      **SÍ**

**TRASTORNO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**



## I. DEPENDENCIA / ABUSO DEL ALCOHOL

( ➡ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

		➡	
I1	<b>En los últimos 12 meses, ¿se ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en 3 o más ocasiones?</b>	NO	SÍ

I2	<b>En los últimos 12 meses:</b>		
a	¿Necesitó tomar más para obtener el mismo efecto que tenía cuando apenas empezaba a tomar o tuvo un efecto menor con el consumo de la misma cantidad?	NO	SÍ
b	Cuando redujo su consumo de alcohol, ¿le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado/a? ¿Bebió para evitar estos síntomas (por ejemplo, temblores, sudor o agitación) o para evitar la resaca (la cruda)? <small>SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.</small>	NO	SÍ
c	En las ocasiones en que tomó alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando empezó?	NO	SÍ
d	¿Ha tratado de reducir su consumo de alcohol o dejar de tomar pero no ha podido?	NO	SÍ
e	En los días en que tomó, ¿pasó mucho tiempo tratando de obtener alcohol, tomando o recuperándose de los efectos del alcohol?	NO	SÍ
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos o compartiendo con los demás debido al alcohol?	NO	SÍ
g	¿Ha seguido tomando a pesar de saber que el alcohol le causó problemas de salud física o mental?	NO	SÍ

¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS I2 COMO SÍ?

\* SI RESPONDIÓ SÍ, NO HAGA LAS PREGUNTAS I3 Y PASE AL SIGUIENTE MÓDULO. "LA DEPENDENCIA IMPLICA EL ABUSO" EN EL DSM IV TR.

**NO**                      **SÍ \***

**DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ACTUAL**

I3	<b>En los últimos 12 meses:</b>		
a	¿Ha estado intoxicado/a, borracho/a o con resaca (crudo/a) más de una vez cuando tenía otras responsabilidades de estudio, de trabajo o del hogar? ¿Le causó esto algún problema? <small>(CLASIFIQUE COMO SÍ SÓLO SI ESTO CAUSÓ PROBLEMAS.)</small>	NO	SÍ
b	¿Estuvo intoxicado/a más de una vez en una situación de peligro físico, por ejemplo, manejar un automóvil, una moto o un bote, usar maquinaria, etc.?	NO	SÍ
c	¿Tuvo problemas legales más de una vez debido al alcohol, por ejemplo, un arresto o alteración del orden público?	NO	SÍ
d	Si su consumo de alcohol le causó problemas con su familia o con otras personas, ¿siguió bebiendo a pesar de esto?	NO	SÍ

¿CLASIFICÓ 1 O MÁS RESPUESTAS I3 COMO SÍ?

**NO**                      **SÍ**

**ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL**

## J. DEPENDENCIA / ABUSO DE SUSTANCIAS (NO ALCOHOL)

(➔ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

<b>Ahora le voy a mostrar / leer una lista de drogas de la calle o medicamentos.</b>			
➔			
J1	a	En los últimos 12 meses, ¿usó alguna de estas drogas más de una vez, para sentirse drogado/a, eufórico/a, alegre o para cambiar su estado de ánimo?	NO      SÍ

MARQUE CON UN CÍRCULO CADA DROGA QUE TOMÓ:

**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", crystal meth, "crank", "rush", Dexedrina, Ritalina, pastillas para adelgazar.

**Cocaína:** por la nariz, intravenoso, "freebase", crack, "speedball".

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, Darvon, codeína, Percodan, Vicoden, OxyContin.

**Alucinógenos:** LSD ("ácido"), mescalina, peyote, psilocibina, STP, "hongos", "éxtasis", MDA, MDMA.

**Fenciclidina:** PCP ("Angel Dust", "PeaCe Pill", "Tranq", "Hog"), o ketamina ("special K").

**Inhalantes:** "pegamento", cloruro etílico, "rush", óxido nitroso ("gas de la risa"), nitrato de amilo o butilo ("poppers").

**Cannabis:** marihuana, hachís ("hash"), THC, "mota", "porro", "macoña", "hierba", "caño".

**Tranquilizantes:** Quaalude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbitúricos, Miltown, GHB, Roofinol, "Roofies".

**Otras sustancias:** Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Medicina para la tos? ¿Cualquier otra?

ESPECIFIQUE LA DROGA O DROGAS MÁS USADAS: \_\_\_\_\_

¿QUÉ DROGA(S) CAUSA(N) LOS MAYORES PROBLEMAS? \_\_\_\_\_

PRIMERO INVESTIGUE LA DROGA QUE CAUSA LOS MAYORES PROBLEMAS Y QUE MEJOR CORRESPONDA AL CRITERIO DE DEPENDENCIA/ABUSO.

