

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVA PARA LA ANSIEDAD EN PERSONAS SIN HOGAR
ALBERGADAS EN LA ESCUELA NICOLÁS PACHECO, SAN FELIPE, PANAMÁ

PRESENTADO POR:
MARÍA ICENITH FIGUEROA GUTIÉRREZ
CÉDULA: 8-838-2169

Tesis de grado presentada como uno de
Los requisitos para optar por el
Grado de Magíster en Psicología Clínica

ASESORA:
DRA. FRANCISCA DOMÍNGUEZ

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2024

Dedicatoria

Este trabajo de investigación es para las personas que han vivido el proceso de restauración, desalojo y despojo, por la gentrificación en San Felipe, a todas y todos ellos que encarnan las desigualdades y resistencias, mi admiración y mi compromiso por visibilizar sus historias.

Agradecimientos

En los momentos en donde las fuerzas y determinación se me agotaban para retomar este trabajo de grado, estuvieron alentándome; mi madre con su confianza en mis capacidades, mi padre con su jocosidad, mi hermano con su diversión y mi pareja con el trabajo de cuidado en el hogar; a ella y ellos mi amor incondicional.

A mi terapeuta, que me dio esperanzas a seguir e innovar, a mi supervisora de casos por alentarme a no negar mi pasión e incorporar la integración de la clínica al entorno comunitario, junto con a lo relacional; contención, la sintonía y la compasión.

Al Dr. Ricardo López, quien desde el día uno me dijo: “no te desaparezcas”, me hizo entender lo que este trabajo requería de mí y su incondicional intención de acompañamiento. A la Dra. Francisca Domínguez, por su disposición en juntas hacer realidad esta investigación, por su acompañamiento y guía.

A la profesora Elsa Fajardo, con su asesoramiento metodológico, e interés genuino en apoyar a la investigación.

Gracias, a la Sra. Esther, a la Asociación de Moradores de San Felipe y a El Kolectivo, quienes han visibilizado las problemáticas sociales y la mirada política del contexto panameño.

Índice

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Índice de Tablas	vii
Índice de Gráficas	ix
Índice de Anexos.....	x
Resumen / Abstract	xi
Introducción	1

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1. Marco teórico	10
2. La ansiedad y su dimensión social.....	20
3. Desarrollo humano, adultez media	30
4. Modelo Cognitivo	35
5. Terapia Cognitiva para la Ansiedad	47

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Planteamiento del problema	64
2. Objetivo General	66
3. Objetivos Específicos	67
4. Hipótesis	67
5. Diseño de Investigación	68
6. Definición de Variables.....	69
7. Población y muestra	71
8. Instrumentos y técnicas de medición	72
9. Diseño Estadístico	74

CAPÍTULO III

RESULTADOS

1. Estadísticos descriptivos de las comparaciones entre pretest y posttest	76
2. Estadísticos descriptivos de las comparaciones entre pretest y seguimiento	79
3. Estadísticos descriptivos de las comparaciones entre posttest y seguimiento	81
4. Índice de Confiabilidad de Cambios (RCI)	82

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Discusión.....	84
-------------------	----

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones	91
2. Recomendaciones	110

REFERENCIAS	101
--------------------------	------------

ANEXOS

Anexo 1. “La trinchera” el despojo y la lucha	112
Anexo 2. Fotografías del Albergue Nicolás Pacheco y la “Trinchera”	117
Anexo 3. Consentimiento informado.....	119
Anexo 4. Sesiones terapéuticas	124

Índice de Tablas

Tabla 1. Principales causas del estrés en adultos de edad media en Estados Unidos, tomado de Papalia y Martorell, 2017, Desarrollo Humano, (Decimotercera ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill, S.A.	32
Tabla 2. Diferencias entre modelo y psicoterapia cognitiva.....	36
Tabla 3 Clasificación de Dominios de estímulos, tomado de Tabla 2.3 Clasificación de amenazas para los intereses personales.	53
Tabla 4. Listado de participantes por sexo, edad y cantidad de sesiones	76
Tabla 5. Resultados obtenidos en las mediciones de ansiedad estado (SXE) y ansiedad rasgo (SXR) pretest y posttest.	77
Tabla 6. Media y desviación típica en las mediciones pretest y posttest	77
Tabla 7. Resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y posttest	77
Tabla 8. Resumen de valores p en las Pruebas de signos y Rangos con signo de Wilcoxon en pretest y posttest.	79
Tabla 9. Media y desviación típica en las mediciones pretest y seguimiento a mediano plazo	79
Tabla 10. Resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y seguimiento a mediano plazo.	80
Tabla 11. Resumen de valores p en las Pruebas de signos y Rangos con signo de Wilcoxon resultantes del pretest y seguimiento.	80
Tabla 12. Media y desviación típica en las mediciones posttest y seguimiento a mediano plazo	81
Tabla 13. Resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en posttest y seguimiento a mediano plazo	81

Tabla 14. Resumen de valores p en las Pruebas de signos y Rangos con signo de Wilcoxon en el postest y seguimiento.....	82
Tabla 15. Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios.	82
Tabla 16. Resultados del Índice de confiabilidad de cambios por comparación de pares	83
Tabla 17. Comparación por ítems en los puntajes pretest y postest de la escala de ansiedad estado (SXE).....	86
Tabla 18. Resultados del pretest y postest en la escala de ansiedad rasgo (SXR) – IDARE.....	87
Tabla 19. Factores Psicosociales	90
Tabla 20. Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios, Participante A.	143
Tabla 21 Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios, Participante B.	170
Tabla 22 Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del índice de confiabilidad de cambios, Participante C.	189
Tabla 23. Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios, Participante D.	211

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Esquema de funcionamiento de la Teoría de ansiedad de Spielberger. Fuente: Spielberger (1966) adaptada por Miguel Tobal (2015) y Maldonado (2023).....	19
Gráfica 2. Tipos de respuestas y condicionamientos por Skinner	38
Gráfica 3. Esquemas.....	43
Gráfica 4. Niveles de intensidad del estado ansioso.....	48
Gráfica 5. Modo de activación primal de la amenaza	52
Gráfica 6 Valores críticos y observados de la prueba de Rangos con signo de Wilcoxon en pretest y posttest.	78
Gráfica 7. Dispersigramas de valores críticos y observados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y posttest.	79
Gráfica 8. Resultados de las mediciones pretest y posttest	83

Índice de Anexos

<u>Anexo 1. “La trinchera” el despojo y la lucha</u>	112
<u>Anexo 2. Fotografías del Albergue Nicolás Pacheco y la “Trinchera”</u>	117
<u>Anexo 3. <i>Consentimiento informado</i>.....</u>	119
<u>Anexo 4. Sesiones terapéuticas</u>	124
<u>Historia clínica A</u>	128
<u>Historia clínica B.....</u>	144
<u>Historia Clínica C.....</u>	171
<u>Historia clínica D</u>	190

Resumen / Abstract

La presente investigación de tipo cuasiexperimental, diseño pre-post test sin grupo control, se realizó en San Felipe, Panamá, con una muestra poblacional de cuatro adultos entre las edades de 44 a 65 años, que han vivido un proceso de gentrificación y actualmente se encuentran en condición de personas sin hogar, que experimentaron al momento de la evaluación ansiedad estado clínicamente significativo. Se utilizaron los siguientes instrumentos: para descartar comorbilidad con la depresión IDER (Inventario de depresión estado- rasgo), para medir la ansiedad estado se evaluó con el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y para identificar los síntomas ansiosos el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El análisis de datos se valoró con un diseño estadístico de Signos de Wilcoxon con un alpha de 0.05 de significación y para añadir significancia clínica se utilizó el Índice de Confiabilidad de Cambios conocido en inglés como Reliable Change Index (RCI).

Los resultados obtenidos por la prueba de signos de Wilcoxon valida que hay diferencias estadísticas significativas con un valor $p = (0.033)$ en las puntuaciones medias de la Escala de Ansiedad Estado (SXE) antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva para la ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, la significancia clínica pretest, posttest se comprobó en tres de los cuatro participantes.

Es decir que la Terapia Cognitiva para la Ansiedad disminuyó significativamente los estados de ansiedad, tanto estadística como clínicamente.

Palabras clave: ansiedad, ansiedad estado, ansiedad como síntoma social, personas sin hogar, gentrificación, aporofobia, modelo cognitivo, terapia cognitiva, terapia cognitiva para la ansiedad.

Abstract

This quasi-experimental study, conducted in San Felipe, Panama, employed a pre-post test design without a control group. The sample included four adults aged 44 to 65 years who had experienced gentrification and were currently homeless. At the time of assessment, these individuals exhibited clinically significant anxiety. The study utilized the following assessment tools: the Inventory of Depression State-Trait (IDER) to rule out comorbidity with depression, the State-Trait Anxiety Inventory (IDARE) to measure state anxiety, and the Beck Anxiety Inventory (BAI) to identify anxious symptoms. Data analysis involved the Wilcoxon Signed-Rank test with a significance level of 0.05, and clinical significance was assessed using the Reliable Change Index (RCI).

Results: The Wilcoxon Signed-Rank test revealed statistically significant differences ($p = 0.033$) in mean scores on the State Anxiety Scale (SXE) before (pretest) and after (posttest) participation in cognitive therapy for anxiety among homeless individuals sheltered at the Nicolás Pacheco School. Clinically significant improvements were observed in three out of the four participants.

In summary, Cognitive Therapy for Anxiety significantly reduced anxiety states both statistically and clinically in this population of homeless individuals.

Keywords: anxiety, state anxiety, social symptom anxiety, homelessness, gentrification, aporophobia, cognitive model, cognitive therapy, cognitive therapy for anxiety.

Introducción

Durante las últimas dos décadas, la población del sector de San Felipe en Panamá ha experimentado un proceso de desalojo de sus viviendas, a menudo denominadas “casas condenadas” (Sucre, 2010). Este fenómeno ha afectado a muchas personas dejándolas en situación de “personas sin hogar”.

Este proceso de desalojo ha sido acelerado por varios factores, entre ellos la inscripción del Distrito Histórico de Panamá, con el Salón Bolívar, como Patrimonio de la Humanidad (UNESCO, 1997). Como resultado, el corregimiento de San Felipe, también conocido como “Casco Antiguo”, ha experimentado un proceso de restauración, lo que ha llevado a un aumento en los precios de las propiedades y ha forzado a la comunidad de San Felipe, a desalojar su entorno y trasladarse a las afueras de la ciudad o alojarse en el albergue Nicolás Pacheco, antigua escuela de la comunidad (Adames M. D., 2017- 19). Estos cambios drásticos en el entorno de vida de las personas resultan en factores psicosociales que pueden tener un impacto en su salud mental (Lim, y otros, 2017).

Hablar de gentrificación, es referirse a las transformaciones recientes en los centros urbanos que han sucedido en Latinoamérica y han sido estudiados desde las ciencias sociales tomando en cuenta los factores psicosociales que pueden verse en la situación de personas sin hogar, que han atravesado un proceso de gentrificación y cómo afecta su salud mental (García Herrera, 2001; Janoschka y Sequera, 2014 – 16; Beltrán, Hernández, López, y Piratoba, 2015; Rincón-Avellaneda, 2018; Alexandri, González, y Hodkinson, 2019; Rey y Tapia, 2022). Así pues, se ha encontrado que las personas sin hogar a menudo experimentan aislamiento, falta de apoyo familiar y social, desarraigo y desvinculación, y en algunos casos, trastornos psiquiátricos, deterioro personal y social, pobreza severa o estigmatización social (Méndez,

Trujillo, y Dutilh, 2017; Lim, y otros, 2017; (Rivera, 2020; Cortina, 2020; Valencia y Marín, 2021; Ruiz Flores, 2022).

En esta investigación, se abordará la ansiedad clínicamente significativa como un síntoma de índole psicosocial, por lo que se pretende identificar si ¿el efecto de la Terapia cognitiva para el tratamiento de la ansiedad reducirá los niveles de ansiedad estado en las personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco en San Felipe, Panamá? y si ¿el tratamiento mantendrá los niveles de ansiedad estado menores a la evaluación posttest durante al menos 6 meses? La población elegida son las y los adultos de 44 a 65 años que viven en el albergue y llenan los criterios de inclusión.

Sin embargo, el albergue Nicolás Pacheco viven 28 familias, la muestra no está compuesta por el grueso de las personas albergadas, por lo que podría considerarse que el impacto ha sido reducido. Aun así, se espera que esta investigación contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este fenómeno social, que pone de relevancia los factores psicosociales en el desarrollo de ansiedad clínicamente significativa, y al proporcionar una base para futuras intervenciones en este campo.

Antecedentes

En el transcurso de este capítulo se mencionarán algunas investigaciones que validan la efectividad de la terapia cognitiva, para regular los niveles de ansiedad ante diversos escenarios y problemáticas. También, se abordará la ansiedad en su dimensión *estado* como una variable dependiente de los factores psicosociales, que pueden interponerse en el desarrollo del ciclo de vida o dadas las circunstancias contextuales.

Ambas variables, son el preámbulo para enfocarse en la situación de “personas sin hogar” como resultado de un proceso de gentrificación, en donde las implicaciones hacia la salud mental de las personas son evidentes.

En la actualidad, la aplicación de la terapia cognitiva abarca diferentes escenarios, en donde se evalúa su eficacia para disminuir los síntomas de ansiedad. Como en el caso de Bogotá, Ávila y Medellín, que realizaron una revisión sobre las intervenciones basadas en evidencia para abordar la ansiedad, depresión y estrés postraumático dejado por la Pandemia, se utilizaron “seis tipos de intervenciones basadas en evidencia, en distintas partes del mundo; Terapia Cognitivo Conductual, ACT (Terapia de aceptación y compromiso), Psicología positiva, Atención consciente, Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales y Terapia de Procesamiento cognitivo”. Llegando a recomendar: La terapia cognitivo conductual para abordar las situaciones de riesgo implicadas por la Pandemia, con el cambio de estilo de vida, los miedos asociados a contraer la enfermedad, restricción y cambios en la interacción social/aislamiento, los efectos emocionales y dificultades en salud mental. Este estudio deja en manifiesto la poca investigación accesible para las personas que hablan castellano, ya que la población estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres con una etnia caucásica. Resaltando la ausencia en la visibilidad de factores psicosociales, ya que, “ninguno de los

artículos... se ocupa de dos aspectos característicos de la crisis actual como lo son: 1. El número de muertes y pérdidas y 2. Las dificultades económicas” (2022, pp. 42-48).

La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual también ha sido utilizada en personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada con comorbilidad con otros Trastornos de Ansiedad, en donde se les expuso un tratamiento de veinte sesiones. Los hallazgos a partir de las pruebas psicométricas utilizadas llevaron a concluir la eficacia del tratamiento para abordar dichos trastornos “ya que hubo una reducción significativa de los síntomas de ansiedad, una valoración de mejora cualitativa y adecuación de su comportamiento de forma más funcional y adaptativa”. (Coronado, 2022, sección de conclusiones).

Incluso, esta terapia ha sido aplicada para regular la ansiedad, previo a la histerectomía en mujeres (Bernal et al., 2022), dando como resultado “en el grupo experimental un decremento en los niveles de ansiedad a niveles normales previos a la cirugía, mientras el grupo control encima de la norma... teniendo la Terapia Cognitivo Conductual mayor eficacia sobre la disminución de la ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados” (pp. 264- 265)

En varias investigaciones se menciona la ansiedad desde su dimensión estado como resultado de factores psicosociales que parecen incidir en sus niveles. Ese es el caso de, Logroño Padilla y Mejías (2023), quienes estudiaron “los efectos de la terapia alternativa para el cuidado de enfermería en adultos”. Esta investigación se enfocó en identificar los síntomas y trastornos de ansiedad en el envejecimiento, utilizando la prueba de ansiedad estado – rasgo (STAI), encontraron que la población de adultos manifestó en un 86 % ansiedad estado previo al tratamiento, destacando las dificultades que viven los adultos en su deterioro de independencia como, “dolor crónico, fragilidad, problemas físicos o mentales además del

descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, enfermedad o discapacidad” (pp. 16-21).

En Panamá se han realizado investigaciones sobre la ansiedad en diferentes escenarios. En cuanto a la ansiedad estado experimentada por primigestas Acuña (2019) comenta que: “Dependiendo de las características de personalidad, factores socioeconómicos, familiares, entre otros, tal adaptación (al embarazo) puede no darse de manera satisfactoria, dando lugar a niveles de ansiedad estado considerables y otras patologías, mermando la calidad de vida en el periodo de embarazo” (p.77), destacando la importancia y consideración de las variables socioeconómicas. En dicha investigación se utilizó como tratamiento la terapia cognitivo conductual, “como resultado se obtuvo que sí existen diferencias significativas antes y después del tratamiento, ya que, “las participantes demostraron niveles de ansiedad estado significativamente menores después del tratamiento” (p. 75).

La efectividad de un programa de intervención grupal orientada cognitiva conductualmente sobre los niveles de ansiedad estado experimentada por docentes de escuelas oficiales en la región de Panamá Oeste fue investigado por Samaniego (2018), en donde se implementaron 8 sesiones con técnicas cognitivas conductuales, “enfaticando en el poder de la vinculación para superar adversidades”, en la cual constató que existieron diferencias estadísticamente significativas (valor $p = 0.00$) por lo cual, el programa de terapia de grupo aplicado disminuyó el nivel de ansiedad estado en los participantes. (p.86)

Con ello, se observa cómo la ansiedad estado fluctúa dependiendo de los factores o desencadenantes psicosociales, pues la sintomatología ansiosa no existe en el vacío y confluye en lo biológico, social y espiritual. Por consiguiente, en esta investigación se intenta enmarcar el abordaje clínico-comunitario de la ansiedad estado en personas sin hogar, que han atravesado un proceso de gentrificación. En la investigación realizada por Di Masso et al.

(2021) mencionan cómo “la gentrificación transforma y resignifica el entorno urbano” (p.98). Señalan, la existencia del *malestar psicosocial* en la gentrificación, pues se promueven prácticas “identidades urbanas y usos del barrio que acaban provocando la exclusión sentida del residente local o visitante habitual² (p. 100). Desde el punto de vista psicológico subrayan “la pérdida de vínculos afectivos, el apego a los espacio físicos, duelo por la pérdida de la comunidad, el miedo a la exclusión y el estrés y la ansiedad por la posibilidad de tener que abandonar la vivienda” (p 100 -103)

La gentrificación, para Valencia y Marín (2021) no solo se refiere a: “Contradicciones en lo social, político, económico y cultural, sino que tiene profundos efectos en la salud derivados de las consecuencias psicosociales” (p.164) ya que a las víctimas de las construcciones “no se le reconocen indemnizaciones económicas, ni psicológicas... causando daño a la salud, al proyecto de vida, al proyecto económico, a sus redes, y el hábitat de los moradores” (p. 156)

En el estudio titulado: “Tres grietas fracturan la ciudad: el daño social producido por los procesos de gentrificación” Rivera (2020) analiza el “triple impacto del daño social” (p. 278) desde una perspectiva biopolítica; lo visible como la violencia directa o el daño físico y lo invisible como la violencia cultural - estructural o el daño psicológico y económico, perjudicando la capacidad de las personas de *ser-en-el mundo* e individualizando “ vivir bajo la amenaza de desahucio...” viviendo bajo “la inseguridad, el miedo, el estrés, la angustia y la ansiedad” (p. 276)

Las personas sin hogar que han atravesado un proceso de gentrificación no necesariamente desarrollan una patología después de su situación, sino la imbricación de factores individuales ligados a la propia vulnerabilidad, factores psicosociales y económicos relacionándolo con experiencias de “desarraigo familiar, desempleo, pobreza, deterioro

personal y social” (Méndez, Trujillo, y Dutilh, 2017, p. 110), lo cual puede repercutir en la salud mental de las personas.

Lim y otros (2017) investigaron en Nueva York, el impacto que tiene el desplazamiento de la urbe en los residentes de baja ingreso económico, teniendo como objetivo “evaluar la asociación entre el desplazamiento y el acceso a la atención médica y la salud mental de los residentes originales de los barrios gentrificados de la ciudad de Nueva York” (p.1). Hallando que “las personas desplazadas ya no tienen acceso a las mismas redes sociales, pueden perder lazos comunitarios y sufrir interrupciones en las rutinas regulares, lo que aumenta el estrés y la angustia psicológica” (p.8)

En Latinoamérica se ha analizado la gentrificación en cinco ciudades; Ciudad de México, Buenos Aires, Río de Janeiro, Santiago de Chile y Quito (Janoschka, Gentrificación, desplazamiento, desposesión: procesos urbanos claves en América Latina, 2016) y cómo se relaciona el desplazamiento con los procesos psicológicos, encontrando que: “Íntimamente son la base de las múltiples violencias simbólicas que afectan la vida diaria... a causa de los cambios materiales, políticos y sociales inducidos provocan sentimientos de pérdida de lugar, alienación, estrés estimula resentimientos, enojo y sensaciones de injusticia” (p. 42- 43).

En Panamá, se ha estudiado comparativamente el proceso de gentrificación versus cómo se ha realizado en Guadalajara, iniciando con la “declaratoria como patrimonio mundial de la humanidad, especulación inmobiliaria (renta, venta), mejora del transporte y expulsión de los sectores populares hacia las afueras del centro histórico” (Rey y Tapia, 2022). Los autores plantean la reconceptualización de la máxima el *derecho a la ciudad* ya que “no resiste frente a los intereses político-económico... a favor de la generación de utilidades y no en función del desarrollo humano, en alianza clara entre las autoridades con el sector privado sometiendo a las clases medias y bajas” (p. 79 -80). Dando pauta a estudiar cómo el Distrito

Histórico de Panamá designado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1997) ha sufrido un proceso de gentrificación, impactando al Barrio de San Felipe, ya que las transformaciones que pretendían la “salvaguarda del patrimonio material”, han tenido un coste muy alto, con “la desaparición del patrimonio inmaterial, poniendo en peligro el tejido social del barrio y la pérdida de la memoria colectiva” afectando la comunidad. (Adames M. D., 2019, p.37)

El Distrito Histórico de Panamá, San Felipe, ha pasado por las 5 características (Adames, 2017) de una tercera ola de gentrificación: “Primero, el papel transformado del estado; segundo, la penetración de las finanzas globales; tercero, cambiar los niveles de oposición política; cuarto, dispersión geográfica; y quinto, la generalización sectorial de la gentrificación”. Los hallazgos en esta investigación indicaron que los moradores o antiguos moradores perciben la “revitalización y la gentrificación de manera mixta” por un lado como “mejora de las condiciones físicas del barrio para preservar el patrimonio material” y por el otro “afirman que el lugar donde han vivido durante mucho tiempo ya no es suyo, enfrentando la amenaza de desalojo y a un futuro incierto, otros sienten que en el proceso han perdido un hogar” (pp. 9-10).

En San Felipe o en el Casco Antiguo, se demuestra que la gentrificación es un modelo que genera el reto de la inclusión social ya que las bienes raíces adoptan un enfoque a largo plazo para invertir en revitalizar un barrio. Este objetivo puede no alinearse con los intereses de los residentes actuales. (Hollmann, 2016)

Los antecedentes citados dan la pauta para aproximarnos a las variables de esta investigación. Tendremos a la terapia cognitiva como tratamiento a la ansiedad estado clínicamente significativa que experimenta la población de esta investigación. La cual ha

atravesado un proceso de gentrificación, dejándoles en la categoría de personas sin hogar, ya que habitan en un inmueble, Escuela Nicolás Pacheco, que ha sido tomado como albergue por la comunidad y admitido como tal por el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT).