SI CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ABUSO O DEPENDENCIA, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO. DE OTRA MANERA, INVESTIGUE LA SIGUIENTE DROGA MÁS PROBLEMÁTICA.

J2 **Tomando en cuenta su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a	¿Ha notado que necesitó usar mucho más (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener el mismo efecto que tenía cuando apenas empezaba a usarla?	NO	SÍ
---	---	----	----

b	Cuando redujo su consumo o dejó de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), ¿tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarrea, náuseas, sudores, latidos fuertes del corazón, dificultad para dormir o se sintió agitado/a, ansioso/a, irritable o deprimido/a)? ¿Usó alguna droga para no sentirse mal (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ
---	--	----	----

SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.

c	¿Ha notado a menudo que cuando usó (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), acabó usando más de lo que planeaba?	NO	SÍ
---	---	----	----

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

17

M.I.N.I - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_sp8-US.doc

- |   |   |    |    |
|---|---|----|----|
| d | ¿Ha tratado de reducir su consumo o de dejar de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero no ha podido?  | NO | SÍ |
| e | En los días en que usó (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), ¿pasó mucho tiempo (>2 HORAS) tratando de obtener, usando o recuperándose de los efectos de la droga o pensando en ella? | NO | SÍ |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos o compartiendo con familia o amigos debido a la droga?  | NO | SÍ |
| g | Si (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) le causó problemas de salud física o mental, ¿lo/la siguió tomando a pesar de esto?   | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS J2 COMO SÍ?

ESPECIFIQUE LA(S) DROGA(S): \_\_\_\_\_

\* SI RESPONDIÓ SÍ, NO HAGA LAS PREGUNTAS J3, PASE AL SIGUIENTE TRASTORNO. "LA DEPENDENCIA IMPLICA EL ABUSO" EN EL DSM IV TR.

NO	SÍ *
<b>DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS ACTUAL</b>	

**Tomando en cuenta su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

- |    |   |  |    |    |
|----|---|--|----|----|
| J3 | a | ¿Ha estado intoxicado/a, drogado/a o con resaca (crudo/a) después de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) más de una vez cuando tenía otras responsabilidades de estudio, de trabajo o del hogar?<br>¿Le causó esto algún problema?<br><br>(CLASIFIQUE COMO SÍ SÓLO SI ESTO CAUSÓ PROBLEMAS.) | NO | SÍ |
|    | b | ¿Estuvo drogado/a o intoxicado/a después de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) más de una vez en una situación de peligro físico (por ejemplo, manejar un automóvil, una moto o un bote, usar maquinaria, etc.)?  | NO | SÍ |
|    | c | ¿Tuvo problemas legales más de una vez debido a la(s) droga(s), por ejemplo, un arresto o alteración del orden público?  | NO | SÍ |
|    | d | Si (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) le causó problemas con su familia u otras personas, ¿lo/la siguió tomando a pesar de esto?   | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 1 O MÁS RESPUESTAS J3 COMO SÍ?

ESPECIFIQUE LA(S) DROGA(S): \_\_\_\_\_

NO	SÍ
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	

## K. TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA QUE CONTESTE AFIRMATIVAMENTE. CLASIFIQUE COMO SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CLASIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO "EXTRAÑAS".

LAS IDEAS DELIRANTES SON "EXTRAÑAS" SI: SON CLARAMENTE INVEROSÍMILES, ABSURDAS, INCOMPRESIBLES Y NO PUEDEN PROVENIR DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SE CLASIFICAN COMO "EXTRAÑAS" SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES HABLAN ENTRE ELLAS. EL PROPÓSITO DE ESTE MÓDULO ES EXCLUIR A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS. ESTE MÓDULO REQUIERE EXPERIENCIA.

				EXTRAÑA
Ahora le voy a preguntar sobre experiencias poco usuales que algunas personas tienen.				
K1	a	¿Alguna vez ha pensado que la gente lo/la espía, que alguien está tramando algo en contra de usted o tratando de hacerle daño? <small>NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR ACOSO REAL.</small>	NO SÍ	SÍ
	b	<b>SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA:</b> ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K2	a	¿Alguna vez ha creído que alguien le leía la mente o podía oír sus pensamientos o que usted podía leer la mente de alguien u oír lo que alguien pensaba?	NO SÍ	SÍ
	b	<b>SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA:</b> ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o alguna fuerza externa le ponía pensamientos en la mente que no eran suyos o le hacía actuar de manera que usted no actuaría normalmente? ¿Alguna vez ha sentido que estaba poseído/a (endemoniado/a)? <small>CLÍNICO: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.</small>	NO SÍ	SÍ
	b	<b>SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA:</b> ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K4	a	¿Alguna vez ha creído que le estaban mandando mensajes especiales a través de la televisión, la radio, el Internet, los periódicos, los libros o las revistas o que alguien que usted no conocía personalmente estaba especialmente interesado/a en usted?	NO SÍ	SÍ
	b	<b>SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA:</b> ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K5	a	¿Sus parientes o amigos han considerado alguna de sus creencias extrañas o poco usuales? <small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. SÓLO CLASIFIQUE COMO SÍ EN CASO DE QUE LOS EJEMPLOS SEAN CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO INVESTIGADAS EN LAS PREGUNTAS K1 A K4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS O RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, DE CELOS, DE CULPA, RUINA O POBREZA EXTREMA, ETC.</small>	NO SÍ	SÍ
	b	<b>SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA:</b> ¿consideran ellos actualmente que sus creencias son raras?	NO SÍ	SÍ
K6	a	¿Alguna vez ha oído cosas que los demás no oían, como voces?  <b>SI RESPONDIÓ SÍ A LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS:</b> ¿Oyó una voz que hacía comentarios sobre sus pensamientos o comportamiento o escuchó dos o más voces hablando entre ellas?	NO SÍ	SÍ
	b	<b>SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA A LA K6a:</b> ¿Ha oído sonidos / voces durante el último mes?  <b>SI RESPONDIÓ SÍ A LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS:</b> ¿Oyó una voz que hacía comentarios sobre sus pensamientos o comportamiento o escuchó dos o más voces hablando entre ellas?	NO SÍ	SÍ ↳K8b

K7 a ¿Alguna vez ha tenido visiones cuando estaba despierto/a o ha visto cosas que otras personas no pueden ver?  
CLÍNICO: VERIFIQUE SI SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

NO SÍ

b SI RESPONDIÓ SÍ: ¿ha visto estas cosas durante el último mes?

NO SÍ

**OPINIÓN DEL CLÍNICO**

K8 b ¿EL/LA PACIENTE ACTUALMENTE MUESTRA INCOHERENCIA, UNA PÉRDIDA MARCADA DE ASOCIACIONES O HABLA DESORGANIZADAMENTE?

NO SÍ

K9 b ¿EL/LA PACIENTE ACTUALMENTE MUESTRA COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?

NO SÍ

K10 b ¿ESTÁN PRESENTES DE MANERA PROMINENTE DURANTE LA ENTREVISTA SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA, POR EJEMPLO, CARENCIA SIGNIFICATIVA DE EXPRESIÓN AFECTIVA, POBREZA EN EL LENGUAJE (ALOGIA) O INCAPACIDAD PARA INICIAR O CONTINUAR CON ACTIVIDADES QUE SE ORIENTEN AL CUMPLIMIENTO DE UNA META (FALTA DE VOLICIÓN)?

NO SÍ

K11 a ¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS "a" DE LA K1a A LA K7a COMO SÍ O SÍ EXTRAÑA Y ES:

¿EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL, RECURRENTE O PASADO)?

**O**

¿EPISODIO MANÍACO O HIPOMANÍACO (ACTUAL O PASADO) CLASIFICADO SÍ?

NO SÍ

↳K13

SI RESPONDIÓ NO A LA K11a, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN LOS DOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO "TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS" Y PASE A LA K13.

b Usted dijo anteriormente que tuvo período(s) en que se sintió (deprimido/a o en estado eufórico o continuamente irritable).

NO SÍ

¿Son las creencias y experiencias que acaba de describir (SÍNTOMAS CLASIFICADOS COMO SÍ DE LA K1a A K7a) limitadas exclusivamente a momentos en que se sintió deprimido/a o en estado eufórico o irritable?

**TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

**DE POR VIDA**

SI EL/LA PACIENTE TUVO ALGUNA VEZ UN PERÍODO DE POR LO MENOS 2 SEMANAS CON ESTAS CREENCIAS O EXPERIENCIAS (SÍNTOMAS PSICÓTICOS) CUANDO NO ESTABA DEPRIMIDO/A O EN ESTADO EUFÓRICO O IRRITABLE, CLASIFIQUE ESTE TRASTORNO COMO NO.

SI RESPONDIÓ NO PARA ESTE TRASTORNO, TAMBIÉN MARQUE NO CON UN CÍRCULO PARA LA K12 Y PASE A LA K13.

K12 a ¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS "b" DE LA K1b A LA K7b COMO SÍ O SÍ EXTRAÑA Y ES:

¿EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)?