En las siguientes páginas se va a describir la ansiedad, sus diferencias entre estrés y miedo, la vulnerabilidad hacia la ansiedad, la ansiedad y sus dimensiones, la adultez media como parte del desarrollo psicosocial y el proyecto de vida. Por último, se describirá el modelo y las herramientas de intervención cognitivo, la terapia cognitiva para la ansiedad y las estrategias utilizadas en el tratamiento.

I. Marco teórico

“El mundo está en una situación de crisis generalizada multifacética... la psicología es tal vez una de las cosas más importantes que tenemos entre manos como recurso eficaz para la lucha”

(Martín-Baró, 2015)

Se iniciará con la definición de ansiedad, sus diferencias con el estrés – miedo y la ansiedad estado desde el punto de vista psicosocial. Luego se describirá la adultez media y las transformaciones que se han estudiado dentro de esta fase del desarrollo humano, siendo antesala para describir el fundamento teórico de la Terapia Cognitiva como método terapéutico para la ansiedad estado clínicamente significativa.

1. Ansiedad, un recorrido histórico

Según Sarason y Sarason (2006) la ansiedad es tan antigua como la historia de la humanidad. Los romanos usaban la palabra *anxietas*, que indicaba un estado permanente de miedo y *angor*, para describir un estado momentáneo de miedo intenso muy similar al concepto de pánico. (p.239)

La ansiedad ha pasado a través de diversas transformaciones conceptuales, gracias a Vallejo y Gastó (2000, p.3) tenemos un recorrido por los síntomas clínicos considerados para la ansiedad:

- 1813 Landré-Beauvais “utilizó el término *angoise*, para referirse a *cierto malestar general e inquietud que acompañaban a cualquier enfermedad aguda o crónica*”.

- 1858 Dictionnaire de Médecine de Littré y Robin definen la ansiedad como “*estado de trastorno y de agitación con sensación de tortura y constricción en la región precordial*”.
- 1859 Hamilton acuña el término *coenesthesia* como “la suma caótica de sentimientos oscuros que provienen de todas las partes del cuerpo” (p. 3)

El estudiar las diferentes sensaciones corporales que presentan los síntomas ansiosos permitió su sistematización en tres vías que según Vallejo y Gastó (2000) son: “La cardiológica, la neurológica y la psicopatológica”. Haciendo referencia a la etiopatogenia que proponen los autores mencionan a: *James (1884)* y *Lange (1885)* como: “**Precursores de los modelos psicofisiológicos**” de la ansiedad, considerando que las emociones eran secundarias a la percepción y que eran producidos por una hiperactivación simpática. Siguiendo con *Dana y Cannon* a inicios del siglo XX reconocieron que: “Las reacciones de ansiedad se originan primariamente en el Sistema Nervioso Central (SNC), provocando de manera secundaria alteraciones periféricas, lo que es un planteamiento para explicar los trastornos ansiosos”, convirtiéndose en los: “**Precursores del modelo médico de la enfermedad**”. Pero, fue hasta con *Pierre Janet*, en donde: “La historia previa del sujeto y la familiar” hacen parte de la predisposición a la ansiedad, considerándolos como “evidencia de síntomas premórbidos” (2000, p. 51)

Así dan paso a la propuesta de dos tipos de ansiedad por Freud (1895, citado en Vallejo y Gastó , 2000, p.52) “Una ansiedad que surgía de la transformación directa de la energía instintiva como las crisis de angustia, y la que representaba una reacción... ante las amenazas como la ansiedad flotante o anticipatoria”. Mientras que en el conductismo *Watson y Rayner* (1920, citado en Vallejo y Gastó , 2000, p.52) consideraron a la ansiedad como: “Respuesta

condicionada provocada por estímulos asociados a hechos traumáticos incondicionados”. En lo cognitivo mencionan los aportes de Lazarus y Averill (1972, citado en Vallejo y Gastó , 2000, p.53), quienes definieron la ansiedad como: “Una emoción basada en la valoración del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos”.

A lo largo de la historia, la comprensión de la ansiedad ha evolucionado, debido a las diversas propuestas teóricas. Inicialmente, se consideraba que la ansiedad era una respuesta a reacciones corporales frente a la adversidad. Sin embargo, con el tiempo, se incorporaron perspectivas emocionales y cognitivas, enriqueciendo la visión médica de la compleja dinámica de factores que intervienen en los estados ansiosos. Además, hace un llamado a la necesaria distinción entre estrés, miedo y ansiedad para comprender mejor esta experiencia humana.

2. Emoción, estrés, miedo y ansiedad

La tradición científica ha cuestionado fuertemente el cartesianismo, que promovió la dicotomización de la emoción y la razón. Sin embargo, con Darwin y su estudio evolucionista de las emociones se produjo un cambio transcendental, avanzando a considerar que las emociones son; innatas, nos permiten sobrevivir y adaptarnos a nuestros entornos (Pinedo, Pacheco, y Yáñez, 2017). Con ello, se observa a Damasio (1994, citado en Martínez, 2007, p.135), proponiendo la emoción como componente integral de la maquinaria de la razón, sugiriendo que la razón no es tan pura como se creía.

La emoción, es entonces: “La combinación de procesos afectivos e intelectuales” (Izard, 1979, citado en Greenberg y Paivio, 2010) o “un proceso de construcción compleja, que sintetiza muchos niveles de procesamiento de la información, tanto afectivas, cognitivas, motivacionales y sensoriales” (Greenberg y Paivio, 2010, p. 23). Con el estudio de las

emociones se ha logrado llegar al consenso de la existencia de emociones *primarias o universales* como; la felicidad, la tristeza, el miedo, la cólera, la sorpresa y el disgusto (Coderch y Plaza, 2016).

Desde la perspectiva cognitiva, Clark y Beck (2012) consideran la posibilidad de entender la emoción desde la “activación de una respuesta emocional vinculada a los procesos de valoración”. Estos procesos de valoración están relacionados con la consolidación de patrones psicológicos. Por lo tanto, es importante distinguir el tipo de respuesta emocional, ya sea adaptativa o maladaptativa, ya que no existen emociones negativas sino patrones de respuesta que son maladaptativos.

2.1. Estrés

Comúnmente se escucha el término estrés utilizado sin discriminación para referirse a estados psicológicos de desgaste emocional por aumentos de tensión, en espacios familiares, laborales o sociales. Sin embargo, es importante hacer algunas acotaciones como menciona Díaz y De la Iglesia (2019) el término estrés: “Deriva del griego *stringere* que significa provocar tensión”. El estrés es la respuesta *biológica al estímulo que lo provoca y puede ser expresado a través de una respuesta psicológica* (Orlandini, 1999) . Sarason y Sarason (2006) consideran que el estrés: “Se refiere a experiencias emocionales con cambios conductuales, bioquímicos y psicológicos que están relacionados con retos agudos o crónicos y son estimulados por eventos o *factores estresantes*” (p.154)

Sierra et al. (2003, citado en Díaz y De la Iglesia, 2019, p.43) resumen las tres perspectivas teóricas del estrés:

- **La perspectiva fisiológica**, basada en los aportes de Selye (1980) quien es considerado el “padre de la investigación del estrés”. Selye, expuso la idea del

“estrés biológico”, que se refiera a “una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda”. Esta reacción altera el equilibrio fisiológico y demanda un proceso adaptativo imprescindible para la supervivencia. (Tan y Yip, 2018)

- **La perspectiva centrada en la situación estimular**, esta perspectiva considera el estrés en relación con estímulos ambientales aversivos, que pueden superar las capacidades de afrontamiento del individuo (Guerrero, 2014). Según Iverly (1978, citado en Guerrero, 2014) existen dos tipos de estresores; **los psicosociales** “se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva” y **los biológicos** “se convierten en estresores porque son capaces de producir cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo”.
- **La perspectiva interaccional**, en esta perspectiva se destacan los factores cognitivos ante la respuesta del estrés. Lazarus (1966, citado en Lazarus, Valdés, y Folkman, 1986) sostuvo que el “estrés debía ser tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal”. Se ve al estrés como “el producto de una relación dinámica y bidireccional entre el sujeto y el entorno, en constante interacción” (Folkman, 1984, citado en Díaz y De la Iglesia, 2016). En esta línea, Lazarus (1981) afirmó que la evaluación realizada por el sujeto tanto de los acontecimientos estresantes como de sus propios recursos de afrontamiento determinaba la naturaleza del estrés.

A pesar de que contemporáneamente se utiliza la palabra *estrés* para definir una gama de sintomatología psicofisiológica, nosotras lo consideraremos únicamente como parte biológica de la ansiedad, es decir, como su correlato vegetativo.

2.2. Miedo

Es una de las emociones primarias, innatas, que nos han permitido sobrevivir ante amenazas, protegernos y adaptarnos a los cambios contextuales. Como menciona Buendía (1991): “El miedo es una de las emociones más estudiadas por psicólogos y psicopatólogos, desde la perspectiva fenomenológica se ha precisado que el miedo se evidencia hacia un objeto específico y la conducta esta direccionada y organizada” (p.133). Siendo el miedo “Un temor específico, concreto, determinado, objetivo ante algo real que nos trae inquietud, desasosiego, alarma” (Rojas, La Ansiedad, cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones, 2011). Al cual respondemos de diversas formas aprendidas; pelea, huida, congelarse o quedar en modo cervatillo (Walker, 2018). El miedo, “es una respuesta transitoria a un estímulo específico, una función orientada a la supervivencia es un escape del peligro” (Greenberg y Paivio, 2010).

Beck, Emery y Greenberg (1985) consideran el miedo como el “proceso cognitivo” que conllevaba “la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada” (1985, p. 8, énfasis del original). Por consiguiente, en el transcurso de esta investigación coincidimos en considerar el miedo como “un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo” (Clark y Beck, 2012, p. 23).

2.3. Ansiedad

La ansiedad como “entidad clínica independientemente surge en el siglo XX” (Vallejo y Gastó, 2000, p. 3). Desde esta perspectiva clínica se entiende que la ansiedad es “una respuesta emocional provocada por el miedo, o el estado de sentimiento negativo evocado

cuando se estimula el miedo”, siendo el miedo el *proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad* (Beck et al., 1985, p. 9 citado en Clark y Beck, 2012). Siguiendo con la relación miedo – ansiedad Greenberg y Paivio (2010) mencionan:

La ansiedad, es una respuesta a situaciones simbólicas, psicológicas o sociales, en vez de la presencia física inmediata de peligro. Es una respuesta ante la incertidumbre, que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de integridad, coherencia, de continuidad o la sensación de ser agente activo. (p. 263)

Las consideraciones sobre la ansiedad como respuestas ante amenazas sin una presencia real son apoyadas por Warren (2009), quien la describe como: “La actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla desagradable de miedo y esperanza”. Aunque cuando es maladaptativa o disfuncional “la ansiedad es intensa o crónica y la persona está continuamente anticipando peligros o esperando que se repitan amenazas del pasado” (Greenberg y Paivio, 2010)

El concepto de ansiedad a veces ha sido utilizado como sinónimo del término *angustia*. Así, como plantea Rojas (2011) “en alemán el vocablo *angst* se utiliza indistintamente en la ansiedad y la angustia, mientras que en francés *angoisse* (angustia), *anxiété* (ansiedad) y en inglés *anguish* (angustia) y *anxiety* (ansiedad)”. La etimología de las palabras podría darnos pistas de sus diferencias, según la Real Academia Española (RAE) *ansiedad* proviene del latín *anxiētas, -ātis* que significa: “Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”, mientras que la palabra angustia proviene del latín *angustia*, que significa “angostura” o “dificultad”. La ansiedad es entonces una: “Vivencia de temor inespecífico, vago, indefinido, que pareciera se produce por nada, es un temor impreciso carente de objeto exterior” (Rojas, La Ansiedad, cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones, 2011).

Hernández (2019) coincide en que la ansiedad se manifiesta recurrentemente sin que las personas puedan conocer su origen, y este puede ser algo que: “Ocurrió hace mucho tiempo y ha quedado guardado como memoria traumática, por miedo a que ocurra algo malo en el futuro”, siendo la ansiedad: “Un mecanismo de alarma que indica una ruptura en el equilibrio psicológico” (p. 25). Esta ruptura se convierte en disfuncional dado por las “diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la ansiedad estado” conociéndola como *ansiedad rasgo* (Spielberger y Díaz, 2002).

Se concluye que la ansiedad: “Es un estado de agitación e inquietud” adaptativo, que puede llegar a ser “desagradable y se caracteriza por la anticipación de peligro, en donde predominan síntomas psíquicos, cognitivos, fisiológicos” (Sierra, Ortega, y Zubeidat, 2003, p. 17). Estos síntomas, son reacciones *multidimensionales* de la ansiedad como indica Lang (1968, citando en Buendía, 1991) existe: “Una triple respuesta de la emoción; fisiológico, motor (conductual) y cognitivo”. Lo que ha permitido identificar patrones y perfiles psicopatológicos en tanto la adquisición, como la respuesta de la ansiedad. Por su parte, Rojas (2014) explica los síntomas o signos de estas dimensiones y añade una cuarta la **dimensión “social”**.

Para Spielberger (1966) la ansiedad tiene dos dimensiones; *estado* “caracterizada por la percepción subjetiva y consciente de emociones de aprehensión y tensión, acompañado por la activación (arousal) del sistema nervioso autónomo” y *rasgo* “es asumido como el reflejo de experiencias pasadas que de alguna manera determina la propensión o disposición a la ansiedad o a responder ante situaciones peligrosas con estados de ansiedad” (pp.16-18)

Es decir, que la *ansiedad estado* varía en el tiempo y “tiende a ser elevada en situaciones percibidas por el individuo como amenazantes, independientemente del peligro

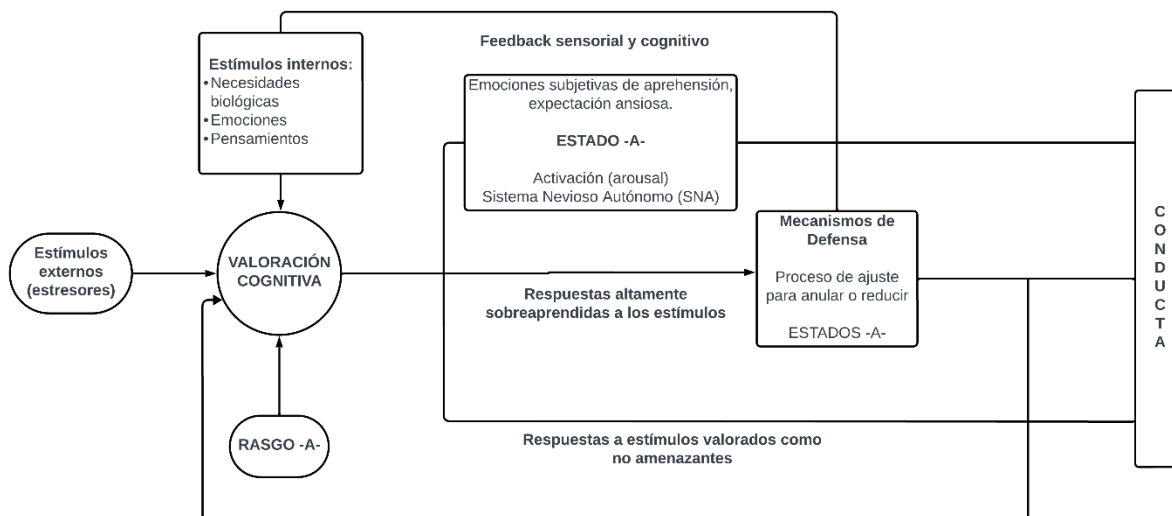
objetivo”, mientras que la ansiedad rasgo “se refiere a diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad” (Miguel Tobal, 2015, p. 53).

Miguel Tobal (2015, p.56) considera las *cualidades o suficiencias personales* como factor importante “para la evocación del estado de ansiedad en personas que difieren en rango”:

- a. **Individuos con alto rasgo**, parecen interpretar las circunstancias en las que sus *cualidades personales son evaluadas*, más temerosamente que aquellos individuos con bajo rasgo.
- b. **Situaciones caracterizadas por el peligro físico**, no son interpretadas diferencialmente como temerosas por sujetos de alto o bajo rasgo, con una excepción *si la suficiencia personal está a su vez amenazada*. El sujeto de alto rasgo percibirá esta situación como amenazante. (p.56)

Cuando se hace referencia a la *ansiedad o estados de ansiedad como clínicamente significativa*, maladaptativa o disfuncional pueden ser consideradas, como plantean Clark y Beck (2012):

...un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas, porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (p.23).



Gráfica 1. Esquema de funcionamiento de la Teoría de ansiedad de Spielberger. Fuente: Spielberger (1966) adaptada por Miguel Tobal (2015) y Maldonado (2023)

Los estados de ansiedad clínicamente significativa se pueden reconocer según cinco criterios Clark y Beck (2012):

- a. Cognición disfuncional
- b. Deterioro del funcionamiento
- c. Persistencia
- d. Falsas alarmas
- e. Hipersensibilidad a los estímulos

Por lo tanto, se puede afirmar que la ansiedad y los estados ansiosos son reacciones comunes en la vida de millones de personas, a menudo confundidas con miedo, estrés o angustia. La ansiedad constituye una de las principales razones de atención clínica, y se ha observado que las mujeres tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con los hombres (Sarason y Sarason, 2006, p. 240).

A continuación, se explorará la dimensión social de la ansiedad (Rojas, 2014) desde el contexto específico de la población meta de esta investigación.

3. La ansiedad y su dimensión social

Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos” - Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.

(Los nadies, por Eduardo Galeano)

En este apartado, se explorará la ansiedad desde un continuo en donde los factores psicosociales; precipitantes (macrosociales), desencadenantes (microsociales) se entremezclan con los sucesos vitales. Se estudiarán los fenómenos psicológicos en estrecha relación “la estructura social” (Bunge y Ardila, 1988, p. 315).

Buendía (1991) resalta la importancia de la introducción de *sucesos vitales* en el estudio de la ansiedad, ya que permite:

- a. Estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo.
- b. Posibilita entender estrategias de afrontamiento y prevención selectiva.
- c. Propone una consideración psicosocial de la salud.

Los estudios que han permitido la consideración de sucesos vitales como determinantes de la ansiedad no son concluyentes. Sin embargo, hacen referencia a la correlación significativa, que parece relacionarse más entre los *sucesos vitales negativos* con los trastornos de la ansiedad que con la depresión. (Sarason et al, 1978, como se citó en Buendía, 1991)

Orlandini (1999) indica que existen dos tipos de factores que generan estados de ansiedad; están los *macrosociales* (precipitantes), los cuales permean en poblaciones extensas y *microsociales* (desencadenantes) que le ocurren a “escasos individuos”. Considerando los estresores *macrosociales o precipitantes*; como “*el desempleo masivo, las crisis económicas,*

la falta de democracia, y las guerras” (p. 25), ya que “implican pautas de conducta que diferencia a los miembros de una sociedad con los miembros de la otra, lo cual tiene importantes implicaciones psicológicas” (Bunge y Ardila, 1988, p. 309)

Por consiguiente, se puede pensar que el proceso de *gentrificación* que ha puesto a la población de la investigación en condición de “personas sin hogar” puede ser considerado un *estresor o factor macrosocial*. Los procesos de gentrificación suelen ser acompañados de exclusión y discriminación por su situación de pobreza multidimensional (aporofobia), que en sí generan *situaciones vitales negativas por factores microsociales* como: duelos por mudanzas, encontrarse en situación de persona sin hogar, tener condiciones de viviendas precarias, dificultad de acceso a servicios básicos, perder la esperanza en la respuesta estatal, quedarse atascados en crisis de su desarrollo psicosocial y plan de vida.

En la actualidad, la salud mental ha tomado relevancia dado a los últimos acontecimientos enlazados con la crisis sanitaria por la Pandemia de COVID 19, la Guerra entre Rusia y Ucrania y la desestabilización económica que acarrea. Son tiempos en los cuales podríamos considerar que no se debería subestimar el contexto en que nos desenvolvemos y lo complejo que está resultando para la mayor parte de las personas poder subsistir. Por ello, es importante evitar que se normalice el desconocimiento de la “dimensión social de la ansiedad” (Rojas 2014) y “la relación que existe entre estresores psicosociales y el síntoma ansioso” Orlandini (1999).

3.1. Ansiedad como síntoma social

A continuación, se identifican algunos factores psicosociales como estímulo que podrían seguir manteniendo los estados de ansiedad en la población de la investigación, iremos haciendo un recorrido teórico acerca del proceso de desalojo y gentrificación que han

vivido hasta quedar en situación de personas sin hogar y el poder simbólico de esperanza que tiene para ellos y ellas poder seguir adelante con su proyecto “La Trinchera” (ver anexo 1).

a. Gentrificación o Elitización

Según Rincón-Avellaneda (2018) la palabra *gentrificación* fue acuñada por Ruth Glass (1964) “para denominar el proceso de reapropiación del centro urbano de Londres por parte de las clases medias y medio-altas, ocasionando el desplazamiento hacia la periferia de las clases obreras que habitaban esos barrios centrales”. Durante este proceso se debe tener en cuenta que: “Los procesos de transformación en sectores populares, sean barrios iniciados por decisión estatal, pero transformados por sus habitantes o barrios de iniciativas privadas, fuera de los ámbitos legales de la planificación” pueden ser determinantes para sus habitantes. Sin embargo, el término anglosajón ha traído controversia en ser generalizado y asimilado en Latinoamérica, por lo que se ponen de manifiesto tres aspectos comparativos según Janoschka y Sequera (Procesos de gentrificación y desplazamiento en America Latina - una perspectiva comparativista, 2014):

- (a) El papel decisivo que juegan las administraciones públicas en la promoción de la gentrificación, especialmente si se consideran los efectos violentos provocados por los mercados inmobiliarios formales de reciente creación y formalización; (b) la violencia simbólica que se requiere para reapropiarse del patrimonio arquitectónico y cultural en muchos centros de las ciudades; (c) las diferentes formas en que lo urbano se ha configurado históricamente en economías dominadas por las actividades informales (p.85)

Por lo tanto, diversos autores han propuesto alternativas semánticas a la palabra *gentrificación*, que no siempre han sido acogidas, como:

- “Ennoblecimiento” (ennoblecimiento en portugués: Bortolozzi, 2009; Leite, 2010, citado en Janoschka y Sequera, 2014) considerando la transformación de la estética urbana.
- “Elitización” (García Herrera, 2001) o “latino-gentrificación” (Janoschka y Sequera, 2014). Dado que la inminente división de clases sociales es uno de los factores que sostienen la gentrificación.