**O**

¿EPISODIO MANÍACO O HIPOMANÍACO (ACTUAL) CLASIFICADO SÍ?

NO SÍ

**TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

**ACTUAL**

SI RESPONDIÓ SÍ PARA ESTE TRASTORNO (DE POR VIDA O ACTUAL), ENCIERRE NO PARA LA K13 Y LA K14 Y PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

K13 ¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS “b” DE LA K1b A LA K6b COMO SÍ EXTRAÑA?

o

¿CLASIFICÓ 2 O MÁS PREGUNTAS “b” DE LA K1b A LA K10b COMO SÍ (EN LUGAR DE SÍ EXTRAÑA)?

¿Y POR LO MENOS DOS DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 1 MES?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>	

K14 ¿CLASIFICÓ LA K13 COMO SÍ?

o

¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS “a” DE LA K1a A LA K6a COMO SÍ EXTRAÑA?

o

¿CLASIFICÓ 2 O MÁS PREGUNTAS “a” DE LA K1a A LA K7a COMO SÍ(EN LUGAR DE SÍ EXTRAÑA)?

¿Y POR LO MENOS DOS DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 1 MES?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>	

## L. ANOREXIA NERVIOSA

(⇒ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

L1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/>	pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pulg.
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm.
	b	¿Cuál fue su peso más bajo durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libras
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg.
	c	¿ES EL PESO DEL/DE LA PACIENTE IGUAL O MÁS BAJO QUE EL LÍMITE QUE LE CORRESPONDE CON BASE EN SU ESTATURA? (VEA LA TABLA A CONTINUACIÓN)	→	NO			SÍ

**En los últimos 3 meses:**

L2		A pesar de su peso bajo, ¿ha intentado no subir de peso?	→	NO		SÍ
L3		¿Ha tenido un miedo intenso de subir de peso o engordar, aunque esté por debajo de peso?	→	NO		SÍ
L4	a	¿Se ha considerado demasiado grande o gordo/a o que parte de su cuerpo era demasiado grande o gorda?		NO		SÍ
	b	¿Ha influido el peso o la forma de su cuerpo de gran manera en el modo en que se sentía sobre sí mismo/a?		NO		SÍ
	c	¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo?		NO		SÍ
L5		¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS DE LA L4 COMO SÍ?	→	NO		SÍ
L6		SÓLO PARA MUJERES: en los últimos 3 meses, ¿dejó de tener todos sus periodos menstruales cuando debería haberlos tenido (no estando embarazada)?	→	NO		SÍ

PARA MUJERES: ¿CLASIFICÓ LA L5 Y LA L6 COMO SÍ?

PARA HOMBRES: ¿CLASIFICÓ LA L5 COMO SÍ?

NO	SÍ
<b>ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

**TABLA DE ESTATURA / PESO CORRESPONDIENTE AL LÍMITE DE IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL) DE 17.5 KG./M<sup>2</sup>**

Estatura/Peso		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
pies/pulg.	libras	81	84	87	89	92	96	99	102	105	108	112	115	118	122
cm.		145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
Kg.		37	38	39	41	42	43	45	46	48	49	51	52	54	55

Estatura/Peso		5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
pies/pulg.	libras	125	129	132	136	140
cm.		180	183	185	188	191
Kg.		57	59	60	62	64

Estos límites de peso fueron calculados usando un índice de masa corporal (IMC) igual o menor que 17,5 Kg./m<sup>2</sup> con respecto a la estatura del/de la paciente. Estas son las directrices/pautas correspondientes a los límites de peso por debajo de los cuales una persona se considera por debajo del peso recomendado por los Criterios de Diagnóstico para la Investigación de Anorexia Nerviosa del DSM-IV y la CIE-10.

## M. BULIMIA NERVIOSA

(➡ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

M1	En los últimos 3 meses, ¿tuvo atracones de comida o comió muchísima comida en un período de 2 horas?	➡ NO	SÍ
M2	En los últimos 3 meses, ¿tuvo atracones de comida tan frecuentes como dos veces a la semana?	➡ NO	SÍ
M3	Durante estos atracones, ¿sintió que su manera de comer estaba fuera de control?	➡ NO	SÍ
M4	¿Hizo algo para compensar o evitar subir de peso como consecuencia de estos atracones como vomitar, ayunar, hacer ejercicio o usar laxantes, enemas, diuréticos (píldoras para la retención de líquido) u otro medicamento?	➡ NO	SÍ
M5	¿Influye el peso o la forma de su cuerpo de gran manera en el modo en que se siente sobre sí mismo/a?	➡ NO	SÍ
M6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL/DE LA PACIENTE CON LOS CRITERIOS PARA LA ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ
		↓ Pase a la M8	
M7	¿Tiene estos atracones solamente cuando está por debajo de (_____libras/Kg.)? <small>ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA ENTRE LOS PARÉNTESIS DE ARRIBA EL LÍMITE DE PESO PARA LA ESTATURA DE ESTE/A PACIENTE DE LA TABLA DE ESTATURA/PESO EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.</small>	NO	SÍ

M8 ¿CLASIFICÓ LA M5 COMO SÍ Y LA M6 O M7 COMO NO?

NO	SÍ
<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

¿CLASIFICÓ LA M7 COMO SÍ?

NO	SÍ
<b>ANOREXIA NERVIOSA</b> <i>Tipo compulsivo/Tipo purgativo</i> <b>ACTUAL</b>	



## N. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➔ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

N1	a	¿Se ha preocupado excesivamente o ha estado ansioso/a por varias cosas ordinarias en los últimos 6 meses? SI EL/LA PACIENTE NO ENTIENDE LO QUE USTED QUIERE DECIR, INVESTIGUE PREGUNTANDO (¿Cree que los demás lo/la consideran una persona que se preocupa demasiado?) Y PIDA EJEMPLOS.	➔ NO	SÍ
	b	¿Están presentes estas ansiedades y preocupaciones la mayoría de los días?	➔ NO	SÍ
		¿ESTÁN LA ANSIEDAD Y LAS PREOCUPACIONES DEL/DE LA PACIENTE EXCLUSIVAMENTE RESTRINGIDAS A, O SE EXPLICA MEJOR POR CUALQUIER TRASTORNO ANTERIOR A ESTE PUNTO?	➔ NO	SÍ
N2	¿Nota que es difícil controlar sus preocupaciones?	➔ NO	SÍ	
N3	PARA LO SIGUIENTE, CLASIFIQUE COMO <b>NO</b> SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A CARACTERÍSTICAS DE ALGÚN TRASTORNO INVESTIGADO ANTERIORMENTE.  <b>Cuando estuvo ansioso/a en los últimos 6 meses, la mayoría del tiempo usted:</b>			
	a	¿Se sintió inquieto/a, nervioso/a o con los nervios de punta?	NO	SÍ
	b	¿Sintió tensión muscular?	NO	SÍ
	c	¿Se sintió cansado/a, débil o exhausto/a fácilmente?	NO	SÍ
	d	¿Tuvo dificultad para concentrarse o se dio cuenta de que su mente se quedaba en blanco?	NO	SÍ
	e	¿Se sintió irritable?	NO	SÍ
	f	¿Tuvo dificultad para dormir (dificultad para dormirse, se despertaba durante la noche, muy temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ
		¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS N3 COMO SÍ?	➔ NO	SÍ
N4	¿Interfieren estas ansiedades y preocupaciones en su funcionamiento usual en su trabajo, sus estudios o vida social o le causan angustia significativa?			

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</b>	

## O. DESCARTE CAUSAS MÉDICAS, ORGÁNICAS O DE DROGAS PARA TODOS LOS TRASTORNOS

SI EL/LA PACIENTE CLASIFICÓ COMO SÍ PARA ALGÚN TRASTORNO ACTUAL, PREGUNTE:

**Justo antes de que empezaran estos síntomas:**

O1	a	¿Estaba tomando alguna droga o medicamento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
O1	b	¿Tenía alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
EN LA OPINIÓN DEL CLÍNICO: ¿ES ALGUNA DE ÉSTAS LA POSIBLE CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DEL/DE LA PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ABIERTAS ADICIONALES.					
O2		<b>RESUMEN:</b> ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a

## P. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

(➡ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO Y MARQUE NO CON UN CÍRCULO)

**P1 Antes de los 15 años de edad:**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a ¿Repetidamente faltaba a la escuela o se escapaba de la casa durante la noche? | NO | SÍ |
| b ¿Repetidamente mentía, hacía trampa, estafaba o robaba?                        | NO | SÍ |
| c ¿Empezaba peleas, intimidaba o amenazaba a los demás?                          | NO | SÍ |
| d ¿Destruía cosas o iniciaba incendios a propósito?                              | NO | SÍ |
| e ¿Maltrataba animales o a personas a propósito?                                 | NO | SÍ |
| f ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?                        | NO | SÍ |
| ➡  |    |    |
| ¿CLASIFICÓ 2 O MÁS RESPUESTAS P1 COMO SÍ?  | NO | SÍ |

NO CLASIFIQUE LOS COMPORTAMIENTOS SIGUIENTES COMO SÍ SI SON MOTIVADOS EXCLUSIVAMENTE POR POLÍTICA O RELIGIÓN.