García Herrera (2001) propone el uso del término *elitización*, ya que el factor común es la “reorganización profunda de la ciudad de naturaleza económica, social y espacial, primando el papel de la oferta y demanda”. A lo largo de su propuesta, resume el uso de los siguientes términos; "recualificación social", "aburguesamiento", "aristocratización", pero encuentra mayor consonancia con la expresión "elitización residencial" de Moral (1996, citado en García Herrera, 2001), que es:

La penetración del capital comercial y de servicios o profesionales de clases medias en espacios urbanos antes ocupados residencialmente por comunidades de sectores populares resultando en el desalojo de la población pobre, la eliminación del pequeño comercio, y la desestructuración de las comunidades populares (p.16)

Evidenciándose estos efectos en la población de San Felipe, Panamá, como menciona Adames (2019): “La expulsión de los residentes del barrio y la entrada de población de ingresos altos y medios” ha ido acompañada de la industria turística que, “se convierte en un instrumento para el desmembramiento del barrio cuando las políticas públicas promueven la restauración y renovación de edificios”, deteriorando “las relaciones entre habitantes, territorio y memoria, que son entes constitutivos de la ciudad” (pp. 37-48)

¿Cómo nos imaginamos la población de esos sectores gentrificados? ¿será la pobreza un factor macrosocial que por las condiciones de vida deriva en el desarrollo de niveles elevados de ansiedad estado? Pues en este aspecto se entrevé las condiciones de pobreza ya estudiadas en contextos como São Paulo, Ciudad de México, Buenos Aires, Santiago de Chile.

A menudo viven en hábitats socialmente estigmatizados (favelas, viviendas precarias, casas ocupadas y complejos de vivienda social) y desarrollan actividades económicas informales, que generalmente se distingue además de las clases medias y altas por características étnicas o raciales” siendo “el sujeto colectivo que más sufre el desplazamiento y la expulsión de sus hábitats” (Janoschka & Sequera, Procesos de gentrificación y desplazamiento en America Latina - una perspectiva comparativista, 2014, p. 87)

¿La pobreza es un estigma que podría contribuir a precipitar la ansiedad estado? Si pensamos en el barrio de San Felipe, es posible considerar como base la

historia mencionada por Adames (2019, p. 42). El Casco Antiguo fue aquella ciudad amurallada “mantenía a los esclavos, mestizos e indígenas fuera de la ciudad, mientras que dentro de la misma se establecieron los grupos sociales de ingresos más altos, que a inicios del siglo veinte, se inicia el proceso de abandono hasta los años 60”. Este proceso de gentrificación ha sido justificado a nivel latinoamericano según cuatro dimensiones descritas por Janoschka, Sequera, y Salinas en *Gentrification in Spain and Latin America - a Critical Dialogue* (2014, pp. 1247-1252)

- a. Gentrificación simbólica, hace referencia a la categorización relacionada a los perfiles raciales, étnicos, socioeconómicos en los lugares considerados Patrimonios Mundiales que luego son apoyados por el turismo, y planes de rescate.
- b. Gentrificación, desplazamiento y abandono, amplitud de nuevos mercados inmobiliarios en zonas marginales ubicadas en áreas periféricas o centrales.
- c. Papel del estado y política neoliberal, desde el turismo, la restauración y revitalización, siendo este el “factor crucial de los procesos de gentrificación”.
- d. Resistencia a la gentrificación, movimientos sociales y organización comunitaria.

Se podría sugerir que no es casual la expropiación cultural y territorial ejercida a través de este proceso, ya que las personas afectadas son: las empobrecidas, marginalizadas, por lo que tampoco parece ser sorpresa que Panamá sea el sexto país más desigual según el Banco Mundial (2022), las consecuencias hacia la salud mental por estos factores macrosociales se consideró que es necesario analizarlas.

b. Aporofobia

Cortina (2020) enfatiza que “la pobreza” puede ser “involuntaria” y que no pertenece a un rasgo identitario de las personas, “ni es una cuestión de opción”, sino “una situación a denunciar, ya que mantiene en la miseria resignada a quienes ni siquiera tienen conciencia de ella, cuando la pobreza económica involuntaria es un mal que se padece por causas naturales o sociales”. (p. 24)

El origen del término inicia gracias a una columna que Cortina (2020) publicó el primero de diciembre de 1995, analizando temas sobre inmigración, terrorismo o procesos de paz, crisis y el desempleo. Fue de las primeras veces en donde se hizo visible. No obstante, entendió la aporofobia como, “un tipo de rechazo, aversión y miedo, que tenía por destinatarios a los pobres”. Su propuesta fue: “Poner un nombre a esa patología social, conocerla, diagnosticarla y proponer tratamientos efectivos, la pensó desde un inicio por analogía con xenofobia y homofobia”. (p. 23) Esta mirada se enmarca desde ética y la búsqueda de “la dignidad de las personas para la convivencia democrática” pues considera, “urgente poner nombre al rechazo al pobre, al desamparado porque esa actitud tiene una fuerza en la vida social, que es aún mayor precisamente porque actúa desde el anonimato”. (p. 24)

Adela Cortina (2020) comenta que esa desestigmatización ha sido una lucha de siglos, pero poco a poco se va “produciendo una evaluación desde entender que los pobres no son culpables de su situación y a comprender que existen causas naturales y sociales que **una sociedad justa debe erradicar**” (p.43).

Las condiciones macrosociales de pobreza, y pertenencia a ciertos grupos étnicos aumenta el riesgo de que sus hábitats sean gentrificados, por lo tanto, ¿en dónde han quedado estas personas que han atravesado un proceso de gentrificación o elitización? Nos apoyaremos para entenderlo desde un término simbiótico a la gentrificación, *el desplazamiento*.

c. Desplazamiento

Según Janoschka y Sequera: Procesos de gentrificación y desplazamiento en America Latina - una perspectiva comparativista (2014) consideran que: “El *desplazamiento y el desalojo* de familias con bajos recursos es una faceta clave, inherente a los procesos de gentrificación que están teniendo lugar en América Latina”. El desplazamiento ocurre según Alexandri et al (2019, p. 12) valiéndose de la *violencia sistémica*, la cual se ejerce a través de la *privatización de servicios públicos e infraestructuras*, utilizando “mecanismos como quema de casas o el empleo de fuerzas de seguridad contra los inquilinos... para recuperar las ciudades como lugares centrales en la acumulación de capital financiero y el consumo de élite”

En el caso de San Felipe, la condenación de viviendas para su uso habitacional marcó una proporción de 39.79 %, que equivalían a 419 viviendas (Sucre, 2010). Según Fernández Sequera (2013, pp.54-120) la condenación de viviendas es “una injusticia social... impide a determinados grupos a defender su derecho a quedarse, reescribiendo la historia del lugar, erradicando las voces de personas vulnerables económica y políticamente”.

Se pueden identificar diferentes tipos de desplazamiento (Alexandri, González, y Hodkinson, 2019, pp-13-15):

- a. Desplazamiento directo- forzoso: Se utilizan medios violentos como embargos o desalojos.
- b. Desplazamiento indirecto: A través de poderes económicos o sociales en donde se va perdiendo la identidad y el sentido de pertenencia al espacio por los antiguos residentes.
- c. Desplazamiento excluyente: Podría pensarse que es “más sutil”, ya que vendría dado por un aumento de residencias para personas de altos ingresos, a las cuales no pueden acceder las personas empobrecidas.

Estos desplazamientos enfocados en una lógica de violencia pueden entenderse de diversas formas: “Expulsión, despojo, extracción, la pérdida de centralidad; un proceso físico, simbólico, cultural, económico, psicológico” (p.15).

Luego de atravesar un proceso de gentrificación muchos residentes pueden quedar en una situación de personas sin hogar. Según la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V (2013), consideran que es causa de asistencia clínica los problemas de vivienda y económicos.

V60.0 (Z59.0) Personas sin hogar, su residencia nocturna principal es un refugio para gente sin hogar, un refugio temporal, un refugio contra la violencia doméstica, un espacio público (p. ej. un túnel, una estación de metro, un centro comercial), un edificio que no esté destinado a un uso residencial (p. ej. Una estructura

abandonada, una fábrica en desuso), una caja de cartón, una cueva o cualquier otra opción similar. (p. 409)

Con esto, hemos explorado la ansiedad desde su dimensión social y los factores macrosociales que puedan agravar la vulnerabilidad a manifestar ansiedad estado significativo. Considerando la integración de lo social y psicológico es necesario puntualizar la etapa del desarrollo humano en la que se encuentran según su grupo etario.

4. Desarrollo humano, adultez media

Las etapas del desarrollo humano permiten entender cómo las transformaciones biológicas, emocionales y psicosociales pueden manifestarse en cada grupo de edad. Por lo tanto, se hará énfasis en la adultez media, dado que nuestra muestra está compuesta por personas de 60 a 65 años.

Como plantean Papalia y Martorell (2017): “El término *edad media* apareció en el diccionario en 1895”, dado que la esperanza de vida se fue ampliando por las transformaciones sociales. En el caso de “sociedades industriales se consideraba como una etapa distinta de la vida, con sus propias normas sociales, papeles oportunidades y dificultades” (p.441). Esto no puede entenderse generalizando en todas las sociedades, ya que en algunas tradiciones no existe esta etapa de vida.

En “términos cronológicos, entre los 40 y 65 años, se considera la *adultez media*, pero sin consenso de cuándo empieza o cuándo termina, ni sobre hechos biológicos o sociales específicos que determinen sus límites” (Papalia y Martorell, 2017). Sin embargo, coinciden en que las personas pasan por una serie de transformaciones:

Transformaciones biológicas

Dentro de estas transformaciones es importante tener en cuenta el *envejecimiento o senectud biológica* (Papalia y Martorell, 2017, Berger, 2008), ya que se emprende una ruta sin rumbo hacia atrás, esto afecta desde la musculatura, los órganos, hasta nuestros sistemas y depende de nuestra “composición genética, factores conductuales y estilos de vida” (Papalia y Martorell, 2017, p. 442). Esto también adquiere una visión diversa gracias a los lentes culturales sobre cómo debe

lucir una persona de esta edad, según Berger (2008, pp. 185-195) algunas consideraciones son:

- La mayoría de las personas a estas edades permanece fuerte y sin complicaciones “funcionales”.
- Aparecen los primeros signos de envejecimiento externo, como en el cabello, la piel, incluyendo el debilitamiento de los órganos sensoriales.
- Las enfermedades comunes en esta etapa son; la diabetes, la hipertensión y el cáncer.
- A estas edades las personas siguen disfrutando de salud sexual, considerando que los niveles hormonales disminuyen y las mujeres estarán experimentando la menopausia.
- Los hábitos saludables están relacionados con la buena alimentación, el ejercicio físico, baja ingesta de alcohol y tabaco.
- Las disparidades entre etnia, raza, nivel socioeconómico y salud siguen existiendo y asociándose en algunos casos con la dificultad de acceso a seguridad médica.

Transformaciones emocionales

En la *adulthood media* “las personas experimentan niveles de estrés más frecuentes y agudos que otros grupos de edad, ya que proviene de cambios de funciones: transiciones profesionales, hijos que crecen y se independizan y la reorganización de las relaciones familiares” (Papalia y Martorell , 2017). Según la American Psychological Association, (2007 citado en Papalia y Martorell, 2017) “los adultos medios sufren más

estrés debido a relaciones familiares, trabajo, dinero y vivienda”. En cada etapa se experimentan *retos*, que también podrían vivenciarse como amenazas cuando el proceso estrés/desafío/victoria es pospuesto y podría incurrir en estados prolongados de alarma y por consiguiente de ansiedad (Berger 2008, citando a Bandura, 1977).

Principales causas del estrés en adultos de edad media en Estados Unidos

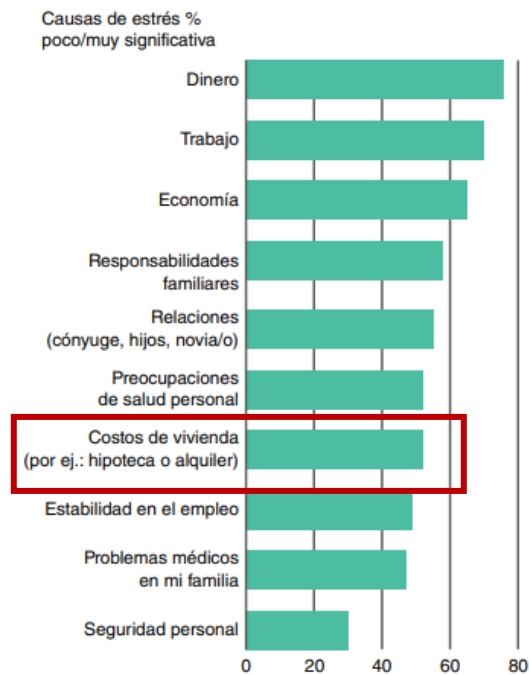


Tabla 1. Principales causas del estrés en adultos de edad media en Estados Unidos, tomado de Papalia y Martorell, 2017, Desarrollo Humano, (Decimotercera ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill, S.A.

En la tabla anterior se observa la vivienda como la sexta causa de ansiedad en las personas de adultez media en Estados Unidos, podríamos posicionarnos en la realidad de las personas que están albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, y

preguntarnos ¿cuáles son las principales causas de ansiedad estado en los adultos y si la pérdida de la vivienda se encuentra entre una de ellas, en qué posición estará?

Transformaciones psicosociales

Las expectativas sociales sobre lo que se "debería" lograr a una cierta edad existen y están influenciadas por factores como la cultura, la etnia, el género y el nivel socioeconómico. Las edades dentro del rango de la adultez media no están claramente definidas, y lo que se espera puede ocurrir antes o después. Sin embargo, parece haber un acuerdo tácito sobre los hitos que se espera alcanzar entre las edades de 40, 50 o 60 años.

Dada la diversidad de enfoques teóricos, existe una necesidad urgente de llegar a un consenso, aunque esto varía de persona a persona, dependiendo de sus experiencias vitales, factores macrosociales y microsociales, y culturas. Sin embargo, en el Desarrollo Psicosocial, Erik Erikson propone el Modelo de Etapas Normativas, que se divide en "8 etapas consecutivas que son flexibles y van desde el nacimiento hasta la vejez, y que no se cumplen exclusivamente en esas edades" (Berger, 2008, p. 136). En la adultez, se presentan las siguientes etapas: identidad frente a confusión de roles, intimidad frente a aislamiento, generatividad frente a estancamiento, e integridad frente a desesperación.

Dentro de la fase de *Generatividad vs. Estancamiento*, de los 40 a 65 años las personas necesitan sentirse queridas, necesitadas; ya sea tanto en sus carreras profesionales como dentro de sus grupos de sostén, familiar o de amistades. Pueden "autorrealizarse" a través del trabajo, el cuidado de otras personas, aunque no sean

familiares, la organización político – comunitario, retomar algún sueño que durante las etapas anteriores no fue posible realizar, o en las formas que identifique puedan dejar un legado a las generaciones. Berger (2008 p. 154 -165)

Erikson enfatizó que el desarrollo psicosocial no ocurre en el vacío, sino que está profundamente influenciado por nuestro entorno social (David, 2014). Por lo tanto, los factores macrosociales y microsociales son esenciales para entender cómo las personas navegan por estas etapas de desarrollo (Dunkel y Harbke, 2017). Teniendo el panorama psicosocial, se podría plantear la siguiente interrogante: ¿cuál es la fuente de autorrealización que identifica cada participante de la investigación?

Se ha ido clarificando las demandas culturales para la adultez media (40 a 65 años) en el desarrollo psicosocial, a través de las etapas normativas de Erikson, Generatividad vs Estancamiento, y cómo se interrelacionan con los factores macrosociales en las causas que mantienen la preocupación o estados de ansiedad. A continuación, se abordará el modelo cognitivo, se explorará su desarrollo histórico, las bases y descripción de la propuesta teórica con las principales intervenciones utilizadas.

5. Modelo Cognitivo

Según Obst (2008): El modelo cognitivo inicia a observar como psicoterapia en la década de los años cincuenta con un concepto clave:

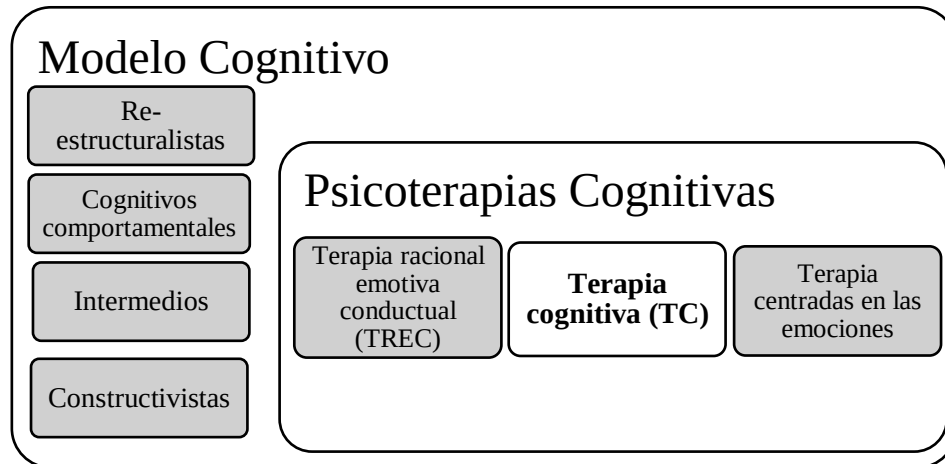
“Lo que perturba a las personas no son simplemente los hechos, sino sus pensamientos acerca de los hechos, la tarea de algunos puede ser modificar los hechos, si fuera posible, pero la tarea del psicólogo es modificar lo que la persona piensa sobre los hechos” (p.12).

La base filosófica de la terapia cognitiva es, la escuela estoica fundada por Zenón de Citio (333 a.C. -261 a.C.) en Grecia, el cual se formó en la escuela cínica y a partir de sus cuarenta años abre la escuela de dicho pensamiento, tal cual se ubicaba en un “pórtico policromado” (*stoa poikile*) en Atenas, de este lugar adquieren, él y sus seguidores, el nombre de “estoicos” *los de la Stoa o el pórtico* (Berraondo, 1996).

El estoicismo, fue acogido como escuela de pensamiento en Roma con Séneca, Epicteto y Cicerón, como indica Berraondo (1996) es una propuesta de resistencia “al dolor y la adversidad” para vivir en “completa felicidad” (Parra Álvarez, 2000), haciendo énfasis en que cada individuo es el productor de su sufrimiento (Linares Huertas, 2019) es en esta corriente filosófica en donde la Terapia Cognitiva halla significado teórico, pues como indicó Epicteto con su frase: “No son los hechos, sino nuestras opiniones sobre los hechos, las que nos atormentan” pues es allí, es donde aparece el sufrimiento (Linares Huertas, 2019). Por lo tanto, se considera a la terapia cognitiva como una adaptación moderna de la filosofía estoica (Crocq, 2015)

Se ha mencionado dos palabras claves; modelo y terapia. El modelo cognitivo contiene toda una gama de propuestas teóricas y distintos tipos de psicoterapias.

Tabla 2. Diferencias entre modelo y psicoterapia cognitiva



Fuente: Figueroa (2024) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.

Al hacer referencia a psicoterapias cognitivas se coincide con Gabalda (2011) al considerar que; pertenecen a una “serie de tradiciones y enfoques con orígenes diversos” y que mantienen o no relación entre sí. Por lo cual, acogen “diversos modelos que tienen como propósito aliviar o curar determinados trastornos de la persona, de base emocional y mediante procesos psicológicos”.

Los orígenes de las terapias cognitivas vienen desde la Antigua Grecia con sus aportes se adaptan a los cambios en la generación de conocimiento. Dichos cambios pueden ser considerados como “olas” (Mañas, 2012), “generaciones” (Rachman, 1997) o “estadios” (O’Donohue, 1998, 2009 citado en Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012) evolucionado desde la reflexología rusa y el condicionamiento clásico (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012, p. 36).

5.1. Primera Ola: desde una propuesta conductual

El enfoque conductual parte de la *contracorriente psicoanalítica*, desde un “rigor científico, con el desarrollo de la tecnología basado en los principios del aprendizaje” (Mañas, 2012) situando las primeras aportaciones de “Watson y Rayner (1920) sobre la adquisición de fobias, mediante el condicionamiento clásico y de Pávlov” (Jarne y Talarn, 2015). “Watson, es considerado el padre del conductismo y B.F Skinner, es creador del conductismo radical skinneriano” (Mañas, 2012)

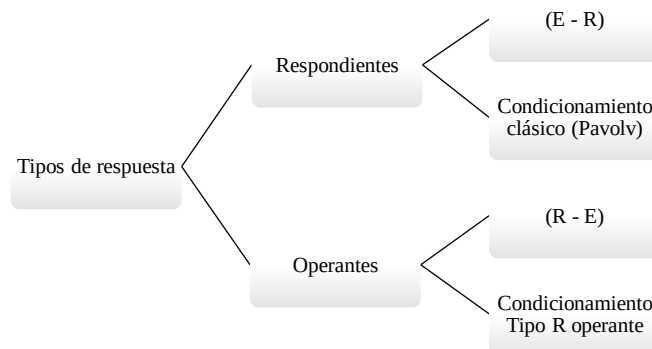
El objetivo de esta ola según Mañas (2012) fue “superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas imperantes en ese momento y proponer una alternativa con un acercamiento a las leyes del comportamiento humano establecidas científicamente”. Entendiendo así la *conducta patológica* como una serie de “hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) a ciertos estímulos, en la cual posiblemente intervienen factores biológicos entre el ambiente y la respuesta” (Jarne y Talarn, 2015) “centrándose en el manejo de contingencias con objetivos clínicos claramente definidos tales como *la conducta observable*, a los cuales se les ha denominado cambios de *primer orden*” (Mañas, 2012).

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) contemplan tres nichos que generaron las bases de la corriente conductual, situados en Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos destacando a los principales investigadores y sus técnicas:

- a. **Sudáfrica**, mencionan a *Wolpe* quien estableció la “desensibilización sistemática” como técnica que permitía “la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, así como la presentación del material ansiogénico en la imaginación, o con el uso de la hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje... de competición de respuestas antagónicas” (p. 53).

- b. **Inglaterra**, liderado por *Eysenck* con contribuciones de “Yates, M.B. Shapiro y, posteriormente, autores tan relevantes como M. Gelder, I.M. Marks, S.J. Rachman y V. Meyer”. Se enfocaron en el tratamiento con “problemas como neurosis, fobias, agorafobias, tics, tartamudez” utilizando técnicas como “la exposición, aproximaciones sucesivas o la práctica negativa” (p. 55).
- c. **Estados Unidos**, principalmente se encuentra *Skinner*, quien con “las aportaciones de Watson y Pávlov, con el condicionamiento clásico o pavloviano, intenta integrar los paradigmas propuestos por Thorndike, acerca de la ley de efecto”. Skinner contribuyó con dos tipos de respuestas y condicionamientos (p.58)

Gráfica 2. Tipos de respuestas y condicionamientos por Skinner



Fuente: Elaboración propia

Por lo que *Skinner*, se centró en el estudio de la conducta operante “dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de esta”. Para él, “la conducta estaría controlada por factores ambientales, aprendiéndose en función de las consecuencias que siguen a su emisión. Un aspecto esencial de su aportación estriba en la consideración del organismo como

un todo”. Los aportes de Skinner en esta generación dan como resultado tres contribuciones fundamentales (Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012, p.58):

- **Las técnicas y programas basados en el control de contingencias:** Es decir reforzar unas conductas y castigar otras. Por ejemplo, la economía de fichas, contratos conductuales.
- **El análisis funcional:** Como elemento de análisis de la conducta. Hay que tener en cuenta que, aunque se suele situar el origen de la evaluación y el análisis conductual en la obra de Kanfer y Saslow (1965) Behaviour Analysis, su procedencia se sitúa en los trabajos de Skinner (Silva, 1993) que ponen el acento en el análisis individual de la conducta siguiendo una metodología rigurosa de análisis y experimentación.
- **La focalización del interés sobre los datos objetivos como elementos de estudio:** Optando por la inducción frente a la deducción, y, en este sentido, el interés por las conductas frente a las etiquetas diagnósticas. (p. 58).