**P2 Desde los 15 años de edad:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a ¿Se ha comportado repetidamente de manera considerada irresponsable por los demás, como no pagar sus deudas, ser impulsivo/a a propósito o deliberadamente no trabajar para mantenerse? | NO | SÍ |
| b ¿Ha hecho cosas ilegales aunque no lo/la descubrieran (por ejemplo, destruir cosas, robar en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer un delito)?                                   | NO | SÍ |
| c ¿Ha tenido peleas físicas repetidamente (incluso peleas físicas con su esposo/a o sus hijos)?   | NO | SÍ |
| d ¿Frecuentemente ha mentido o estafado a otras personas para obtener dinero o placer o ha mentido simplemente por diversión?   | NO | SÍ |
| e ¿Ha puesto a otras personas en peligro sin importarle?  | NO | SÍ |
| f ¿No ha tenido remordimientos después de lastimar, maltratar, mentir o robar a otras personas o después de dañar la propiedad ajena?   | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS P2 COMO SÍ?

NO                      SÍ

**TRASTORNO DE  
PERSONALIDAD  
ANTISOCIAL  
DE POR VIDA**

**ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA**

## REFERENCES

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, 1998; 59 (suppl 20):22-23.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

### Scientific committee for the M.I.N.I. 6.0.0:

A. Carlo Altamura, Milano, Italy  
 Cyril Hoschl, Praha, Czech Republic  
 George Papadimitriou, Athens, Greece  
 Hans Ågren, Göteborg, Sweden  
 Hans-Jürgen Möller, München, Germany  
 Hans-Ulrich Wittchen, Dresden, Germany  
 István Bitter, Budapest, Hungary  
 Jean-Pierre Lépine, Paris, France  
 Jules Angst, Zurich, Switzerland  
 Julio Bobes, Oviedo, Spain  
 Luciano Conti, Pisa, Italy  
 Marelli Colon-Soto MD, Puerto Rico, United States  
 Michael Van Amerigen MD, Toronto, Canada  
 Rosario Hidalgo MD, Tampa, United States  
 Siegfried Kasper, Vienna, Austria  
 Thomas Schlaepfer, Bonn, Germany

### Translations

Afrikaans  
 Arabic  
 Bengali  
 Braille (English)  
 Brazilian Portuguese  
 Bulgarian  
 Chinese

### Czech

Danish  
 Dutch/Flemish  
 English

### Estonian

Farsi/Persian

### Finnish

French

German

Greek

Gujarati

Hebrew

Hindi

Hungarian

Icelandic

### M.I.N.I. 4.4 or earlier versions

R. Emsley, W.Maartens

P. Amorim

L.G. Hranov

P. Bech

E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere  
 D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan,  
 E. Knapp, M. Sheehan

M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen

Y. Lecrubier, E. Weiller, I. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine

I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer

S. Beratis

J. Zohar, Y. Sasson

I. Bitter, J. Balazs

### M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 and M.I.N.I. Screen 5.0:

O. Osman, E. Al-Radi  
 H. Banerjee, A. Banerjee

P. Amorim

L. Carroll, Y-J. Lee, Y-S. Chen, C-C. Chen, C-Y. Liu,  
 C-K. Wu, H-S. Tang, K-D. Juang, Yan-Ping Zheng.  
 P. Svlosky

P. Bech, T. Schütze

I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen

D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan,  
 M. Sheehan

J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil

K. Khooshabi, A. Zomorodi

M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen

Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil

T. Calligas, S. Beratis, GN Papadimitriou, T Matsoukas,

CR Soldatos

M. Patel, B. Patel, Organon

R. Barda, I. Levinson, A. Aviv

C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir, Organon

I. Bitter, J. Balazs

J.G. Stefansson

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

26

M.I.N.I. - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
 ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_spa-US.doc

Italian	I. Bonora, L. Conti, M. Piccenelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller.	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japanese		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima. Organon
Kannada		K.S. Oh and Korean Academy of Anxiety Disorders
Korean		V. Janavs, J. Janavs
Latvian	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	A. Bacevicius
Lithuanian		WW. Muhweziosal, H. Agren
Luganda		Organon
Malayalam		Organon
Marathi		K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Norwegian	G. Pedersen, S. Blomhoff	M. Masiak, E. Jasiak
Polish	M. Masiak, E. Jasiak	P. Amorim, T. Guterres
Portuguese	P. Amorim	A. Gahunia, S. Gambhir
Punjabi		O. Driga
Romanian		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky, L. Shumyak, M. Klisinska.
Russian		I. Timotijevic
Serbian	I. Timotijevic	
Setswana	K. Ketlogetswe	
Slovenian	M. Kocmur	
Spanish	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes- Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze, C. Santana, R. Hidalgo C. Allgulander, H. Agren M. Waern, A. Brimse, M. Humble. Organon
Swedish	M. Waern, S. Andersh, M. Humble	Organon
Tamil		P. Kittirattanapaiboon, S. Mahatnirunkul, P. Udomrat, P. Silpakit, M. Khamwongpin, S. Srikosai.
Telugu		T. Örnek, A. Keskiner, A. Engeler
Thai		S. Gambhir
Turkish	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	J. Goldman, Chana Pollack, Myrna Mniewski
Urdu		
Yiddish		