Estas propuestas no dieron respuesta al tratamiento de ciertos problemas psicológicos, por lo que se hizo imperativo la introducción de variables “no visibles”, las variables *cognitivas*. (Jarne y Talarn, 2015). A lo que la primera “ola o generación” de terapeutas de conducta indican:

Hace referencia a una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje, y estaría representado por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. Durante esta primera generación, el terapeuta de conducta es básicamente un investigador que trata de aplicar las regularidades

extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos, de los problemas cotidianos. De esta forma, la conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. (Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012, p. 50).

5.2. Segunda Ola: Somos más que conducta, una propuesta cognitiva

Dependiendo de los autores se considera que *la segunda generación u “ola” surge en las décadas de los 60s o 70s*, las aportaciones de este modelo están concebidas desde la mirada “mente- ordenador” siendo la mente entendida como “un sistema de procesamiento de información que, como los ordenadores, recibe, selecciona, transforma, almacena, ordena y recupera datos; los trastornos mentales pueden ser explicados a partir de un mal funcionamiento entre esos componentes” (Jarne y Talar, 2015). Algunos argumentos sobre los motivos del surgimiento de las terapias cognitivas en la segunda ola son según Lazarus (1968, citado en Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012, p.60):

- a. Entender que: “Los principios conductuales del aprendizaje eran insuficientes” haciendo necesaria la incorporación de “variables verbales y cognitivas, de esta forma, constructos como conciencia, atención, expectativas o atribuciones”.
- b. Los escasos resultados utilizando las técnicas conductuales “al aplicarse a problemas de afecto negativo” como la depresión y ansiedad.
- c. La influencia de los modelos del procesamiento de la información.
- d. Base científica rigurosa “al estudiar estados y procesos mentales que están a la base del comportamiento de seres inteligentes”.

Mañas (2012) plantea que las terapias contenidas en esta ola son denominadas como: “Terapias Cognitivo – Conductuales, centran sus objetivos en la modificación, eliminación, reducción o en la alteración de los *eventos privados*; cogniciones o pensamientos, emociones, recuerdos, creencias, sensaciones corporales”. Asumiendo la siguiente premisa: “Si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta”.

Según Clark (1995, citado en Gabalda, 2011) refiere que la terapia cognitiva:

“Considera a un grupo hipervalentes de conceptos desadaptativos, como siendo la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. El terapeuta y el paciente colaboran para identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad” (p.155).

Las terapias cognitivas “representan la visión de un ser humano que piensa”, ya que se enfocan en “la enseñanza de estrategias y la solución de problemas” (Gabalda, 2011). Razones por las cuales es elegida como propuesta de tratamiento basada en la Terapia Cognitiva de Clark y Beck (2012).

Terapia Cognitiva de Aaron Beck

Aaron Beck, inicia el desarrollo de lo que denominó: “*Cognitive Therapy*” a principios de la década de los sesenta en la Universidad de Pennsylvania, como una “psicoterapia breve y orientada en el presente”. (Obst, 2008, p. 16). Para Ruíz, Díaz, y

Villalobos (2012) esta terapia “enfatisa el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y además integra las técnicas conductuales establecidas en la primera generación”. La terapia cognitiva según Beck (1964 citado en Obst, 2008):

...está basada en el modelo cognitivo y postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en sí y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre, una situación (p. 17).

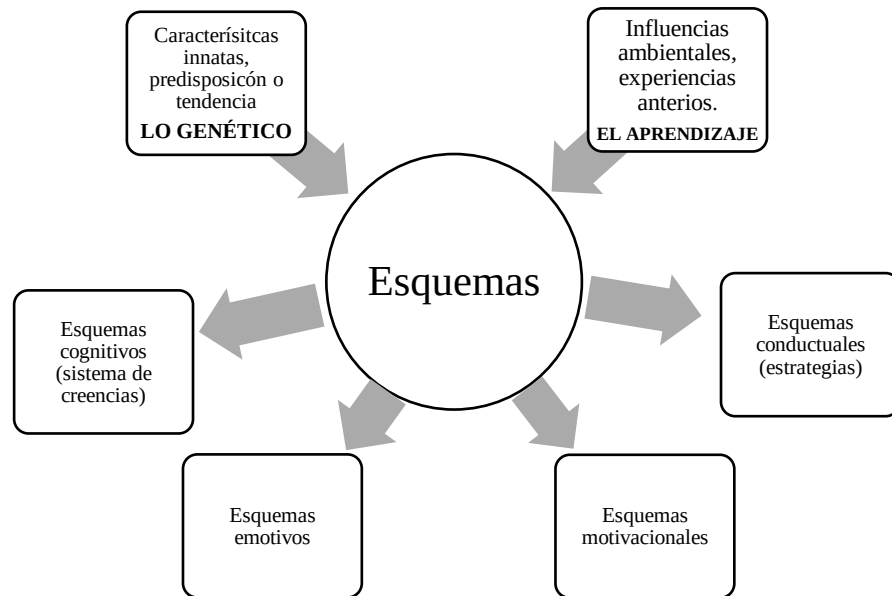
Beck, aporta en 1990 el término *esquema*, refiriéndose a “una representación cognitiva subyacente que dirige nuestro procesamiento de la información, y con frecuencia produce distorsiones en la atención, la memoria y la comprensión”. (Butcher, Mineka, y Hooley, 2007, p. 79). Los esquemas, se consideran como “estructuras cognitivas que integran y adscriben significado a los datos sensoriales percibidos, el contenido de estos esquemas puede referirse a las relaciones interpersonales o categorías impersonales como; objetos inanimados, concretos o abstractos” (Obst, 2008, p. 153).

Los tipos de esquemas son (Clark y Beck, 2012, Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad, p. 89):

- **Cognitivo- conceptual:** Representa valoraciones de amenaza y peligro para el bienestar personal y ausencia o probabilidad reducida de seguridad.

- **Conductual:** Representa conductas defensivas tempranas (movilización, inmovilización, alejamiento, evitación).
- **Fisiológico:** Representa la activación autónoma percibidas, sensaciones físicas.
- **Motivación:** Representa finalidades de alejamiento, un deseo de minimizar la imprevisibilidad, la falta de control y la incomodidad.
- **Afectivo:** Representa sentimientos subjetivos de nerviosismo y agitación.

Gráfica 3. Esquemas



Fuente: Adaptado de Obst, 2008, *Terapia Cognitiva integrada y actualizada*, p. 156.

La terapia cognitiva sostiene que: “Los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan un significado al estímulo, en función de

sus *supuestos previos o esquemas cognitivos*” (Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012, p. 368). Los conceptos principales para entender la teoría cognitiva son:

- *Esquemas cognitivos*

Se refiere a entidades organizativas conceptuales complejas, relativamente estables “compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales” configurando nuestro curso de acción. (Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012)

- *Creencias nucleares*

Son el sustrato más profundo de los esquemas “que no se suelen expresar ni ante uno mismo” (Beck J. , 2007) son concepciones acerca de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Según Judith Beck (2007): “Las creencias centrales o nucleares son entendidas como verdades absolutas constituyen el nivel esencial de las creencias son rígidas y generalizan en exceso”.

- *Creencias intermedias*

Son actitudes, reglas y supuestos o presunciones que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: “Si...entonces” y en cuyo desarrollo juegan un papel importante las creencias nucleares.

- *Distorsiones cognitivas o errores de pensamiento*

Formas particulares de procesar la información que distorsionan la realidad (Gabalda, 2011) y “son las reglas transformacionales a través de las

cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada... son procesos automáticos que operan en la mayoría del tiempo sin el conocimiento consciente del individuo” (Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012). Entre las distorsiones cognitivas que se encuentran en personas con ansiedad se identifican (Clark y Beck, 2012, p.293)

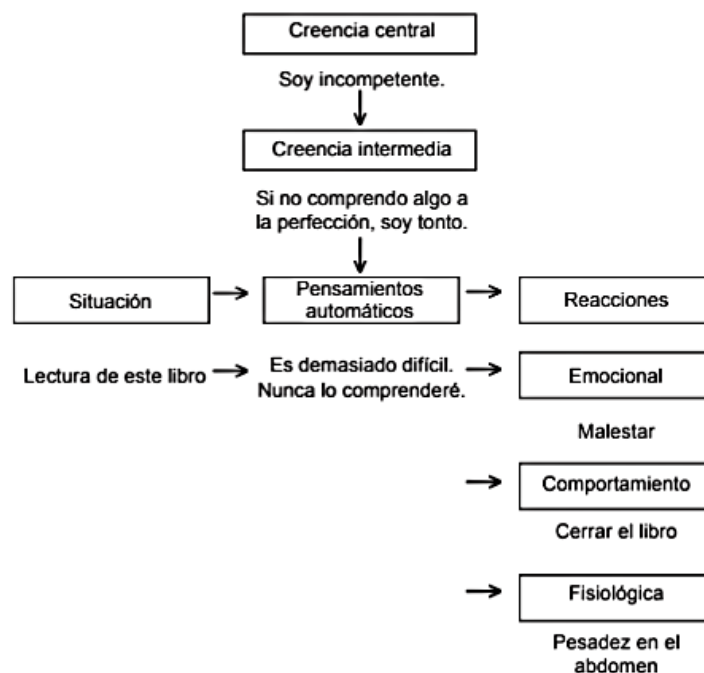
- a. **Catastrofizar:** Focalizarse en el peor resultado posible de la situación ansiosa.
 - b. **Saltar a conclusiones:** Esperar que el resultado temido sea extremadamente probable.
 - c. **Visión de túnel:** Focalizarse solo en la posible información relevante para la amenaza, al mismo tiempo que se ignoran las pruebas de seguridad.
 - d. **Propensión a la aproximación:** Tendencia a asumir la amenaza como inmediata.
 - e. **Razonamiento emocional:** Suponer que cuanto mayor sea la ansiedad, mayor es la amenaza real.
 - f. **Pensamiento todo o nada:** La amenaza y la seguridad se ven de forma rígida, en términos absolutos de presentes o ausentes.
- *Pensamientos automáticos*

Según Beck, J. (2007) los pensamientos automáticos “las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición”. Ruíz, Díaz, y Villalobos (2012) consideran a los pensamientos automáticos como “productos cognitivos” que “hacen referencia a los

pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (nucleares o intermedias) y de los procesos cognitivos”.

A continuación, se podrá observar la relación entre las creencias, pensamientos automáticos y sus diferentes tipos de reacción.

Ilustración 6. Relación entre las creencias, pensamientos automáticos y sus diferentes tipos de reacción



Fuente: Tomada de Beck, Judith S., 2007, Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización, p, 35.

Conociendo la base de las aportaciones que ha compartido Beck, se plantean las preguntas ¿cómo desde la terapia cognitiva se concibe la ansiedad? ¿qué es el modelo cognitivo de la ansiedad? ¿cuáles son los principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad y cuáles son las intervenciones propuestas para el tratamiento?

6. Terapia Cognitiva para la Ansiedad

El abordaje terapéutico utilizado en esta investigación toma como base las investigaciones de Clark y Beck (2012), quienes durante 36 años han estudiado la ansiedad y han propuesto el modelo cognitivo con diversos abordajes para los trastornos de ansiedad. Por consiguiente, se hará un recorrido por los principios básicos, la descripción y así entender el desarrollo de ansiedad clínicamente significativa (Clark y Beck, 2012, pp.68 -110).

En el modelo cognitivo Clark y Beck (2012) parten de identificar como las personas “no reconocen el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico” (p. 68), ya que focalizan su atención en las respuestas fisiológicas ante diversas situaciones. Es por ello, que la forma en que se *valora o evalúa* las situaciones va a *determinar* la intensidad o nivel de la ansiedad, como lo describen en este proceso:

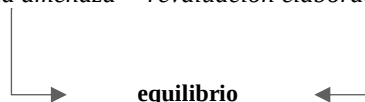
Situación provocadora → pensamiento/valoración ansiosa → sentimiento ansioso

Las valoraciones o evaluaciones de las situaciones están referenciadas a “la percepción que tiene una persona de sí misma, así como los objetos de peligros internos y externos sobre los que se carece de control o este es insuficiente, para proporcionarle una sensación de seguridad”, a esto Beck, Emery y Greenberg (1985 citado en Clark y Beck, 2012) lo definieron como **vulnerabilidad**. Es decir, que al percibir un mayor estado de vulnerabilidad habrá “valoraciones sesgadas y exageradas”, que serán la *valoración primal de la amenaza* llevando a algunas personas a presentar *conductas de evitación*, ya que “no pueden percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado”, siendo necesaria una *revaluación*

elaborativa secundaria, es así que “ambas son las responsables de instigar la ansiedad” (pp. 69 -71).

Gráfica 4. Niveles de intensidad del estado ansioso

Valoración primal de la amenaza + reevaluación elaborativa secundaria = intensidad estado ansioso



Ansiedad elevada = $\uparrow$ probabilidad/gravedad de la amenaza + $\downarrow$ afrontamiento y seguridad

Ansiedad baja = $\downarrow$ probabilidad/gravedad de la amenaza + $\uparrow$ afrontamiento y seguridad

Ansiedad moderada = $\leftrightarrow$ probabilidad/gravedad de la amenaza + $\leftrightarrow$ afrontamiento y seguridad

Fuente: Tomado de Clark y Beck, 2012, *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*, p. 70

Las respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas primales se accionan a través de un sistema de alarma que es en sí, es la *percepción del peligro* Beck y Greenberg (1988, citado en Clark y Beck, 2012) sea el “peligro” inminente o no, las variaciones de respuestas son de dos tipos: una son las *movilizadoras*, que corresponden a respuestas ante el miedo, de *lucha o huida*, o se emplean *conductas instrumentales* como la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva o negociar. Estas respuestas primales ante el peligro pueden dificultar la actuación cuando se activan ante situaciones difusas o estresantes vividas cotidianamente. El segundo tipo de respuestas *inmovilizadoras* están asociadas con la “perspectiva cognitiva de indefensión”, como sentirse paralizado, que por lo general podría aumentar el peligro real o imaginario” (pp.70-71).

Por las valoraciones de la amenaza provenientes interna o externamente, la *reevaluación elaborativa secundaria* busca señales de seguridad o afrontamiento, dada las respuestas conductuales ante la intensidad de la ansiedad.

Es decir, que el modelo cognitivo para la ansiedad “se enraíza en una perspectiva de procesamiento de información (las estructuras, procesos y productos implicados en la representación y transformación del significado, basado en datos sensoriales derivados del contexto externo e interno)”, ya que los niveles de ansiedad serían la “consecuencia de una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales” (Clark y Beck, 2012, pp. 71 -72).

Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

Para entender la ansiedad desde la terapia cognitiva es necesario repasar los principios apartados por Clark y Beck (2012).

a. Valoraciones exageradas de la amenaza

Son el “rasgo primario, inherente y central de la ansiedad, se le atribuye la activación del modo primal de amenaza, que conllevará varios procesos y estructuras cognitivas como la atención, la memoria, el juicio, el razonamiento y el pensamiento consciente”. Es decir: “La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bienestar” (pp. 75 -76).

b. *Mayor indefensión*

Es la “valoración secundaria de los recursos personales y de la capacidad de afrontamiento conlleva una estrategia de evaluación más consciente, estratégica e *imprecisa*, generando una subestimación de la propia capacidad para responder la ante la amenaza percibida”. (p. 76)

c. *Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad*

También llamado *sesgo de desconfirmación* se refiere cuando: “Está inhibido o altamente restrictivo el procesamiento de las señales de seguridad y la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido” (p. 75).

d. *Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo*

Es la dificultad en la reevaluación elaborativa que “conlleva la evaluación de amenazas, de las características de seguridad y de la selección de conductas instrumentales” podrían ayudar a disminuir la ansiedad. Al activarse adaptativamente es considerado como un *sistema de reducción de la ansiedad*, al estar deteriorado se convierte en el aspecto para poder recomendar (p. 80).

e. *Procesamiento automático y estratégico*

El nivel de ansiedad depende principalmente de la activación del *modo*² *primal de la amenaza*, que es dado por un *procesamiento de la información automático*, es decir, *sin esfuerzo, involuntario no intencionado*, este presenta un “sesgo atencional preconsciente de los estímulos relacionados con la amenaza y un sesgo automático de la memoria hacia información negativa” (p. 73). Pasando a tomar relevancia otro tipo de procesamiento, que vendría a jugar un papel central en la terapia cognitiva por ser intencionado y voluntario; *el procesamiento estratégico*.

Según lo mencionado en la experiencia ansiosa hay “un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido”. (p. 75)

f. Procesos auto-perpetuantes

La ansiedad puede convertirse en un *ciclo vicioso*, ya que la atención se concentra en los síntomas “intensificando la propia aprensión subjetiva puede deteriorar la ejecución en ciertas situaciones amenazantes” (p. 82)

g. Primacía cognitiva

Se considera que “el problema central de la ansiedad está en la activación de los esquemas hipervalentes de amenaza, que presentan una perspectiva exageradamente peligrosa de la realidad y un punto de vista débil, indefenso y vulnerable” generalizado a una amplia serie de situaciones que terminan siendo malinterpretados como amenazantes, activando respuestas defensivas (conductuales y fisiológicas) inapropiadas para manejar la amenaza (p. 83)

h. Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad

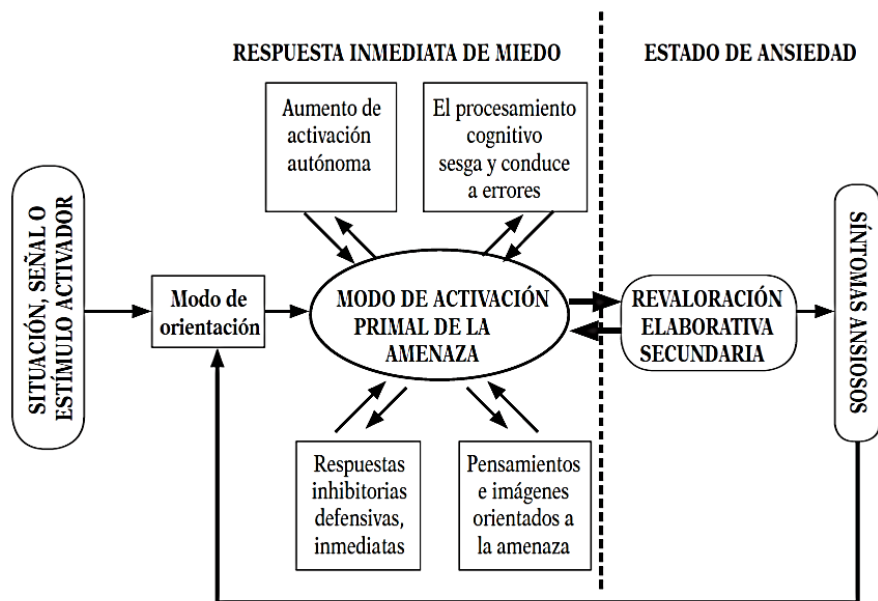
“El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas) sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la saliencia de la amenaza”. Incluyendo factores genéticos, neurofisiológicos e historiales de aprendizaje (pp. 75-85).

Descripción del modelo cognitivo de la ansiedad

Según Clark y Beck (2012, p. 68) en el diagrama del modelo cognitivo “todas las estructuras y procesos se activan casi simultáneamente”, tal vez en la imagen no se ve reflejado lo sistémico, sin embargo, dejan claro que están *interrelacionados*. Consta de dos

fases; una *fase inicial e inmediata de la respuesta de miedo*, seguida por una *fase más lenta y elaborativa de procesamiento* que determina la persistencia o finalización del estado ansioso. Se pasará a explicar cada componente del modelo luego de la ilustración.

Gráfica 5. Modo de activación primal de la amenaza



Fuente: Tomado de Clark y Beck, 2012, *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*, p. 68

Situaciones señales o estímulo activador

Las señales o estímulos activadores pueden provenir de valorizaciones de amenaza internos o externos. Este modelo está relacionado con la perspectiva de *diátesis* (propensión a generar valoraciones primarias de amenaza) – *estrés* (situaciones o claves particulares). Los estímulos que provoquen ansiedad varían y son idiosincrásicas. Beck, Emery y Greenberg (1985, citado en Clark y Beck 2013, p. 89) identifican estímulos activadores a través de dominios como; *dominios sociales*,

relacionados con el establecimiento y mantenimiento de relaciones cercanas, y los *dominios individuales* referentes a la autonomía es decir que los estímulos con relación a lo personal, identidad e independencia. A continuación, la clasificación:

Tabla 3 Clasificación de Dominios de estímulos, tomado de Tabla 2.3 Clasificación de amenazas para los intereses personales.

Dominio	Sociotropía	Autonomía
Intereses públicos	Desaprobación	Derrota
	Indiferencia	Deserción
	Separación	Desprecio
	Aislamiento	Frustración
Intereses privados	Abandono	Discapacidad
	Privación	Funcionamiento inapropiado
	Desaprobación	Enfermedad
	Rechazo	Muerte

Fuente: Tomado de Beck, Emery y Greenberg (1985) Clark y Beck, 2012, *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*, p. 89.

Modo de orientación

Según Clark y Beck (2012): “Es un sistema de alerta que identifica los estímulos considerados como negativos, positivos o neutros y les asigna una prioridad dependiendo de la relevancia personal” (p. 88). El modo de orientación tiene la función de protección para la supervivencia del organismo. Sin embargo, en las personas con ansiedad clínica tiende a ser “excesivamente sintonizado en la *detección de información emocional negativa*”

Modo de activación primal de la amenaza

Se refiere a los “esquemas de orientación de información emocional negativa relevante a la amenaza” (p. 88) Una vez activado el modo primal de la amenaza, acapara “la mayoría de los recursos atencionales y domina el sistema de procesamiento de información, bloqueando los modos de pensamiento más lentos, más elaborativos y reflexivos” (procesamiento estratégico). Tener el foco de atención en “los esquemas de amenaza activa la respuesta inmediata de miedo y ansiedad” (p. 100).

Consecuencias del modo de activación de la amenaza

Son los procesos bidireccionales como respuesta inmediata al miedo identificados en el esquema del modelo de la ansiedad y generan las siguientes consecuencias:

a. Mayor activación autónoma

Se refiere a la activación fisiológica, en la cual las personas con ansiedad la perciben como “un estado aversivo que confirma la valoración inicial de amenaza” (p. 92).

b. Respuestas defensivas inhibitorias

Son relativamente fijas, preprogramadas, automáticas, primales innatas, son respuestas inmediatas a la valoración de la amenaza que consisten en escapar, evitar (luchar o huir) quedarse helado, desmayarse y similares” (p. 93).

c. Errores de procesamiento cognitivo

Por estar activado el modo primal de amenaza el procesamiento cognitivo se hace muy selectivo amplificando (magnificación, pequeños defectos como graves problemas) las amenazas y disminuyendo

(minimización, subestima los recursos personales) el procesamiento de las señales de seguridad (catastrofización, errores con consecuencias desastrosas) (p. 93).

d. *Pensamientos automáticos relevantes a la amenaza*

Son pensamientos e imágenes, automáticos e involuntarios activados del modo primal de amenaza, que son congruentes con las inquietudes de la persona. En la ansiedad predominarían temas como *amenaza, peligro y vulnerabilidad*. Estos pensamientos se caracterizan por: ser transitorios, altamente específicos y discretos, espontáneos e involuntarios, plausibles, coherentes con el propio estado emocional y son una representación sesgada de la realidad (p.94).