A validation study of this instrument was made possible, in part, by grants from SmithKline Beecham and the European Commission. The authors are grateful to Dr. Pauline Powers for her advice on the modules on Anorexia Nervosa and Bulimia.

## TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO

Consulte los módulos:      A    Episodio depresivo mayor  
    C    Episodios (hipo)maníacos  
    K    Trastornos psicóticos

**MÓDULO K:**

1a ¿CLASIFICÓ LA <b>K11b</b> COMO SÍ?	NO	SÍ
1b ¿CLASIFICÓ LA <b>K12a</b> COMO SÍ?	NO	SÍ

**MÓDULOS A y C:**

	Actual	Pasado
2 a MARQUE SÍ CON UN CÍRCULO SI SE IDENTIFICÓ UNA IDEA DELIRANTE EN LA <b>A3e</b>	SÍ	SÍ
b MARQUE SÍ CON UN CÍRCULO SI SE IDENTIFICÓ UNA IDEA DELIRANTE EN LA <b>C3a</b>	SÍ	SÍ

c ¿Clasificó como SÍ el Episodio Depresivo Mayor (actual o pasado)?  
**Y**  
 ¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?  
**Y**  
 ¿Clasificó como NO el Episodio Hipomaniaco (actual y pasado)?  
**Y**  
 ¿Clasificó como NO los "Síntomas Hipomaniacos" (actual y pasado)?

**Especifique:**

- Si el episodio depresivo es **actual o pasado** o ambos
- **Con síntomas psicóticos** actuales: si la 1b o la 2a (actual) = SÍ  
 Con síntomas psicóticos pasados: si la 1a o la 2a (pasado) = SÍ

**TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR**

	actual	pasado
<b>TDM</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Con síntomas psicóticos</b>		
Actual	<input type="checkbox"/>	
Pasado	<input type="checkbox"/>	

d ¿Clasificó como Sí el Episodio Maníaco (actual o pasado)?

**Especifique:**

- Si el Trastorno Bipolar I es **actual o pasado** o ambos
- Con un **Episodio Maníaco Único**: si el episodio maníaco (actual o pasado) = Sí y el Episodio Depresivo Mayor (actual y pasado) = NO
- Con **Síntomas Psicóticos** Actuales: si la 1b o la 2a (actual) o 2b (actual) = Sí  
Con Síntomas Psicóticos Pasados: si la 1a o la 2a (pasado) o 2b (pasado) = Sí
- Si el **episodio más reciente** fue maníaco, depresivo, mixto o hipomaniaco o no especificado (todos se excluyen mutuamente)
- **No especificado** si el Episodio Maníaco Pasado clasificó como Sí Y el Episodio Actual (en el Resumen C3 Y la C4a Y la C6 Y la O2) clasificó como Sí

<b>TRASTORNO BIPOLAR I</b>		
	actual	pasado
Trastorno Bipolar I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodio maníaco único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Con síntomas psicóticos</b>		
Actual	<input type="checkbox"/>	
Pasado	<input type="checkbox"/>	
<b>Episodio más reciente</b>		
Maníaco	<input type="checkbox"/>	
Depresivo	<input type="checkbox"/>	
Mixto	<input type="checkbox"/>	
Hipomaniaco	<input type="checkbox"/>	
No especificado	<input type="checkbox"/>	

e ¿Clasificó como Sí el Episodio Depresivo Mayor (actual o pasado)?

**y**

¿Clasificó como Sí el Episodio Hipomaniaco (actual o pasado)?

**y**

¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?

**Especifique:**

- Si el Trastorno Bipolar es **actual o pasado** o ambos
- Si el episodio de estado de ánimo más reciente es **hipomaniaco o depresivo** (se excluyen mutuamente)

<b>TRASTORNO BIPOLAR II</b>		
	actual	pasado
Trastorno Bipolar II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Episodio más reciente</b>		
Hipomaniaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f ¿Clasificó como NO el Episodio Depresivo Mayor (actual y pasado)?