Elaboración y revaloración secundaria

Una vez activado el modo primal de amenaza, se inicia “un modo secundario compensatorio” (p.95), el cual es más lento y necesita un esfuerzo consciente de la persona para, en el mejor de los casos, lograr “debilitar” la respuesta ante la amenaza. En sí para que haya “un aumento o disminución de la ansiedad depende de múltiples factores” como:

a. *Evaluación de los recursos de afrontamiento*

Es considerado uno de los aspectos claves de la revaloración secundaria, ya que el pensamiento “se halla bajo el control voluntario e intencional, pero el modo de activación primal de amenaza sesga los procesos elaborativos, y la consideración de recursos de afrontamiento produce el aumento de la sensación de vulnerabilidad” (p. 95). Para que

exista una evaluación de recursos de afrontamiento en situaciones ansiosas

Clark y Beck (2013, pp. 95-96) identifican dos aspectos relevantes:

- *Valoración global de uno mismo que produce autoconfianza vs. el aumento de la sensación de vulnerabilidad personal*, la primera referente a la valoración positiva sobre recursos a fin de resolver problemas y manejar la amenaza y la segunda por la identificación insuficiente de recursos en personas con ansiedad clínica, por lo que se refuerza su vulnerabilidad cognitiva e identificación de debilidades en vez de fortalezas.
- *Destrezas para manejar la situación*, es decir, que las personas pueden identificarse capaces de afrontar “la sensación de vulnerabilidad en situaciones de incertidumbre, contextos nuevos o ambiguos”. La anticipación de “posible incompetencia puede provocar la retirada y disfuncionalidad en movilidad segura y la inmovilidad insegura”.

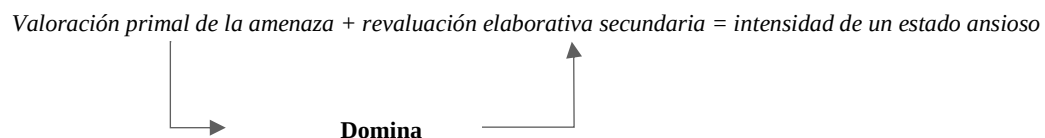
b. *Búsqueda de señales de seguridad*

En este apartado se menciona el concepto “claves de seguridad” de Rachman (1984 citado en Clark y Beck. 2013), con el cual se propuso “explicar la discordancia entre el miedo y la evitación, respecto a la intensidad de la amenaza en función del acceso y la velocidad percibida de restablecimiento de seguridad” (p. 97). Sin embargo, *las claves son inefectivas cuando el fin es reducir la ansiedad inmediatamente*, por la creencia disfuncional de que hay un peligro ahí afuera y no puedo

resolverlo a solas por lo que es necesario *buscar estrategias de afrontamiento a largo plazo*.

c. *Pensamiento del modo constructivo*

Se refiere al pensamiento reflexivo, autoconsciente, a evaluar pensamientos, resolver problemas y reevaluar una perspectiva basada en pruebas contradictorias con la finalidad de identificar recursos de afrontamiento que promueven actividades para aumentar los recursos vitales de las personas. Se retomará el siguiente esquema para comprender que: “En los trastornos de ansiedad, el sistema inicial (inhibitorio) activado por el modo primal de amenaza tiende a *dominar* el sistema de reducción de ansiedad, es decir, *bloquea el acceso a estrategias elaborativas de reducción de la ansiedad*” (p. 98).



Síntomas ansiosos

El inicio de la preocupación según Clark y Beck (2012) “se deriva de la producción de pensamientos e imágenes sobre la anticipación exagerada de posibles resultados negativos, componente de la ansiedad rasgo o neuroticismo y puede considerarse como el componente cognitivo de la ansiedad” (p. 649). En personas con ansiedad significativa:

- La preocupación cuaja sobre rasgos patológicos que no conducen a una resolución efectiva del problema, sino a una escalada de la valoración inicial de la amenaza.
- La preocupación se convierte en incontrolable y casi exclusivamente centrada en los resultados negativos, catastróficos y amenazantes.
- Queda bloqueado y la exclusividad de la atención destinada a los resultados negativos potencia la valoración de amenaza.

Por lo que la ansiedad clínica “puede convertirse en un ciclo elaborativo autoperpetuante que intensifica el estado de ansiedad y es percibida por la persona como la confirmación de la valoración inicial de amenaza” (p. 99). En las personas con ansiedad clínica está presente; el pensamiento elaborativo dominado por el modo de amenaza, sesgado por confirmación de situaciones peligrosas, la sensación de vulnerabilidad personal, pasando por alto las señales de seguridad, la preocupación y rumiación ansiosa que defienden la valoración automática (p.100).

Ansiedad clínica

Tomando en cuenta el diagrama del modelo cognitivo la ansiedad clínica o anormal tiene características en las tres fases, **en el modo de orientación, en el modo de activación primal de la amenaza y en la fase de revaloración elaborativa secundaria**. A continuación, se enlistarán (p. 101):

a. Modo de orientación

- Modo de orientación hacia estímulos autorreferentes negativos

b. Modo de activación primal de la amenaza

Se refiere a la respuesta automática e involuntaria inmediata de miedo, las personas con ansiedad clínicamente significativa experimentan un aumento en los pensamientos, imágenes de amenaza y sensación de incontrolabilidad, manifestándose de las siguientes maneras:

- Valoración primaria exagerada de la amenaza.
- Evaluación negativa de la activación autónoma.
- Presencia de sesgos y errores de procesamiento relacionados con pensamientos e imágenes de la amenaza.
- Sesgo atencional preconsciente hacia la amenaza.
- Las conductas reflejas de autoprotección (lucha/huida, escape) son marcadas, retrasando la marcha de procesos cognitivos estratégicos y elaborativos (pp. 102- 103).

c. Revaloración elaborativa secundaria

Como se ha mencionado es la capacidad de las personas para conectar con sus recursos de afrontamiento, intentando disminuir la percepción de vulnerabilidad y por consiguiente los síntomas ansiosos. No obstante, en las personas con ansiedad clínica la sensación de ansiedad se expresa en:

- Focalizarse en sus debilidades y deficiencias, la evaluación negativa de sus recursos de afrontamiento intensifica la sensación de vulnerabilidad personal e indefensión.

- No son capaces de identificar o comprender señales de seguridad presentes en una situación, por lo que las señales de amenaza se tienden a magnificar.
- El pensamiento reflexivo o racional está bloqueado por los “esquemas hipervalentes de amenaza” (p. 104).

Al estar descrito el modelo cognitivo de la ansiedad, vamos a compartir las estrategias de evaluación e intervención tanto cognitivo como conductual, que serán utilizadas durante el tratamiento, así como las herramientas a utilizar para la formulación de los casos y la identificación de pensamientos aprensivos.

Formulación de casos

Es la antesala para el tratamiento, consiste en que la persona a tratar pueda entender la base de la terapia cognitiva y junto a ella o él ir identificando sus estímulos activadores con base en el modelo cognitivo. Dentro de esta fase se facilitará psicoeducación, para explicar a los participantes acerca de la ansiedad y el miedo, las bases cognitivas de la ansiedad, consecuencias negativas, las funciones de evitación y búsqueda (p. 388).

Identificar primeros pensamientos aprensivos

Se basa en detectar los pensamientos ansioso-automáticos e inmediatos, poniéndoles probabilidad, gravedad exagerada de las valoraciones de amenaza.

Intervenciones cognitivas

La meta de las intervenciones cognitivas según Clark y Beck (2012) se basan en que las personas puedan modificar su “perspectiva de peligro y vulnerabilidad personal exagerados a una perspectiva de amenaza mínimo aceptable” (p. 308) y percibirse como capaces de afrontar las situaciones.

Es decir, que las intervenciones cognitivas permiten una relación saludable con las repuestas ante los estímulos amenazantes y el miedo pues “desactivan los esquemas hipervalentes de amenaza y promueven la activación de creencias más adaptativas y realistas sobre la amenaza, aumentando la autoeficacia personal para afrontar las propias preocupaciones ansiosas” y re-focalizar de *las falsas valoraciones y creencias que constituyen la base del estado ansioso*, a pensamientos constructivos y estratégicos (p. 381).

Estas intervenciones cognitivas tienen seis objetivos (Clark y Beck 2012, pp. 284 -387): Cambiar el foco de la amenaza, dirigir la atención a valoraciones y creencias, modificar la amenaza y tener una valoración equilibrada y realista, normalizar el miedo y la ansiedad, fortalecer la eficacia, y propiciar un enfoque adaptativo hacia la seguridad.

Intervenciones conductuales

Las intervenciones conductuales son utilizadas para disminuir las respuestas de “huida y evitación” (Clark y Beck, 2012, p.393). Son necesarias “para modificar las falsas valoraciones y creencias sobre la amenaza y la seguridad, que apoya la modificación de la cognición relacionada con la amenaza y la reducción de los síntomas ansiosos” (p. 394).

Los objetivos de las intervenciones conductuales son identificar el pensamiento o creencia diana, realizar la prescripción conductual específica en los momentos, lugares, y la duración e introducir palabras de seguridad, auto monitorear el registro de ejercicios para su posterior evaluación, evaluar y dar seguimiento tras la intervención para generar “tarjetas de afrontamiento para contrarrestar sus pensamientos ansiosos en los siguientes episodios” (p.397).

Las dos estrategias conductuales para utilizar durante el tratamiento son:

- a. *La exposición*, es la “presentación sistemática, repetida y prolongada de objetos, situaciones o estímulos (internos o externos) que son evitados por sus propiedades provocadoras de ansiedad” (p. 398).
- b. *La prevención de respuesta* es la eliminación de la implementación “de cualquier estrategia de afrontamiento o respuestas de control para aliviar la ansiedad y la incomodidad” (p. 420). Con ello, se logra identificar las “respuestas maladaptativas de afrontamiento e iniciar respuestas que garanticen la exposición continuada a la situación que generaba miedo” (p.421).

En esta investigación se enfatizará en el uso de las *estrategias de prevención de respuesta, corrección de las cogniciones y conductas de búsqueda de seguridad para la ansiedad*, ya que de este tipo de respuestas se derivan de estilos de afrontamientos maladaptativos. Por lo que, al promover “la exposición a la información que desmienta las falsas creencias de amenaza y vulnerabilidad” podrán generar la reevaluación secundaria en equilibrio con la activación del modo primal, sin maximizar las amenazas (p.445).

Se utilizará el Formulario de análisis situacional, Listado de respuestas conductuales y cognitivas ante la ansiedad, la Jerarquía de exposición y El registro de prevención de respuesta (pp. 447- 449), que permitirán tener una secuencia del tratamiento y una vez terminada la intervención quedarán como herramientas para abordar otros estados ansiosos relacionados con las principales fuentes de preocupación de la población.

Se van a explorar las principales problemáticas que enfrenta la población sin hogar que ha atravesado un proceso de gentrificación y que desde el actualmente está albergada en la antigua Escuela Nicolás Pacheco en San Felipe. Además, se abordarán los objetivos de nuestra investigación, las hipótesis planteadas, el diseño de la investigación, las variables consideradas, el diseño estadístico empleado y los resultados obtenidos.

II. Aspectos Metodológicos

1. Planteamiento del problema

Durante los últimos 19 años la población del sector de San Felipe ha atravesado un proceso de desalojo de sus viviendas por motivo de pernoctar en “casas condenadas”. Según Sucre (2010) los datos de viviendas condenadas en el corregimiento de San Felipe fueron de 419. En este proceso, por lo general las personas quedan en situación de personas sin hogar.

Algunas variables que consideran han acelerado el proceso de condenar viviendas hace referencia a la inscripción del Distrito Histórico de Panamá, con el Salón Bolívar como Patrimonio de la Humanidad el 6 de diciembre de 1997. Por tanto, el corregimiento de San Felipe “Casco Antiguo” se ha ido restaurando, generado un alza inmobiliaria, volviéndose una zona casi exclusiva (Adames M. D., 2019) . Las condiciones que han movilizado el proceso de restauración y desalojo de las viviendas tienen el nombre de gentrificación, pues se refiere a “las transformaciones recientes en los centros urbanos que han sucedido en Latinoamérica y son estudiados desde las ciencias sociales” (Díaz Parra, 2013). En San Felipe, algunos han salido de su comunidad hacia las afueras de la ciudad, otras personas se encuentran albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, poniendo de manifiesto la interrelación entre vulnerabilidad económica, estructuras sociales y funcionamiento psíquico (Beltrán, Hernández, López, y Piratoba, 2015).

Numerosos son los estudios que analizan la relación en las variables sociales de las personas sin hogar y su salud mental, como Caridad, (2004) que plantea: “¿Cuál es la relación entre enfermedad mental y el malestar cultura o social?”, haciendo referencia a que *las personas sin hogar pertenecen a un grupo social que puede ser marginalizado y excluido, y en un modo más grave* se caracterizan por mantenerse “aislados, por no contar con apoyo

familiar y social, experimentar desarraigo y desvinculación”, en otros casos padecer “trastornos psiquiátricos, deterioro personal y social, pobreza severa o estigmatización social” (pp. 27-28) . Estos sucesos vitales relacionados con afecciones a la salud mental están relacionados con los contextos sociales y las personas no se encuentran exentas a experimentar “sufrimiento de origen social” (Freud, 1929). Siendo la ansiedad un síntoma normalizado en estos sucesos, así como mencionan Clark y Beck (2012) “las manifestaciones clínicas de la ansiedad son un rasgo definitorio de la sociedad contemporánea, pues representa uno de los principales retos a los que se enfrenta la investigación y el tratamiento de la salud mental”.

Por lo que se enmarca la ansiedad como un síntoma generado por la realidad social, así pues, la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) considera la ansiedad clínicamente significativa, “como la presencia de dos o más de los síntomas, sentirse nervioso o tenso, se siente habitualmente inquieto, dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones, miedo a que pueda suceder algo terrible”. Entonces, se puede considerar que la ansiedad puede presentarse en situaciones específicas como respuesta a un estado de alarma (Spielberger C. D., 1966).

Las personas han atravesado un proceso de gentrificación en San Felipe porque sus viviendas fueron condenadas y al no encontrar alternativas de vivienda dentro de su localidad con rentas asequibles han pasado a la categoría de “personas sin hogar”, siendo otra de las causas de atención clínica. Según el Manual Diagnóstico DSM V -TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) las personas sin hogar son aquellas que:

Su residencia nocturna principal es un refugio para gente sin hogar, un refugio temporal, un refugio contra la violencia doméstica, un espacio público (p. ej. un túnel, una estación de

metro, un centro comercial), un edificio que no esté destinado a un uso residencial (p. ej. Una estructura abandonada, una fábrica en desuso), una caja de cartón, una cueva o cualquier otra opción similar. (p. 409)

Desde la psicología el “sinhogarismo” ha sido considerado como uno de los factores socioculturales que aumenta “las probabilidades de provocar trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, (...)” (Butcher, Mineka y Hooley, 2007, p.95).

En esta investigación concebida desde la Psicología Clínica con enfoque comunitario, analizamos a grandes rasgos el desalojo y desplazamiento como parte del proceso de gentrificación que están viviendo las personas en San Felipe hasta dejarlas en condición de “personas sin hogar”, evaluando la existencia de síntomas de ansiedad estado clínicamente significativos. Con la intención de identificar si la aplicación de la terapia cognitiva para la ansiedad tiene beneficios en esta población. Por lo que se plantean las siguientes preguntas, ¿el efecto de la Terapia Cognitiva para el tratamiento de la ansiedad reducirá los niveles de ansiedad estado en las personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco en San Felipe, Panamá? y si ¿el tratamiento mantendrá los niveles de ansiedad estado menores al pretest durante al menos 6 meses?

2. Objetivo General

Aplicar la Terapia Cognitiva para la Ansiedad en las personas sin hogar albergadas en la escuela Nicolás Pacheco.

3. Objetivos Específicos

- Evaluar a las personas que cumplen con los criterios de inclusión en la investigación.
- Realizar las entrevistas clínicas y sobre el proceso de gentrificación.
- Medir los niveles de ansiedad estado.
- Identificar comorbilidades de los síntomas de depresión.
- Diagnosticar síntomas de ansiedad clínicamente significativa.
- Aplicar el tratamiento de Terapia Cognitiva para la ansiedad.
- Identificar si el efecto de la Terapia Cognitiva para la ansiedad reduce los niveles de ansiedad estado en las personas que participan de la investigación.
- Establecer la medición de seguimiento al menos 6 meses después de terminado el tratamiento.
- Medir los niveles de ansiedad estado.
- Recabar información acerca de su situación actual de vivienda y afrontamiento de preocupaciones tratadas durante el tratamiento.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis General

El efecto de la Terapia Cognitiva para la ansiedad reducirá los síntomas de ansiedad estado en las personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.

4.2. Hipótesis de Trabajo

Ho1: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado siguen igual o mayor.

No hay diferencias significativas en las puntuaciones medias de la Escala de Ansiedad Estado (IDARE) antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva para la ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.

$$H_01: \mu_1 \text{ GE pretest} = \mu_2 \text{ GE posttest}$$

Ha1: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado disminuyen.

Hay diferencias significativas en las puntuaciones medias de la Escala de Ansiedad Estado (IDARE) antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva para la ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.

$$H_a1: \mu_1 \text{ GE pretest} \geq \mu_2 \text{ GE posttest}$$

5. Diseño de Investigación

El tipo de investigación es cuasiexperimental con un diseño pre posttest sin grupo control, al que se le ha añadió una medición de mediano plazo (8 meses) para comprobar el mantenimiento de los cambios sin el tratamiento y añadir validez a la hipótesis de investigación. La investigación es cuasiexperimental o post hoc, ya que como plantea Salkind (1999): “El investigador no tiene control total sobre el criterio empleado para asignar participantes a grupos”, se asigna a los participantes dependiendo si reúnen las características necesarias, no se aíslan variables, no se tienen control de las variables y la investigación se realiza después de sucedido el hecho en este caso que las personas estén en una situación sin hogar.

6. Definición de Variables

6.1. Variable independiente (V.I)

- Terapia cognitiva para la ansiedad

Definición conceptual: Según Clark y Beck (2012) “La terapia cognitiva es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico. Las características que la definen no deben encontrarse en una serie de estrategias de intervención únicas, sino en su conceptualización cognitiva de la psicopatología y del proceso terapéutico de cambio. De este modo, la articulación del modelo cognitivo, así como la derivación de hipótesis demostrables y su evaluación empírica son básicos para determinar su validez de constructo” (p.17).

Definición operacional: 13 sesiones de una hora de duración administradas dos veces por semana a las personas de la muestra, el abordaje será individual.

Descripción del tratamiento

Se aplicó la Terapia Cognitiva para la ansiedad en modalidad presencial e individual, llevando las sesiones en los terrenos de la Manzana 52, donde se ubica “La Trinchera” a un costado de Plaza Herrera, frente al Albergue Nicolás Pacheco.

Previo a iniciar con el tratamiento se realizarán la entrevista clínica, la entrevista sobre el proceso de gentrificación y se evaluarán los síntomas de ansiedad estado - rasgo, (pretest) y los síntomas de depresión para descartar comorbilidades.

Al iniciar el tratamiento, a partir de la primera sesión se hará entrega de los resultados y psicoeducación de la terapia, desde la segunda hasta la cuarta sesión se entablará la alianza terapéutica, se identificarán los primeros pensamientos aprensivos o preocupaciones de las cuales se partirá para realizar la formulación cognitiva, así como enumerar los errores de pensamientos y realizar un repaso de las primeras tres sesiones. Las sesiones cinco, seis y siete; se centrarán en la comprobación de valoraciones ansiosas, análisis de costes beneficios y en las técnicas alternativas para trabajar la ansiedad, seguido de un repaso desde la sesión uno a la siete. De la sesión nueve a la sesión once se explorarán explicaciones

alternativas a los episodios de ansiedad, y se abordarán las estrategias de intervención conductuales. La sesión doce será de repaso de las intervenciones conductuales.

Terminando el tratamiento, en la sesión trece se realizará el resumen de las intervenciones utilizadas, enumerando sus beneficios, situaciones en las que seguir trabajando, se evaluarán los niveles de ansiedad estado – rasgo (posttest) y se programará la medición de seguimiento en 8 meses.

6.2.Variable dependiente (V.D)

- Ansiedad estado

Definición conceptual: Ansiedad según Clark y Beck (2012): “Es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza), que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas, porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (p.23).

Según Spielberger y Díaz Guerrero (2002) en la ansiedad estado: “Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos y conscientemente percibido por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”.

Definición operacional: La ansiedad estado será evaluada con el Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE) mide dos dimensiones de la ansiedad, a través de dos escalas de autoevaluación separadas, con 20 afirmaciones cada una que evalúan el nivel de ansiedad experimentada Spielberger y Díaz Guerrero (2002) .

González, Martín, y Lorenzo (2007) clasifican los puntajes del IDARE en niveles de ansiedad desde ansiedad baja (de 29 o menos), ansiedad moderada (de 30 a 44) o ansiedad alta (igual o mayor a 45).

Los síntomas ansiosos serán identificados con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) una escala de 0 (“en absoluto”) a 3 (“grave, difícilmente podía aguantarlo”). Según el manual (Beck y Steer, 1990), el intervalo normal para la Puntuación Total del BAI es de 0-9, la ansiedad leve es de 10-18, la ansiedad moderada es de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63.

7. Población y muestra

La población que compone el albergue Nicolás Pacheco situado en Panamá, ciudad de Panamá, en el barrio de San Felipe, en Ave. A, que alberga a 70 personas y corresponde a 27 familias desalojadas. De las 70 personas, hay 43 mujeres y 27 hombres, desde los 2 años hasta los 92 años.

Del total de la población, se encuentran 17 personas albergadas entre los 44 a 65 años, de las cuales 7 aceptaron ser evaluadas componiendo la muestra inicial. Sin embargo, solo 4 participantes llenaron los requisitos, terminaron el tratamiento y son quienes conforman la muestra de esta investigación.

Criterios de inclusión:

- Personas adultas de 44 a 65 años.
- Haber atravesado un proceso de gentrificación en San Felipe.
- Vivir en el albergue Escuela Nicolás Pacheco.
- Al momento de la evaluación presentar síntomas de ansiedad clínicamente significativa medidos en la entrevista y en la prueba psicológica.

- Tener alguno de los siguientes síntomas:
 - a. Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe.
 - b. Aumento del ritmo cardíaco.
 - c. Respiración acelerada (hiperventilación).
 - d. Temblores.
 - e. Sensación de debilidad o cansancio.
 - f. Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual.
 - g. Tener problemas para conciliar el sueño.
 - h. Padecer problemas gastrointestinales (GI).
 - i. Tener dificultades para controlar las preocupaciones.
 - j. Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan nervios o ansiedad.
- Descartar comorbilidad con la depresión.
- Aceptar participar en el programa y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Que hayan participado en algún tratamiento psicológico durante su condición de personas sin hogar.
- Estar o ser diagnosticado con depresión durante la entrevista y evaluación.
- Tener discapacidad intelectual.
- Consumir drogas o alcohol.
- No aceptar el consentimiento informado.

8. Instrumentos y técnicas de medición

8.1. Entrevista sobre la situación de desalojo, como parte del proceso de gentrificación y sobre su situación actual en el albergue Nicolás Pacheco en San Felipe, Panamá, Ciudad de Panamá.

8.2. Entrevista clínica: Semiestructurada que contendrá información relevante del paciente, datos personales, estado mental, antecedentes.

8.3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE, Spielberger y Díaz -Guerrero

1975): es un inventario que consiste en dos escalas de 20 ítems cada una, de las cuales una escala evalúa la ansiedad estado que: “Es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria y la otra escala mide la ansiedad rasgo (Spielberger y Díaz Guerrero, Manual Moderno, 2019). Las escalas tanto de estado como rasgo se conforman con 20 afirmaciones, las personas evaluadas eligen categorías de intensidad como se siente en este momento (ansiedad estado), mientras que en la escala ansiedad rasgo la persona elige como se siente la mayor parte del tiempo. Las puntuaciones obtenidas permiten ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad; 29 o menos indica ansiedad baja, 30 a 44 moderada y de 45 en adelante ansiedad alta (Lino, 2023).

La confiabilidad del instrumento será necesaria para utilizar el Índice de Confiabilidad de Cambios (RCI) aunque la investigación más reciente sobre las Evidencias psicométricas del Inventario de Ansiedad estado-rasgo realizada por Anicama y otros (2021) menciona que: “la consistencia interna de Cronbach muestra un alfa $\alpha = 0.867$ para ansiedad estado y $\alpha = 0.863$ para bienestar estado, así como, un alfa $\alpha = 0.889$ para ansiedad rasgo y $\alpha = 0.790$ para bienestar rasgo”. Similares a las obtenidas por Spielberger y Guerrero en (1975), en donde “utilizando el índice alfa de Cronbach para ansiedad estado dio como resultado un valor de $\alpha = 0.83$ a 0.92 y $\alpha = 0.86$ a 0.92 para ansiedad rasgo” (Lino, 2023, p.51). Nosotras en esta investigación utilizaremos el alfa $\alpha = 0.867$ actualizada por Anicama y otros (2021).

8.4. **Inventario de depresión Estado-Rasgo (IDER, Spielberger, 2008)**

Instrumento utilizado en la investigación para descartar la comorbilidad con la depresión.

El IDER es un inventario muy breve (20 elementos) destinado a evaluar por una parte el **grado de afectación** (Estado) y por otra la **frecuencia de ocurrencia** (Rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión.

Además, los elementos de la prueba están contruidos para apreciar tanto la presencia de depresión (**Distimia**) como la ausencia de ésta (**Eutimia**).

8.5. **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory; Beck y Steer, 1990):**

Es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 (“en absoluto”) a 3 (“grave, difícilmente podía aguantarlo”) (Clark y Beck, 2012).

8.6. **Entrevista clínica de seguimiento:** Semiestructurada acerca de la situación del albergue

Nicolás Pacheco, su sintomatología y sobre las técnicas cognitivas para la ansiedad implementadas durante el tratamiento.

9. **Diseño Estadístico**

Se utilizó la prueba de rangos de signos de **Wilcoxon**: “Constituye un método no paramétrico o libre de distribución se utiliza como una alternativa a la prueba T de Student” (Martín y Luna del Castillo, 2004). “Permite encontrar diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y posttest de un grupo y entre dos respuestas de los sujetos” (Dorantes Rodríguez, 2018). Se aplicará con un alpha de 0.05 de significación.

$$Z = \frac{W - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{12}}} \approx N(0, 1)$$

Se realizó una medición de seguimiento a mediano plazo (8 meses), después haber terminado el tratamiento con los participantes que se llegaron a contactar y se mantenían en el albergue. Se añadieron dos comparaciones de la prueba de rangos de Wilcoxon entre las medidas del pretest - seguimiento a mediano plazo, y el posttest -seguimiento a mediano plazo. Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel de Microsoft con el complemento de XLSTAT.

Entendido el tamaño reducido de la muestra y por la importancia de verificar diferencias clínicas entre los resultados del pretest y del posttest de cada, se considera utilizar el **Índice de Confiabilidad de Cambios** conocido en inglés como Reliable Change Index (**RCI**) “ya que proporciona una medida con significancia tanto estadística como clínica que tiene en cuenta la escala de fiabilidad de la prueba y es útil para el análisis en muestras pequeñas” (Zahra y Hedge, 2010)

$$RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}}$$

$$S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$$

$$S_E = s_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

III. Resultados

1. Muestra

La muestra quedó conformada por cuatro personas que llenaron los requisitos y siguieron el proceso de tratamiento. De los cuales tres son mujeres y un participante es hombre.

Tabla 4. Listado de participantes por sexo, edad y cantidad de sesiones

Participante	Sexo	Edad	Cantidad de sesiones	Cantidad de años en un albergue
Participante A	F	65	10	7 años
Participante B	M	63	13	8 años
Participante C	F	63	9	10* años
Participante D	F	63	12	7 años

**La participante C, tiene 3 meses viviendo en el Albergue Nicolás Pacheco, pero en total lleva 10 años viviendo en situación de persona sin hogar.*

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

2. Estadísticos descriptivos de las comparaciones entre pretest y postest

El tiempo entre las mediciones pretest y postest fue de cuatro meses, como instrumento de medición para identificar el nivel de ansiedad se utilizó el IDARE, y se tomó en consideración la medida de ansiedad estado, tomando en cuenta según González, Martín, y Lorenzo (2007) los siguientes puntos de corte; ansiedad baja (de 29 o menos) ansiedad moderada (de 30 a 44) o ansiedad alta (mayor a 45).

Tabla 5. Resultados obtenidos en las mediciones de ansiedad estado (SXE) y ansiedad rasgo (SXR) pretest y postest.

Participante	Sexo	Edad	SXE / PRE	SXR / PRE	SXE / POST	SXR / POST
Participante A	F	65	58	38	37	38
Participante B	M	63	46	31	30	41
Participante C	F	63	49	49	33	45
Participante D	F	63	51	42	46	45

Fuente: Figueroa (2023) *Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.*

A continuación, se describen las puntuaciones medias, desviación típica y el análisis estadístico con las Pruebas de signos y la Prueba con signos de Wilcoxon con sus respectivas interpretaciones de hipótesis en las comparaciones de los puntajes de ansiedad estado SXE pretest y ansiedad estado SXE postest.

Tabla 6. Media y desviación típica en las mediciones pretest y postest

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
SXE / PRE	46.000	58.000	51.000	5.099
SXE / POST	30.000	46.000	36.500	6.952

Fuente: Figueroa (2023) *Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.*

Tabla 7. Resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y postest

Rangos con signo (Wilcoxon) / Prueba unilateral a la derecha:	
V	10
V (estandarizado)	1.841
Valore esperado	5
Varianza (V)	7.375
valor-p (unilateral)	0.033 *
alfa	0.05
El valor-p exacto no ha podido calcularse. Se ha utilizado una aproximación para calcular el valor-p.	

Fuente: Figueroa (2023) *Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.*

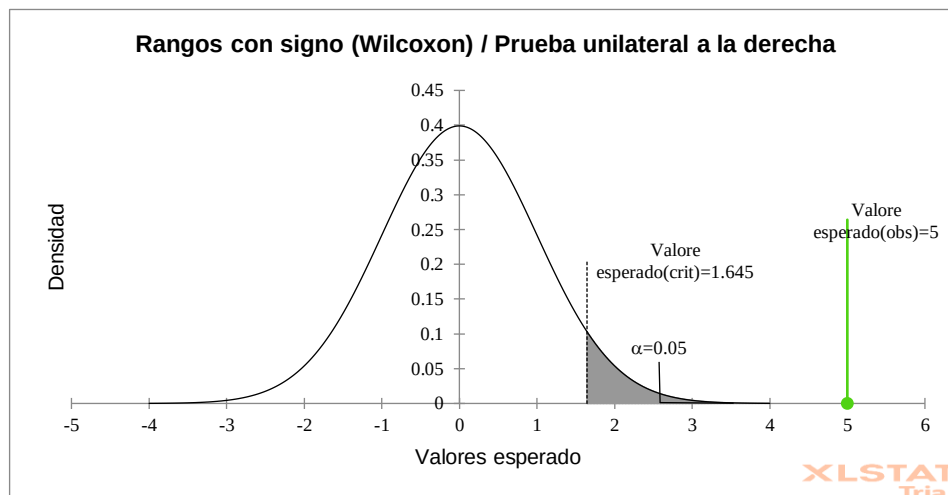
Interpretación de la prueba con signos de Wilcoxon en pretest y posttest:

H0: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado siguen igual o mayor.

Ha: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado disminuyen.

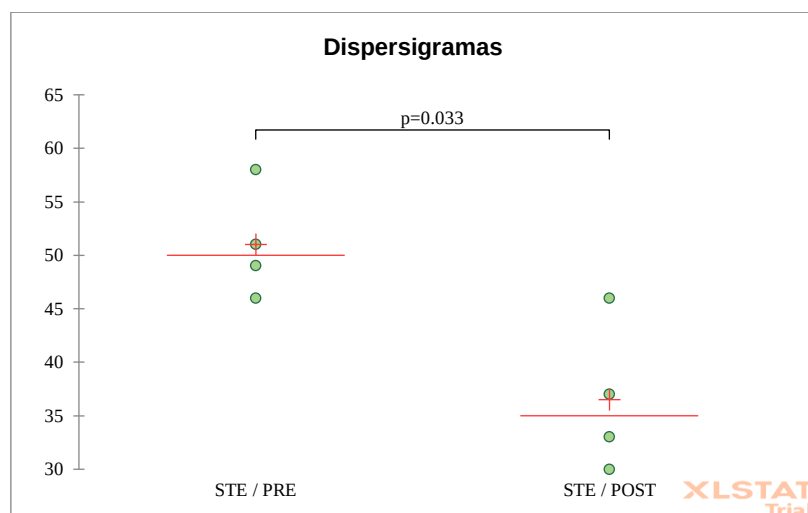
Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

Gráfica 6 Valores críticos y observados de la prueba de Rangos con signo de Wilcoxon en pretest y posttest.



Fuente: Análisis en XLSTAT de los valores críticos y observados de la prueba de Rangos con signo de Wilcoxon en pretest y posttest.

Gráfica 7. Dispersigramas de valores críticos y observados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y postest.



Fuente: Análisis en XLSTAT, Dispersigramas de valores críticos y observados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y postest.

Tabla 8. Resumen de valores p en las Pruebas de signos y Rangos con signo de Wilcoxon en pretest y postest.

Resumen (valores-p):		
Variable\Submuestras	Prueba de signos	Rangos con signo (Wilcoxon)
SXE / PRE - SXE / POST	0.063	0.033

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

3. Estadísticos descriptivos de las comparaciones entre pretest y seguimiento

Tabla 9. Media y desviación típica en las mediciones pretest y seguimiento a mediano plazo

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
SXE / PRE	46.000	58.000	51.000	5.099
SXE / SEGUIMIENTO	38.000	47.000	42.500	3.674

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

Tabla 10. Resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en pretest y seguimiento a mediano plazo.

Rangos con signo (Wilcoxon) / Prueba unilateral a la derecha:	
V	10
Valore esperado	5
Varianza (V)	7.500
valor-p (unilateral)	0.250
alfa	0.05
El valor-p exacto no ha podido calcularse. Se ha utilizado una aproximación para calcular el valor-p.	

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

Interpretación de la prueba con signos de Wilcoxon en pretest y seguimiento a mediano plazo:

H₀: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado siguen igual o aumentan durante un año.

H_a: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado disminuyen y se mantienen durante un año.

Puesto que el valor-p calculado es mayor que el nivel de significación alfa=0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula H₀.

Tabla 11. Resumen de valores p en las Pruebas de signos y Rangos con signo de Wilcoxon resultantes del pretest y seguimiento.

Resumen (valores-p):		
Variable\Submuestras	Prueba de signos	Rangos con signo (Wilcoxon)
SXE / PRE - SEGUIMIENTO	0.250	0.250

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

4. Estadísticos descriptivos de las comparaciones entre posttest y seguimiento

Tabla 12. Media y desviación típica en las mediciones posttest y seguimiento a mediano plazo

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
SXE / POST	30.000	37.000	33.500	4.950
SXE / SEGUIMIENTO	38.000	47.000	42.500	6.364

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

Tabla 13. Resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon en posttest y seguimiento a mediano plazo

Rangos con signo (Wilcoxon) / Prueba unilateral a la derecha:	
V	3
Valore esperado	1.500
Varianza (V)	1.250
valor-p (unilateral)	1.000
alfa	0.05
El valor-p exacto no ha podido calcularse. Se ha utilizado una aproximación para calcular el valor-p.	

Fuente: Figueroa (2023) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

Interpretación de la prueba:

H0: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado siguen igual o aumentan durante ocho meses.

Ha: Luego de aplicar en la Terapia Cognitiva para la ansiedad los niveles de ansiedad estado disminuyen y se mantienen durante ocho meses.

Puesto que el valor-p calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

Tabla 14. Resumen de valores *p* en las Pruebas de signos y Rangos con signo de Wilcoxon en el posttest y seguimiento.

Resumen (valores-p):		
Variable\Submuestras	Prueba de signos	Rangos con signo (Wilcoxon)
SXE / POST- SEGUIMIENTO	1.000	1.000

Fuente: Figueroa (2023) *Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.*

5. Índice de Confiabilidad de Cambios (RCI)

El índice de confiabilidad de cambios se obtiene a partir de la **confiabilidad de la prueba o subescala utilizada (IDARE - SXE)**, la **desviación estándar del pretest** y las **medidas que se realizaron durante la investigación.**

Tabla 15. Resumen de mediciones pretest, posttest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios.

Participante	sexo	edad	Pretest T1	Posttest T2	Seguimiento mediano plazo T3
Participante A	F	65	58.00	37.00	47.00
Participante B	M	63	46.00	30.00	38.00
Participante C	F	63	49.00	33.00	
Participante D	F	63	51.00	46.00	

Fuente: Adaptación de Zahra y Hedge (2010) *Calculator Reliable Change Index (RCI)* <http://daniel-zahra.webs.com/publications.htm> Resumen de mediciones pretest, posttest y seguimiento para el análisis del índice de confiabilidad de cambios.

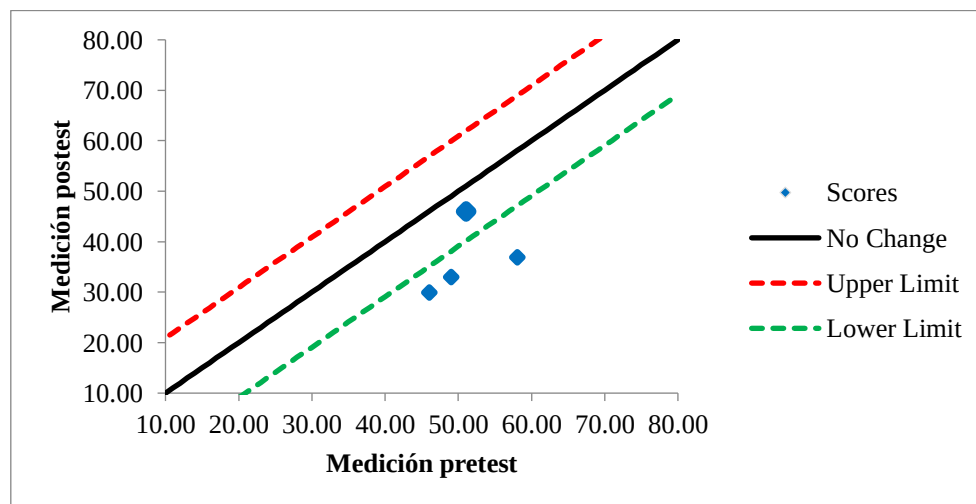
Tabla 16. Resultados del Índice de confiabilidad de cambios por comparación de pares

0.867	= The test-retest reliability of the scale used (or suitable substitute); range from 0.00 to 0.9999999
5.099	= The Standard deviation of the pre-treatment (Time 1) experimental group

Valores RCI por comparación de pares					
Participantes	sexo	edad	T1 -T2	T1-T3	T2-T3
Participante A	F	65	-7.985	-4.183	3.803
Participante B	M	63	-6.084	-3.042	3.042
Participante C	F	63	-6.084	Sin medición	Sin medición
Participante D	F	63	-1.901	Sin medición	Sin medición
Datos en color verde			Disminución significativa entre mediciones ($p < 0.05$)		
Datos sin color			Cambio significativo marginal en dirección al signo		
Datos en color naranja			Aumento significativo entre mediciones ($p < 0.05$)		

Fuente: Adaptación de Zahra y Hedge (2010) Calculator Reliable Change Index (RCI) <http://daniel-zahra.webs.com/publications.htm> Resultados del índice de confiabilidad de cambios por comparación de pares.

Gráfica 8. Resultados de las mediciones pretest y posttest



Fuente: Adaptación de Zahra RCI plots in Excel (2014). Diagrama de dispersión de resultados entre las medidas del pretest y posttest.

IV. Discusión

Durante la exploración bibliográfica y los antecedentes se puede mencionar que el nivel de ansiedad estado se encuentra elevado en la población de adultos en situación de hospitalización, confinamiento y albergados. A pesar de que las características muestrales no sean las mismas, los factores psicosociales que generan preocupación, así como el inicio de los niveles de ansiedad estado son similares a los de otras investigaciones como; el “descenso del nivel socioeconómico...la jubilación, enfermedad o discapacidad” (Lino, 2023 p. 21) o “la falta de redes de apoyo” (Logroño y Mejías, 2022, pp. 10-30). Dando paso a visibilizar el “daño social producido por los procesos de gentrificación” (Rivera, 2020). Se recalca que la violencia invisible como la cultural y psicológica generan en la población sin hogar que ha vivido un proceso de gentrificación; sentimientos y emociones de “inseguridad, miedo, estrés, angustia y ansiedad”, perdiendo sus lazos comunitarios, experimentando soledad y falta de una red de apoyo que vaya más allá de sus familiares (Lim, y otros, 2017). Esta sintomatología se precipita ante la percepción del abandono institucional por la “sensación de injusticia” tal como ha sucedido en otras ciudades latinoamericanas que han sido víctimas de los procesos de gentrificación (Janoschka, Gentrificación, desplazamiento, desposesión: procesos urbanos claves en América Latina, 2016).

Dada la cronicidad de la situación de personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco producto del proceso de gentrificación, los participantes han experimentado niveles elevados de ansiedad estado ante situaciones que identifican como una posibilidad de ser desalojados nuevamente sin posibilidad de tener una vivienda, máxime si perciben que no cuentan con una red de apoyo, ya sea de familiares o amistades, o en el caso que se enfrentan a

enfermedades con un riesgo alto de muerte. Ante estos escenarios fue que las y los participantes previo a la aplicación de la Terapia Cognitiva se percibieron incapaces para la búsqueda de alternativas, instaurando una baja eficacia personal como perpetuante del mecanismo de ansiedad.

De acuerdo con el análisis de resultados, se comprobó tanto estadística como clínicamente que la Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco redujo los niveles de ansiedad estado (SXE). Es decir, la prueba con signos de Wilcoxon y el Índice de Confiabilidad de Cambios (RCI) comprobaron que en las comparaciones de las medidas de ansiedad estado pretest (SXE / PRE) y ansiedad estado posttest (SXE / POST) hay diferencias significativas después de haber asistido al menos a 9 de 13 sesiones de Terapia Cognitiva para la ansiedad.

Las diferencias en los puntajes de las mediciones se observan en la elección de la intensidad en que experimentan la emoción, sensación y pensamientos, medidos en la escala de ansiedad estado - IDARE (Spielberger y Díaz Guerrero, 2002). González, Martín, y Lorenzo (2007) clasifican los puntajes del IDARE en niveles de ansiedad desde ansiedad baja (de 29 o menos) ansiedad moderada (de 30 a 44) o ansiedad alta (igual o mayor a 45). En la siguiente tabla se observa ya sea la disminución de los síntomas negativos (ítems 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18), el aumento en la sensación de bienestar estado resaltado en gris (ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 , 20) en ocasiones han elegido el mismo puntaje en el pretest y posttest. Para hacer referencia de las escalas de ansiedad estado y bienestar estado, es necesario referirse a la investigación de Anicama y otros (2021).

Tabla 17. Comparación por ítems en los puntajes pretest y posttest de la escala de ansiedad estado (SXE).

Expresiones relacionadas a estados de ansiedad (ítems)		Participante A	Participante B	Participante C	Participante D
Puntajes de escala de ansiedad estado		PRE -POST 58 - 37	PRE -POST 46 - 30	PRE -POST 49 - 33	PRE -POST 51 - 46
1	Me siento calmado (a)	Aumento	Igual puntaje	Disminución	Aumento
2	Me siento seguro (a)	Disminución	Aumento	Igual puntaje	Igual puntaje
3	Estoy tenso (a)	Disminución	Igual puntaje	Disminución	Igual puntaje
4	Estoy contrariado (a)	Disminución	Igual puntaje	Disminución	Igual puntaje
5	Estoy a gusto	Igual puntaje	Aumento	Disminución	Disminución
6	Me siento alterado (a)	Igual puntaje	Igual puntaje	Disminución	Igual puntaje
7	Estoy preocupado (a) por algún posible contratiempo	Disminución	Disminución	Disminución	Disminución
8	Me siento descansado (a)	Igual puntaje	Aumento	Aumento	Igual puntaje
9	Me siento ansioso (a)	Disminución	Disminución	Disminución	Igual puntaje
10	Me siento cómodo (a)	Aumento	Aumento	Aumento	Igual puntaje
11	Me siento en confianza en mí mismo (a)	Igual puntaje	Aumento	Aumento	Aumento
12	Me siento nervioso (a)	Disminución	Sin referencia	Disminución	Disminución
13	Me siento agitado (a)	Igual puntaje	Sin referencia	Disminución	Disminución
14	Me siento “a punto de explotar”	Igual puntaje	Igual puntaje	Disminución	Igual puntaje
15	Me siento reposado (a)	Aumento	Aumento	Disminución	Igual puntaje
16	Me siento satisfecho (a)	Aumento	Aumento	Aumento	Aumento
17	Estoy preocupado (a)	Disminución	Disminución	Disminución	Disminución
18	Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	Disminución	Disminución	Disminución	Disminución
19	Me siento alegre	Aumento	Aumento	Aumento	Igual puntaje
20	Me siento bien	Aumento	Aumento	Aumento	Igual puntaje

Fuente: Figueroa (2024) *Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.*

Todas y todos los participantes disminuyeron su sensación de malestar en los siguientes ítems; (7) “me siento preocupado (a) por algún posible contratiempo”, (17) “estoy preocupado (a)”, (18) “me siento muy agitado (a) y aturdida (a). Mientras que aumentaron su sensación de bienestar estado en el ítem (16) “me siento satisfecho (a)”.

Con los resultados de los ítems se puede entender que las herramientas utilizadas durante la intervención de la terapia fueron encaminadas a reevaluar las amenazas, a

normalizar la ansiedad y el miedo ante situaciones de peligro, a identificar estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales que fuesen adaptativas.