**y**

¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?

**y**

¿Clasificó como Sí la C4b en el periodo de tiempo correspondiente?

**y**

¿Clasificó la C7b como Sí?

**o**

¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?

**y**

¿Clasificó como NO el Episodio Hipomaniaco (actual y pasado)?

**y**

¿Clasificó como Sí la C4a en el periodo de tiempo correspondiente?

**y**

¿Clasificó la C7c como Sí?

<b>TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO</b>		
	actual	pasado
Trastorno bipolar no especificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique si el Trastorno Bipolar No Especificado es **actual o pasado** o ambos.

## M.I.N.I. PLUS

Los siguientes módulos sombreados son módulos adicionales que están disponibles en la M.I.N.I. Plus además de los que se pueden encontrar en la M.I.N.I. estándar. Los módulos que no están sombreados pertenecen a la M.I.N.I. estándar.

Estos módulos de la M.I.N.I. Plus se pueden incluir o usar en lugar de los módulos de la M.I.N.I. estándar, según las necesidades específicas del estudio.

MÓDULOS	PERÍODO DE TIEMPO
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas) Pasado Recurrente
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas) Pasado Recurrente
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Actual (2 semanas)
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS CATATÓNICAS	Actual (2 semanas)
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS	Actual (2 semanas)
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual Pasado
TRASTORNO DEPRESIVO MENOR (TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO)	Actual (2 semanas) Pasado Recurrente
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual (2 semanas) Pasado
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual (2 semanas) Pasado
AY TRASTORNO DISTÍMICO	Actual
B SUICIDALIDAD (IDEACIÓN SUICIDA, COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO Y SUICIDA)	Actual (último mes) <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta
C EPISODIO MANÍACO	Actual Pasado
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR I	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR II	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR I CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual Pasado
EPISODIO MANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual (2 semanas) Pasado
EPISODIO HIPOMANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual (2 semanas) Pasado
EPISODIO MANÍACO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual (2 semanas) Pasado

M.I.N.I. 6.0.0 (October 10, 2010) (10/10/10)

30

M.I.N.I. - United States/Spanish - Version of 24 Mar 11 - Mapi Institute.  
ID6051 / M.I.N.I.6.0\_AU11.0\_sp8-US.doc

	EPIODIO HIPOMANIACO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual (2 semanas)
	TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO NO ESPECIFICADO	Pasado De por vida
D	TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO)	Actual (último mes) De por vida
	TRASTORNO DE ANSIEDAD CON ATAQUES DE PÁNICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual
	TRASTORNO DE ANSIEDAD CON ATAQUES DE PÁNICO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual
E	AGORAFOBIA	Actual
F	FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes) Generalizada No-Generalizada
FA	FOBIA ESPECÍFICA	Actual
G	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	Actual (último mes)
	TOC DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual
	TOC DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual
H	TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)
HL	TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	De por vida
I	DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ABUSO DEL ALCOHOL	Últimos 12 meses Últimos 12 meses
IL	DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ABUSO DEL ALCOHOL	De por vida De por vida
J	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol) ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses Últimos 12 meses
JL	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol) ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	De por vida De por vida
K	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida Actual
	TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual
	TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	De por vida
	ESQUIZOFRENIA	Actual De por vida
	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Actual De por vida
	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Actual De por vida
	TRASTORNO PSICÓTICO BREVE	Actual De por vida
	TRASTORNO DELIRANTE	Actual De por vida
	TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual De por vida
	TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual De por vida



	TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO	Actual De por vida
L	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)
M	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)
	BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVO	Actual
	BULIMIA NERVIOSA TIPO NO PURGATIVO	Actual
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/TIPO PURGATIVO	Actual
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO RESTRICTIVO	Actual
N	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERALIZADA	Actual
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual
O	TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	Actual De por vida
P	HIPOCONDRÍA	Actual
Q	TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Actual
R	TRASTORNO POR DOLOR	Actual
S	TRASTORNO DISOCIAL	Actual (últimos 12 meses)
T	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	Actual (últimos 6 meses) (Niños/Adolescentes)
	TDAH COMBINADO	
	TDAH INATENTO	
	TDAH HIPERACTIVO / IMPULSIVO	
TA	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	Actual (últimos 6 meses) (Adultos)
	TDAH COMBINADO	
	TDAH INATENTO	
	TDAH HIPERACTIVO / IMPULSIVO	
U	TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	Actual
V	TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	Actual
W	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual
X	SE DESCARTÓ CAUSA MÉDICA, ORGÁNICA O DE DROGA	
Y	TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL	De por vida