Tabla 18. Resultados del pretest y posttest en la escala de ansiedad rasgo (SXR) – IDARE

Participante	Sexo	Edad	SXE / PRE	SXE / POST	SXR / PRE	SXR / POST
Participante A	F	65	58	37	38	38
Participante B	M	63	46	30	31	41
Participante C	F	63	49	33	49	45
Participante D	F	63	51	46	42	45

Fuente: Figueroa (2024) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

Al analizar los resultados de las mediciones de ansiedad rasgo (SXR) y ansiedad estado (SXE) pretest y posttest, se encontró que los niveles de ansiedad rasgo están relacionados con el aumento en los niveles de ansiedad estado como plantea (Spielberger C. D., 1966). No obstante, se puede pensar que a pesar de que el rasgo de ansiedad se mantenga elevado después de aplicada la Terapia Cognitiva para la ansiedad, se ha cambiado la percepción de autoeficacia y la relación que tienen las y los participantes con los estímulos internos y externos relacionados con la categoría de “personas sin hogar”, ya que identifican señales de seguridad y recursos de afrontamientos antes del inicio de la preocupación. Dando como resultado la disminución de la ansiedad estado, tanto estadística como clínicamente.

Dado el tamaño muestral y con el propósito de robustecer el análisis de los resultados, se añadió una medición de seguimiento a mediano plazo (SXE/SEG) después de ocho meses del posttest y a un año del pretest, con el requisito de que las y los participantes siguieran viviendo en el albergue Nicolás Pacheco. La mitad de la muestra (2) participó en la medición

de seguimiento. **En ambos casos, ninguno de los dos participantes evaluados obtuvo un puntaje igual o mayor al nivel de ansiedad estado puntuado en el pretest, es decir, un año antes. (SXE/PRE).** Haciendo del tratamiento una herramienta útil para experimentar una disminución de la ansiedad estado, a pesar de los años en su condición de personas sin hogar.

Comparando los resultados obtenidos en las mediciones de ansiedad estado pretest (SXE / PRE) - ansiedad estado seguimiento (SXE/ SEG) y ansiedad estado posttest (SXE/POST) - ansiedad estado seguimiento (SXE/ SEG), no existieron diferencias estadísticamente significativas en las medidas de ansiedad estado. No obstante, es importante considerar que el tamaño muestral se redujo a la mitad; de cuatro participantes a dos participantes por lo que difícilmente podrían encontrarse diferencias estadísticamente significativas con una muestra tan pequeña como la evaluada.

Mientras que las comparaciones ansiedad estado posttest (SXE/POST) y ansiedad estado seguimiento (SXE/ SEG) se realizaron con una diferencia de ocho meses, se encontró que las puntuaciones de ansiedad estado seguimiento (SXE/SEG) en ambos participantes evaluados subieron ocho y diez puntos a diferencia del posttest (SXE / POST). Solo el Participante B se mantuvo en un nivel de ansiedad estado medio. **Lo que hace indispensable el seguimiento psicológico periódico, ya que con el tiempo podrían retomar sus estados elevados de ansiedad.**

Respecto a los cambios clínicos, el Índice de Confiabilidad de Cambios (RCI) permitió hacer comparaciones en las medidas después del tratamiento para observar la evolución individual de los y las participantes durante la investigación. Los resultados obtenidos en:

- En las comparaciones ansiedad estado pretest (SXE PRE) y ansiedad estado posttest (SXE/POST) tres de cuatro participantes obtuvieron una disminución clínicamente significativa de ansiedad estado y el restante tuvo una disminución clínicamente marginal, mientras que;
- Las comparaciones de ansiedad estado en el pretest (SXE / PRE) y ansiedad estado seguimiento a mediano plazo (SXE/ SEG) con un año de diferencia, ambos participantes obtuvieron una reducción clínicamente significativa de su estado de ansiedad y, por último;
- Las comparaciones ansiedad estado posttest (SXE/POST) y ansiedad estado seguimiento a mediano plazo (SXE/ SEG) con ocho meses de diferencia, se observa en ambos casos un aumento clínicamente significativo de la ansiedad.

Con ello, se observa que los aumentos en los niveles de ansiedad estado en la medición de seguimiento (SXE/SEG) no son clínicamente significativos con la comparación del pretest (SXE/PRE) un año después de aplicada la Terapia Cognitiva para la ansiedad y manteniendo la misma condición de vivienda. Ya que, a pesar de la cronicidad en los factores psicosociales que influyeron el aumento de la ansiedad estado, las intervenciones cognitivas y conductuales (Clark y Beck, 2012) lograron disminuir las respuestas inhibitorias defensivas inmediatas, los sesgos y pensamientos orientados a la amenaza, afrontando las mismas preocupaciones.

Los principales factores psicosociales que generan en la muestra evaluada niveles altos de ansiedad estado están divididos en factores precipitantes (macrosociales) y factores

desencadenantes (microsociales). En seguida se describen los que estuvieron presentes durante la intervención.

Tabla 19. Factores Psicosociales

Factores precipitantes (macrosociales)	Factores desencadenantes (microsociales)
- Proceso de gentrificación. - Trabajo digno para población en la adultez media. - Cese del programa de jubilación, vejez, invalidez y muerte. - Discriminación por nivel socioeconómico. - Sentido de autorrealización.	- Ausencia de una red de apoyo y sostén. - Situación de persona sin hogar prolongada (mayor a 10 años). - Ingreso económico. - Bienestar familiar. - La persecución o abandono de las autoridades encargadas de responder a las vulnerabilidades sociales. - Enfermedades crónicas. - Muerte de familiares.

Fuente: Figueroa (2024) Terapia Cognitiva para la Ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

En los anexos se comparten las historias clínicas de las y los participantes que incluye el plan terapéutico utilizado y las intervenciones de acuerdo con sus principales fuentes de preocupación. Cada participante presentó particularidades como: cansancio o apatía, baja escolaridad y, dificultades visuales, que dificultaron la lectura de los formularios y los ejercicios asignados para realizar en el albergue.

V. Conclusiones y recomendaciones

La ansiedad, es uno de los síntomas más estudiados en la historia de la psicología, en esta investigación se ha planteado que los factores psicosociales inciden en el desarrollo de la ansiedad estado clínica, ya sea por los sucesos vitales y los estresores; *macrosociales* y *microsociales*. Según ha sido observado en sus historias clínicas, las personas de la muestra le atraviesan en su conjunto ambas circunstancias. Siendo la ausencia de una red de apoyo, la situación socioeconómica, la vivencia de la discriminación, la falta de respuestas concretas por parte del estado, la vulnerabilidad hacia sus derechos humanos los determinantes en esta población, para desencadenar niveles de ansiedad estado significativos.

La ansiedad estado, se ve influenciada por: “Las posibles relaciones o influencia de factores situacionales presentes durante la evaluación” (Lino, 2023). En esta investigación esos factores correspondieron a la edad, los retos del desarrollo psicosocial que cada persona identificó, el acceso a seguridad social, su situación económica, el cuidado de familiares, el miedo a la muerte de un familiar, el sentido de autorrealización, la identidad o pertenencia a un lugar y, la situación de vivienda.

Al evaluar los niveles de ansiedad con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se dificultó a las y los participantes identificar sus sensaciones físicas o adecuar su vivencia al listado de síntomas que ahí se presentan, ya que en ocasiones están consumidos en la rumiación de sus preocupaciones.

El análisis de las principales preocupaciones como fuente de ansiedad de las y los participantes están relacionadas en primer lugar, con el bienestar familiar, la protección de los hijos, hijas y nietos, el acceso a la jubilación, la situación de vivienda, la muerte de seres queridos y el legado o herencia a familiares. Antes del tratamiento estas preocupaciones sostuvieron niveles elevados de los estados ansiosos que disminuyeron a estados ansiosos medios en su mayoría, exceptuando cuando la principal fuente de preocupación fue la muerte de un ser querido. Se evidencia que la jubilación está entre las principales preocupaciones de los adultos de la muestra, pues se evidencia a través de sus relatos que la ausencia de un Sistema de Invalidez, Vejez y Muerte que responda al bienestar integral, es un factor psicosocial precipitante que genera un estado de ansiedad elevado.

Las personas de esta investigación identificaron su potencial de autorrealización a través del legado. Aunque no hayan tenido familia nuclear, pueden identificar personas significativas a su alrededor, con las cuales trascender, compartiendo cariño. Las carencias materiales y emocionales relatadas en las historias clínicas de la muestra desvelan que en algunos casos como La Participante C pueden establecer un patrón aprendido de desesperanza dado la institucionalización (vivir en un albergue) prolongada, por lo que la sensación de autorrealización es más difícil de alcanzar.

Panamá se une a las cinco ciudades en Latinoamérica que han sido gentrificadas, y los adultos de la muestra experimentan los mismos efectos hallados en el estudio de Janoschka, Gentrificación, desplazamiento, desposesión: procesos urbanos claves en América Latina (2016) en donde halló que la gentrificación es un tipo de violencia simbólica que “junto con los cambios materiales, políticos y sociales inducidos provoca sentimientos de pérdida de

lugar, alienación, resentimientos, y sensaciones de injusticia” sumando las manifestaciones de impotencia y desesperanza que se halló en esta investigación.

Identificamos que las y los participantes han atravesado tres tipos de desplazamientos dentro del proceso de gentrificación hasta quedar en situación de personas sin hogar; desplazamiento directo forzoso, indirecto y excluyente. Que juntos pueden entenderse como violencia simbólica y psicológica. No obstante, algunos participantes mencionan que las personas en Panamá no asocian estos desplazamientos con la violencia o el malestar psicológico, sino como una consecuencia a su situación económica, que no le permite el acceso a una vivienda digna. Por lo tanto, se hace constar que la gentrificación se añade como un factor psicosocial que tiene efectos en la salud mental de las personas que participaron de la investigación, ya que aumenta su vulnerabilidad e incertidumbre ante su situación de vivienda, este factor puede llegar a ser determinante en caso tal la persona no cuente con una red de apoyo o familiares que puedan acogerlo.

A pesar de los esfuerzos por las instituciones gubernamentales y el sector privado de San Felipe en promover un modelo de “gentrificación inclusiva” (Hollmann, 2016), las personas de la muestra siguen experimentando sentimientos de rechazo en las dinámicas comunitarias y actividades recreativas, pues en su mayoría están enfocadas en la atracción de turistas. Por lo que optan por mantener sus prácticas habituales de convivencia como: jugando bingo, escuchando música en la acera o salir a pasear al parque o a las Bóvedas.

Otro aspecto hallado en las sesiones de terapia está relacionado con la “quema de viviendas”, la cual ha sucedido durante los últimos años. La comunidad, percibe estos

accidentes como una “una estrategia para sacar a los pobres de San Felipe”. Aunado a la experiencia de desalojo, han llegado a experimentar miedo, y desconfianza hacia; la alternativa de vivienda en el Edificio 18 de Diciembre, hacia la respuesta del MIVIOT y hacia sus líderes comunitarios. De igual manera experimentan sentimientos de abandono y discriminación por las instituciones que deberían ofrecer planes para el bienestar de personas en la adultez media.

Respecto al proceso de elección y asignación de las familias para el proyecto habitacional 18 de Diciembre del MIVIOT, se pone en manifiesto que las personas con trabajos informales, o emprendedores no son consideradas para la asignación de un apartamento, siendo la condición de pobreza un factor psicosocial precipitante a estados elevados de ansiedad.

La mención de la categoría “personas sin hogar”, es una de las problemáticas psicosociales incluidas en el apartado “Problemas de vivienda y económicos” que requieren la intervención clínica según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (American Psychiatric Association, 2022. p.409). En los estudios del “sinhogarismo” en Panamá, coincidimos con Escudero-Núñez, Carrera Hernández, y Amaya (2024), al identificar las dos principales causas; “la falta de trabajo o carencia de dinero y la ruptura familiar” (p.40). Es de valor preguntarse si con las siguientes transformaciones urbanas y el incremento de los indicadores de pobreza multidimensional, la gentrificación iniciará a ser una problemática tomada en consideración desde las ciencias de la salud.

Se hace evidente la necesidad de una intervención clínica ante el panorama que viven las personas en el albergue Nicolás Pacheco, así lo demuestran los resultados del Índice de Confiabilidad de Cambios (RCI), en donde luego de un año de realizado el pretest aún se mantiene la disminución clínicamente significativa de la intensidad en la ansiedad estado. La intervención preventiva es urgente para aquellas personas que en situación de “sinhogarismo” no cuentan con una red de apoyo: familia, amistades, compañeros y compañeras de trabajo, que puedan ser los primeros contendores antes de desembocar en aumentos significativos de ansiedad estado, dadas las complejidades de los factores psicosociales que les impone el contexto o por las diferentes problemáticas que puedan estar atravesando.

La teoría de la ansiedad estado – rasgo de Spielberger (1966) tiene relación con el desarrollo de la Teoría Cognitiva para la Ansiedad (Clark y Beck, 2012), ambas toman en cuenta el sentido de autoeficacia percibida como fuente para prevenir niveles elevados de ansiedad. A pesar de que las personas puntúen con niveles bajos de ansiedad rasgo. Es decir que el rasgo de ansiedad está relacionado con las valoraciones cognitivas que realizan las personas acerca de los estímulos internos o externos, por lo que tienen primacía en el desarrollo de ansiedad estado elevada.

El centro de la Terapia Cognitiva es hacer que los y las pacientes ejerzan un rol activo para alcanzar su bienestar, por ello los formularios pueden ser muy útiles para la adquisición de estrategias y, por otro lado, para guiar al clínico principiante. Aunque para algunos participantes de la muestra, los formularios pueden causar ansiedad si son dejados como tarea, pues en ocasiones pueden ser muy técnicos y necesitarán una explicación adicional que incluya ejemplos. En una sesión el participante B comentó, “me sentí ignorante ante la hoja

de análisis”. Por lo que se recomienda que para el trabajo con población similar a la muestra se adecúen los formularios o que sean llenados dentro de las sesiones de terapia. A pesar de ello, se considera a la Terapia Cognitiva para la ansiedad como tratamiento ideal pues proporcionó estrategias de afrontamiento que permitieron a cada participante tomar consciencia y confianza en su eficacia personal.

La terapia Cognitiva para la ansiedad ayuda a identificar errores de pensamiento que son generalizados y pueden marcar la pauta para tener alternativas de afrontamiento. El error de pensamiento de tendencia fue “Catastrofizar” y se refiere a focalizar el peor resultado posible de la situación ansiosa (p. 293).

Al analizar el número de sesiones vs la disminución clínicamente significativa de los estados de ansiedad puntuado por los y las participantes, es posible decir que no se observa relación. Sin embargo, el motivo de consulta o la intensidad de la ansiedad ante las preocupaciones delimitará la cantidad de sesiones que pueda una persona necesitar, ya que con el ejemplo de la Participante D, persona de mayor escolaridad de la muestra, quién recibió 11 sesiones no manifestó una disminución de ansiedad estado clínicamente significativa, se podría decir que sus temas centrales (preocupaciones) la muerte de un familiar, y el diagnóstico de una enfermedad crónica o degenerativa no podrían ser motivo de consulta de una terapia de 13 sesiones.

El cumplimiento de los objetivos y la planificación de las sesiones de terapia fueron un reto, pues a la investigadora le hubiese ayudado tener agudeza clínica o más experiencia para avanzar. La falta de una estructura rígida permitió que las primeras sesiones fueron enfocadas

contemplando las necesidades de las y los participantes que requirieron: contención, validación, exploración y clarificación.

Con el paso de las sesiones se observó en algunos participantes, que al abordar sus preocupaciones iban adoptando medidas de salud integral necesarias para su fase de desarrollo, como en el cuidado personal, aseo y controles médicos, y en el cuidado colectivo, impulsando mejoras estructurales en el albergue Nicolás Pacheco como; la inspección por los Bomberos para evitar incendios y un sistema de abastecimiento de agua a los niveles superiores con una bomba eléctrica.

A pesar de que una de las limitaciones de esta investigación es el tamaño muestral, pues solo se contó con la participación de cuatro personas, los resultados de la prueba con signos de Wilcoxon permitieron aceptar la hipótesis alterna. Respecto a los aspectos metodológicos, pasar por alto la muestra poblacional con mayor cantidad de participantes según la edad influyó en la disminución de participación en la investigación y en el análisis de datos. Por lo que, al incorporar mediciones según el avance del tratamiento para observar el impacto de este, también se vio afectado ya que de 4 participantes se redujo el análisis de datos a la mitad. Durante la medición posttest se observaron disminuciones clínicamente significativas en el nivel de ansiedad estado, incluso después de un año de aplicada la Terapia Cognitiva para la Ansiedad.

Recomendaciones

Para la Asamblea Nacional y los tomadores de decisiones, es crucial considerar los hallazgos de esta investigación sobre la efectividad de la Terapia Cognitiva para la ansiedad en personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco, y las múltiples variables de salud que están incorporadas recomendamos:

- a. **Implementación de Programas de Terapia Cognitiva:** Dado que la Terapia Cognitiva ha demostrado ser efectiva para reducir significativamente los niveles de ansiedad en personas sin hogar, se recomienda implementar programas similares en otros albergues y comunidades afectadas por la gentrificación. Esto puede ayudar a mejorar la salud mental y la calidad de vida de estas personas.
- b. **Capacitación de Profesionales de la Salud Mental:** Es fundamental capacitar a más profesionales de la salud mental en técnicas de Terapia Cognitiva para que puedan ofrecer este tipo de tratamiento a una mayor cantidad de personas. La formación continua y el apoyo a estos profesionales garantizarán la efectividad de las intervenciones.
- c. **Políticas de vivienda de interés social:** La gentrificación y el desplazamiento tienen un impacto significativo en la salud mental de las personas, se recomienda desarrollar políticas que ofrezcan opciones de vivienda de interés social. Esta medida proporcionará un entorno más estable y familiar, facilitará la integración comunitaria y la mejora de la calidad de lo cual puede reducir significativamente los niveles de ansiedad y otros problemas de salud mental asociados con la falta de un hogar.

- d. **Investigación Continua y Evaluación:** Es importante continuar investigando y evaluando la efectividad de diferentes intervenciones para la ansiedad y otros problemas de salud mental en poblaciones vulnerables. Esto permitirá ajustar y mejorar las estrategias de intervención basadas en evidencia.
- e. **Sensibilización y Educación:** Se debe promover la sensibilización y educación sobre los efectos psicosociales de la gentrificación y el desplazamiento. Esto incluye campañas de concienciación para la población general y la formación de tomadores de decisiones sobre la importancia de abordar estos problemas desde una perspectiva integral.

Estas recomendaciones pueden contribuir a la creación de políticas y programas más efectivos respecto a la vivienda social que aborden las necesidades de salud mental de las personas afectadas por la gentrificación y el desplazamiento, mejorando así su bienestar y calidad de vida.

Se considera importante resaltar el limitado acceso a los servicios de salud mental con los que cuenta la población en situación de “sinhogarismo” o empobrecida. Por lo que se recomienda incentivar desde la formación profesional del o la psicóloga clínica el accionar dentro de la comunidad realizando; promoción, prevención, intervención, docencia e investigación.

En las investigaciones clínicas se recomienda analizar la salud mental, incorporando el juicio clínico como complemento esencial de los instrumentos de medición y el análisis de factores psicosociales como; el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, la red de apoyo, adicciones, otros. Esto puede ayudar a abordar las causas subyacentes de la ansiedad y otros

problemas de salud mental que puedan atravesar las muestras poblacionales. Así como incorporar a los diseños estadísticos medidas de significancia clínica, que puedan evaluar los cambios individuales durante las intervenciones y mediciones de las investigaciones.

Se recomienda que las investigaciones realizadas desde la Universidad de Panamá en la Maestría de Psicología Clínica incentiven y apoyen la colaboración interinstitucional entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para abordar de manera integral los problemas de salud mental en personas sin hogar. La colaboración puede incluir la provisión de recursos, capacitación y apoyo continuo, para servir de fuente al cumplimiento de la actual Ley 364 del 6 de febrero del 2023 de Salud Mental.

Dadas las transformaciones urbanas en el Casco de San Felipe, Santa Ana y El Chorrillo, se incentiva a abordar el proceso de gentrificación con un enfoque clínico, concientizar acerca de los tipos de violencias que ocurren dentro del proceso de gentrificación desde la condenación de casas o caseríos hasta las situaciones de vivienda que puedan emerger. Ya que con el paso de los años en estas zonas se ha forzado el desplazamiento de las comunidades hacia albergues o las periferias, exacerbando problemáticas que requieren de atención integral en salud y en políticas públicas.

A modo de robustecer los trabajos de grado en el nivel de maestría, se recomienda la incorporación de pares o equipos de estudiantes para realizar las investigaciones. Así como la elaboración de artículos indexados durante la formación clínica que correspondan a la aplicación de las diversas psicoterapias, procurando beneficiar la salud mental de las y los participantes y favorecer al expertise del clínico.

Referencias

- Acuña, F. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa*. Recuperado el 2022, de Sistemas de Bibliotecas de la Universidad de Panamá: <http://up-rid.up.ac.pa/1317/1/francia%20acu%C3%B1a.pdf>
- Adames, M. D. (2017). *"No Place Like Home:" Revitalization in the Neighborhood of San Felipe de Neri in the Historic District of Panama City, Panama*. Obtenido de Virginia TECH: <https://vtechworks.lib.vt.edu/handle/10919/74426>
- Adames, M. D. (2019). Patrimonio, territorio y memoria: análisis desde el Distrito Histórico de Panamá. *Revista Patryter*, 37-48.
- Alexandri, G., González, S., & Hodkinson, S. (2019). Geografías del desplazamiento en el urbanismo de América Latina. *INVI*, 9-25.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.
- Anicama, G. J., Pizarro, A. R., Pineda, L. C., Vallenas, P. F., Aguirre, M. M., & Villanueva, B. L. (2021). Evidencias psicométricas del inventario ansiedad estado-rasgo: IDARE en universitarios de Lima en tiempos de COVID-19. *Psychol. av. discipl. [online]*, pp.49-62. doi:<https://doi.org/10.21500/19002386.5911>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (Vol. V).
- Ávila, M. J., & Medellín, D. C. (2022). Intervenciones basadas en evidencia para ansiedad, depresión y estrés postraumático en la Pandemia COVID19: Una revisión sistémica. *Universidad El Bosque*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12495/8450>.

- Beck, A. (7 de Diciembre de 2011). A Conversation with Aaron T. Beck. (J. S. Beck, Entrevistador)
- Beck, J. (2007). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beltrán, C., Hernández, J., López, B., & Piratoba, C. (2015). Análisis del proceso de gentrificación generado por el Proyecto Ministerios en los habitantes pertenecientes al Comité en Defensa del Centro de la ciudad de Bogotá desde una perspectiva individual, económica y colectiva. Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://polux.unipiloto.edu.co:8080/00002663.pdf>
- Berger, S. K. (2008). *Psicología Del desarrollo Adultez y Vejez*. Madrid: Medica Panamericana.
- Bernal, M. B., Becerra, A. L., Lugo, I. V., & Ixtla, M. B. (2022). Intervención cognitivo-conductuales informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo. *Psicología y Salud*, 257,268.
- Berraondo, J. (1996). *El Estoicismo, la limitación interna del sistema*. Barcelona: Editorial Montesinos. Obtenido de https://books.google.com.pa/books?hl=es&lr=&id=S5LODwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=historia+del+estoicismo+&ots=4lsns_mY_n&sig=A_s2JwhAcWR8NnGoWojUIkEy5Qk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Bethancourt, F., & Santos, E. (2022). Efecto de un curso de Terapia Cognitivo - Conductual en los niveles de ansiedad social en Universitarios. *REDEPSIC*, 27-49.
- Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud. Desarrollos actuales*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Bunge, M., & Ardila, R. (1988). *Filosofía de la Psicología*. Barcelona: Ariel, S.A.

- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2007). *Psicología Clínica*. Madrid: Pearson Educación, S.A .
- Caridad, D. R. (2004). Personas sin hogar y salud mental. *Educación Social*, núm 27., 55-79.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Coderch, d. S., & Plaza, E. A. (2016). *Emoción y Relaciones Humanas. El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social*. Madrid: Ágora Relacional.
- Coronado, V. S. (2022). *Estudio del caso M. Tratamiento Cognitivo Conductual en ansiedad generalizada y comorbilidad con otros trastornos de ansiedad*. Madrid: Universidad Europea.
- Cortina, A. (2020). *Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia*. Ciudad de México: Paidós.
- Crocq, M.-A. (17 de septiembre de 2015). *A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. Dialogues in clinical neuroscience*. Obtenido de Dialogues in Clinical Neuroscience: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
- David, L. (23 de July de 2014). *Erikson's Stages of Development*. Obtenido de Learning Theories: <https://learning-theories.com/eriksons-stages-of-development.html>
- Di Masso, A., Berroeta, H., Pradillo, C., & Aleu, L. (2021). Gentrificación y desposesión de lugar: dinámicas subjetivas del desplazamiento simbólico y la micro segregación. *Anuario de Psicología The UB Journal of Psychology*, 97-106. Obtenido de <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/33268/37752>
- Díaz Parra, I. (4 de 2 de 2013). *Biblio 3W*. Obtenido de Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1030.htm>

- Díaz, K. I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad, Revisión y Delimitación Conceptual. *Dialnet*, 42-50.
- Dunkel, C. S., & Harbke, C. A. (2017). A Review of Measures of Erikson's Stages of Psychosocial Development: Evidence for a General Factor. *Journal of Adult Development*, 58-76. doi: <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9247-4>
- Ellis, A. (2006). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A .
- Ellis, A., & Grieger, R. M. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva Volumen 2*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Escudero-Nuñez, C., Carrera Hernández, A., & Amaya, E. (2024). Surgimiento del “sinhogarismo” como condición de desigualdad y exclusión social en la Ciudad de Panamá. *Investigación y Pensamiento Crítico*, 26–43.
- Fernández Sequera, J. (2013). *Las Políticas de Gentrificación en la Ciudad Neoliberal, Nuevas clases medias, producción cultural y gestión del espacio público. En el caso de Lavapiés en el Centro Histórico de Madrid*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid: <https://docta.ucm.es/entities/publication/9d044f93-64fd-42fc-89c0-f1995abad0d9/full>
- Freud, S. (1929). *El malestar en la Cultura* (2019 ed.). Obtenido de www.amazon.com
- Gabalda, I. C. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y Técnicas Principales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- García Herrera, L. M. (2001). Elitización: propuesta en español para el término gentrificación. *Biblio 3W Universidad de Barcelona*, 332-335.
- González, M., Martín, M. G., & Lorenzo, A. (2007). *Extractos del capítulo: Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión*. Recuperado el 2023, de ResearchGate:

- https://www.researchgate.net/publication/277011296_Extractos_del_capitulo_Instrumentos_de_evaluacion_psicologica_para_el_estudio_de_la_ansiedad_y_la_depresion
- Greenberg, L., & Paivio, S. (2010). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Madrid: Paidós.
- Groppa, J. (2022). Flexibilidad psicológica, ansiedad y COVID19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*.
- Grudemi, E. (marzo de 2021). *Estoicismo*. Obtenido de Enciclopedia de la Historia: <https://enciclopediadehistoria.com/estoicismo/>
- Guerrero, B. E. (29 de 7 de 2014). *Salud, estrés y factores psicológicos*. Obtenido de Estrés y afrontamiento : <http://blog.pucp.edu.pe/blog/estres/2014/07/29/salud-estres-y-factores-psicologicos/>
- Hernández, P. M. (2019). *Apego y Psicopatología: La Ansiedad y su origen*. Bilbao: Desclee De Brouwer, S.A.
- Hollmann, C. (2016). The Case of Inclusive Gentrification in Casco Viejo: When Long-Term Investment and Community Interests Align. *Massachusetts Institute of Technology*. Obtenido de <https://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/103168/951681694-MIT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Janoschka, M. (2016). Gentrificación, desplazamiento, desposesión: procesos urbanos claves en América Latina. *Revista INVI*, 27-71. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582016000300002>
- Janoschka, M., & Sequera, J. (2014). Procesos de gentrificación y desplazamiento en America Latina - una perspectiva comparativista. *Desafíos metropolitanos. Un diálogo entre Europa y América Latina*, 82-104. Obtenido de http://contested-cities.net/wp-content/uploads/2014/07/2014CC_Janoschka_Sequera_Desplazamiento_AL.pdf

- Janoschka, M., Sequera, J., & Salinas, L. (2014). Gentrification in Spain and Latin America - a Critical Dialogue. *International Journal of Urban and Regional Research*, 1234-65.
- Jarne, E. A., & Talarn, C. A. (2015). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Herder.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University.
- Lazarus, R., Valdés, M., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lim, S., Chan, P. Y., Walters, S., Culp, G., Huynh, M., & Gould, L. H. (2017). Impact of residential displacement on healthcare access and mental health among original residents of gentrifying neighborhoods in New York City. *PLOS ONE*, 12. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190139>
- Linares Huertas, O. (2019). *Filosofía como terapia: la actitud vital estoica frente al malestar existencial*. Obtenido de Universidad de Granada: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/54521>
- Lino, G. A. (2023). *Relación de actividad física, salud mental y redes sociales con memoria en adultos mayores durante la pandemia*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Repositorio Institucional de Acceso Abierto (RIAA): <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/3955/LIGANN00T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Logroño, P. J., & Mejías, M. (2022-10-30). Terapia alternativa para el cuidado de enfermería en adultos mayores. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(8), 24-36. doi:10.51798/sijis.v3i8.558
- Mainieri, R. (2000). *La Técnica de la Bioinformación en el Tratamiento del Estrés* . Obtenido de Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Panamá (SIBIUP): http://up-rid.up.ac.pa/3878/1/roberto_mainieri.pdf
- Maldonado, G. C. (enero de 2023). *Ideas Irracionales y su relación con Ansiedad Estado-Rasgo*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Marlon-Mayorga-Lascano/publication/367350920_IDEAS_IRRACIONALES_Y_SU_RELACION_CON_ANSIEDAD_ESTADO-RASGO_EN_ESTUDIANTES_DE_ALTO_RENDIMIENTO/links/63cee61ee922c50e99bb29ea/IDEAS-IRRACIONALES-Y-SU-RELACION-CON-ANSIEDAD-ES
- Mañas, M. I. (2012). Nuevas Terapias Psicológicas: La Tercera Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Tercera Generación. *Gaceta de Psicología*, 26-34.
- Martín-Baró, I. (2015). Ética Profesional: Ética y Psicología . *Aesthetika*, 55-86.
- Martínez, F. P. (2007). *La Importancia del Conocimiento. Filosofía y Ciencias Cognitivas*. La Coruña: Netbiblo.
- May, R. (1978). Understanding and coping with anxiety. *Psychology Today*.
- May, R. (s.f.). The Human Dilemma. (J. Mishlove, Entrevistador)
- Méndez, M. T., Trujillo, A. C., & Dutilh, E. (2017). Salud mental y personas sin hogar. A propósito de un caso clínico. *INTERPSIQUIS*.
- Miguel Tobal, J. J. (2015). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas motoras de ansiedad : elaboración de un instrumento de medida (I.S.R.A.)*. Obtenido de

Universidad Complutense de Madrid:

<https://docta.ucm.es/entities/publication/e635dc26-5a9b-4235-a1bf-c5df4a425106/full>

Mundial, B. (2022). *Índice de Gini*. Obtenido de Banco Mundial - Datos:

https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2019&locations=PA-MX-ZJ&most_recent_value_desc=false&start=1979&type=points&view=map

Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a Escala Humana: Opciones para el futuro*. Madrid: Biblioteca CF+S.

Obst, J. A. (2008). *Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos Aires: www.catrec.org.

Orlandini, A. (1999). *El estrés qué es y cómo evitarlo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Papalia, D. E., & Martorell, G. A. (2017). *Desarrollo Humano* (Decimotercera ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill, S.A.

Parra Álvarez, C. (2000). La Filosofía y el sabio estoico: Examen de la Virtud. *Horizontes Educativos*, 27-35.

Passot, Y. (2022). Miedo a la muerte y ansiedad en el contexto COVID19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*.

Pinedo, I., Pacheco, L., & Yáñez, J. (2017). Las emociones y la moral: claves de interpretación desde una aproximación cognitiva. *Fundación Universitaria Los Libertadores*, 82-104.

Pinel, J. (2000). *Biopsicología*. España: Pearson.

Rey, N., & Tapia, L. F. (2022). Patrimonio mundial, desarrollo del transporte, autoridades aliadas al sector privado y otros factores en la gentrificación latinoamericana: el caso de Ciudad de Panamá y Guadalajara. *Cuadernos Nacionales*. Obtenido de https://revistas.up.ac.pa/index.php/cuadernos_nacionales/article/view/3037/2708

- Rincón-Avellaneda, M. P. (2018). Fragmentos de ciudad. Entre el abandono y la gentrificación. *Revista Bitácora Urbano Territorial*, 7-8.
doi:<https://doi.org/10.15446/bitacora.v28n2.71865>
- Rivera, B. C. (2020). Tres grietas fracturan la ciudad: El daño social producido por los procesos de gentrificación. *Revista Crítica Penal y Poder*, 267-281.
- Rojas, E. (2011). *La Ansiedad, cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones*. España: Grupo Planeta .
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la Ansiedad La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Barcelona: Planeta.
- Ruiz Flores, M. (2022). Los efectos de la precariedad en la ciudad neoliberal: el trastorno mental en La trabajadora (2014) de Elvira Navarro. *Amoxcalli, Revista de Teoría y Crítica de la Literatura Hispanoamericana*, 44-64.
- Ruíz, F. M., Díaz, G. M., & Villalobos, C. A. (2012). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Russel, J. (2019). *Terapia Cognitivo-Conductual para tratar trastornos de Ansiedad y Depresión*. Gerald Christian David Confienza Huamaní. Obtenido de https://www.amazon.com/Terapia-Cognitivo-Conductual-Trastornos-Ansiedad-Depresi%C3%B3n/dp/1951725123#detailBullets_feature_div
- Sáinz, B. F. (2016). *Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Salazar, I. C., Caballo, V., Arias, V., Curtiss, J., Rossitto, A. M., Gómez Araujo, R., . . . Hofmann, S. G. (2022). Aplicación internacional del programa "Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social" (IMAS): II. Eficacia del tratamiento para problemas relacionados con la ansiedad social. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19-49.

- Samaniego, D. (2018). *Terapia de grupo orientada cognitiva-conductualmente, sobre la ansiedad-estado de docentes de la Región de Panamá Oeste*. Obtenido de Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Panamá: http://up-rid.up.ac.pa/1355/1/damaris_samaniego.pdf
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal : el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Segura, M. E. (2022). Propuesta de programa cognitivo conductual en la dimensión ansiedad estado rasgo a docentes del Centro de Educación Básica Especial. Ferreñafe. *Universidad Nacional Pedro Luis Gallo*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12893/10234>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos diferenciar*. Obtenido de Revista Malestar E Subjetividades: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Solano, R. T., & Polo, E. M. (2022). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora de las relaciones interpersonales en el trastorno límite de personalidad. *Revista Electrónica Entrevista Académica (REEA)*, 75-90. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8603185>
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., & Díaz Guerrero, R. (2002). *IDARE: inventario de ansiedad: rasgo-estado: manual e instructivo*. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C., & Díaz Guerrero, R. (2019). *Manual Moderno*. Obtenido de <https://store.manualmoderno.com/inventario-de-ansiedad-rasgo-estado-28-100.html>
- Spielberger, C., Buena-Casal, G., & Agudelo, D. (2008). *IDER: inventario de depresión estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Sucre, R. (2010). *Atlas Social de Panamá Viviendas Condenadas*. Panamá: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Tan, Y. S., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore Med J*, 170-171.
- Tejada, M. (2017). *Intervención Psicoterapéutica Cognitiva Conductual Grupal para disminuir la ansiedad relacionada a la adicción*. Obtenido de Sistemas de Bibliotecas de la Universidad de Panamá: http://up-rid.up.ac.pa/1357/1/matias_tejada.pdf
- Trucker, R. C. (1972). *The Marx - Engels Reader*. New York: Norton.
- UNESCO. (1997). *Distrito Histórico de Panamá, con el Salón Bolívar*. UNESCO.
- Valencia, J. F., & Marín, M. S. (2021). Víctimas del desarrollo: construcción de una categoría social emergente del desarrollo capitalista. *Revista Kavilando*.
- Vallejo, R. J., & Gastó, F. C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson, S.A.
- Walker, P. (2018). *Complex PTSD: From Surviving to Thriving: A guide and map for covering form childhood trauma*. Azure Coyote Publishing.
- Warren, C. H. (2009). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Zahra, D. (2014). *RCI plots in Excel*. Obtenido de <http://daniel-zahra.webs.com/publications.htm>
- Zahra, D., & Hedge, C. (2010). *The Reliable Change Index: Why isn't it more popular in academic psychology?* Obtenido de ResearchGate: <https://www.researchgate.net/publication/236657289>

Anexos

Anexo 1. “La trinchera” el despojo y la lucha

La Trinchera, inicia dados los riesgos a la violación de los derechos humanos de tener “una vivienda digna” por el proceso de revitalización en San Felipe. Ya que el 27 de agosto de 1997 se emitió la Ley 9, en donde se establecieron incentivos fiscales para que dueños de edificios y terrenos; restauraran, protegieran y le dieran “valor al Casco Antiguo”. El impacto de esta Ley recae en la desprotección hacia las y los moradores, pues con ello dieron paso a los desalojos.

Las y los moradores desalojados según la Ley podrían denunciarlo ante el Ministerio de Vivienda, sin embargo, la respuesta tendría que darse máximo en un mes. De lo contrario quedarían en categoría de desahucio o “personas sin hogar”. Por el nivel de desprotección identificado, se reúnen planteando la problemática un 18 de diciembre de 1998 y deciden organizarse a través de una asociación, creando la Directiva Provisional por derecho propio, para la inscripción de la personería jurídica de la Asociación de Moradores de San Felipe (A.M.SAN.FEL) el 22 de enero de 1999, que fue registrada con el número 61 el 18 de mayo de 2016. El objetivo de la asociación es “coadyuvar con las autoridades y con la iniciativa privada; la concepción y desarrollo de planes o programas de turismo, vivienda o cualesquiera otros que se dirijan o se desarrollen en todo o parte del Corregimiento de San Felipe”.

Esta panorama se dificulta cuando La UNESCO el 6 de diciembre de 1997 en la documentación de nominación del *World Heritage Committee* (WHC) decidió aceptar la inscripción del Distrito Histórico de Panamá, con el Salón Bolívar como Patrimonio de la Humanidad, ya que Panamá fue el primer asentamiento europeo en la costa del Pacífico de las

Américas fundada en 1519 por el conquistador Pedro Arias Dávila” . Esta decisión tuvo el objetivo de “proteger la herencia cultural de sitios históricos alrededor del mundo” en la base de criterio cultural (ii) (iv) (vi). El Distrito Histórico fue desarrollado después de 1671 y es considerado como Patrimonio Mundial de la Humanidad por “conservar intacto su patrón de calle, junto con un número substancial de edificios residenciales antiguos” De igual manera El Salón Bolívar es de “importancia histórica sobresaliente, como el lugar de encuentro del visionario intento de Simón Bolívar en 1826 de crear un congreso Panamericano, más de un siglo antes de que dichas instituciones se conviertan en realidad”. Los criterios de inscripción según la UNESCO (1997) son:

- (ii) Aportar un testimonio único, o al menos excepcional, sobre una tradición cultural o una civilización viva o desaparecida.
- (iv) Constituir un ejemplo eminentemente representativo de un tipo de construcción de conjunto arquitectónico, tecnológico, de pasaje que ilustre uno o varios periodos significativos de la historia humana.
- (vi) Estar directo o materialmente asociado con acontecimientos o tradiciones vivas, con ideas, creencias u obras artísticas y literarias que tengan un significado universal excepcional. (“Criterios de Selección | Patrimonio Mundial”)

En la revisión de la inscripción del “Distrito Histórico de Panamá, con el Salón Bolívar” los delegados de la UNESCO se percatan del desalojo y disminución de habitantes en San Felipe. Por lo que la Asociación de Moradores denuncia el 1 de enero del 2002 ante la embajadora Myriam Bermúdez Martinelli, delegada permanente de Panamá ante la UNESCO que pueda esclarecer: “Cuáles son los planes de restauración de los edificios amenazados previstos y así disipar malentendidos hipotéticos sobre los objetivos del patrimonio cultural y natural a escala local como nacional”. Como resultado

deciden reinscribe el Patrimonio en mención para sustentar la designación, pero esta vez incluyen los sitios de amortiguamiento ubicados en Santa Ana y Chorrillo, como parte del de “Distrito Histórico” para que haya habitantes en él.

No obstante, estas transformaciones como menciona Tejeira Davis (2001, citado en Adames 2019) han dado como resultado, por una parte, la salvaguarda del patrimonio material; pero por otra, la desaparición del patrimonio inmaterial, poniendo en peligro el tejido social del barrio y la pérdida de la memoria colectiva”. Reconfigurando sus territorios y homogenizando a sus habitantes, en esto se observa la interrelación entre los “procesos como revitalización, gentrificación y globalización”.

Desde la inscripción del Distrito de Panamá y el Salón Bolívar ante la UNESCO se ha especulado con los precios de los inmuebles “así como lotes y edificios que tenían valores por debajo de los \$40,000, fueron vendidos a tres y cuatro veces su precio original”, en algunas propiedades el precio “aumentó de \$400/m², a un precio de venta de \$2,000.00 el m² en un condominio” (Tejeira Davis, 2001, citado en Adames, 2019).

La revitalización y gentrificación de San Felipe, ha marcado una historia de desplazamiento y lucha por la reapropiación de un territorio, que es el hogar de generaciones de familias que han sido colocadas en situación de vulnerabilidad. Así lo confirma Esther Sánchez, moradora y presidenta de la Asociación de Moradores de San Felipe, quien nos da un recorrido a través de momentos de injusticia y victorias, ganadas con ímpetu y desde la colectividad.

Con la Ley 4 del 15 de enero del 2002 “Que Modifica El Decreto Ley 9 De 1997, Sobre Un Régimen Especial De Incentivos Para El Casco Antiguo De La Ciudad De Panamá”, en donde se designa la custodia, conservación y administración del Patrimonio Histórico de la Nación, beneficiando a los inversionistas y ofreciéndoles a los moradores indemnizaciones

para mudarse a otros complejos habitacionales afuera del perímetro de San Felipe. Las indemnizaciones paliativas por habitar más de 40 años en el inmueble eran de \$5,000, aplicándoseles en algunos casos la deducción de la mora respectiva, por consiguiente, se entiende que estas medidas no son cónsonas con los derechos humanos y las necesidades de la población.

Siendo así el contexto, en el 2002 inician las denuncias antes mencionadas con apoyo de la UNESCO y las manifestaciones organizadas por la Asociación de Moradores de San Felipe con el objetivo de “ tener viviendas de interés social como parte del patrimonio inmaterial... no queremos irnos sin haber luchado por un lugar en donde tenemos arraigo y es parte de nuestra identidad” menciona la Sra. Ester.

El 4 de septiembre del 2014, se manifestaron exigiendo viviendas de interés social en San Felipe, apersonándose Mario Etchelecu ex ministro del Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT) intentando dar respuesta a los moradores. Sin embargo, al no lograrlo ofrece el 22 de octubre del 2015, un aumento de indemnización y da un plazo de 5 días para que doce familias desalojen sus hogares en la Casa 1-28 y Casa 1- 26 en Calle 2da San Felipe, con lo cual estas familias quedaron sin lugar a donde ir.

Con este nivel de incertidumbre y con el apoyo de Fernando Díaz Jaramillo, director de la OCA (Oficina del Casco Antiguo) el 28 de octubre del 2015, solicitan la apertura de la Escuela Nicolás Pacheco, remodelada durante el mandato de la presidenta Mireya Moscoso. De esta forma es “tomada” por las y los moradores desplazados. Dos días después el 30 de octubre del 2015, se declara a la Escuela Nicolás Pacheco como albergue del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Con lo que se aceleró el proceso de adecuación de los espacios para ser habitables. En esa gestión intercediendo el Ministerio de Vivienda (MIVI), con la fumigación, limpieza de palomas y ratas, mientras la Asociación de Moradores de San Felipe

cooperó con cuadrillas de trabajo durante la jornada nocturna, combinados esfuerzos para permitir que la obra se culminara en diciembre de ese año.

La Manzana 52, está ubicada frente a la Escuela Nicolás Pacheco, y es custodiada por los moradores para que se cumpla la asignación de construir viviendas de interés social y evitar su venta al sector privado. En septiembre del 2017, se le notifica a la Sra. Esther que el Banco Hipotecario, está rematando los terrenos, de la Manzana 52, 10-10 y 10-11, lugar en donde se ha designado para la construcción de viviendas de interés social. Ante ello, la Asociación de moradores de San Felipe decide acampar para así el 30 de octubre del 2017 tomársela y continuar con la lucha en *La Trinchera*.

Han pasado los años, y las denuncias siguen a través de diferentes medios de comunicación para visibilizar la situación de gentrificación en San Felipe. Durante este tiempo, distintos delegados ministeriales han salido en los medios de comunicación nacional, prometiendo que en los próximos años tendrían las personas desplazadas viviendas de interés social. No obstante, hasta hoy, con siete años, no se les ha dado una solución confiable a las 28 familias que siguen resistiendo para intentar asegurar el patrimonio inmaterial, los terrenos de interés social, la identidad generacional y el cumplimiento de los Derechos Humanos dentro de San Felipe.

Anexo 2. Fotografías del Albergue Nicolás Pacheco y la “Trinchera”



Fuente: Figueroa (2019) Albergue Nicolás Pacheco y Manzana 52 frente a Plaza Herrera



Fuente: Figueroa (2019, 2024) Manzana 52 frente a Plaza Herrera



Fuente: Figueroa (2019) La Trinchera Manzana 52, San Felipe



Fuente: Figueroa (2019, 2024) La Trinchera vs Foto de la actualidad desmantelamiento de la Trinchera

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN TRABAJO DE GRADO MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Título del protocolo: Terapia Cognitiva Para La Ansiedad En Personas Sin Hogar Albergadas En La Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Panamá.

Autora: María Icenith Figueroa Gutiérrez

Asesor: Dr. Ricardo López y Dra. Francisca Domínguez

Sede donde se realizará el estudio: Escuela Nicolás Pacheco, San Felipe, Ciudad de Panamá, Panamá.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación psicológica en la cual se le hará una entrevista clínica y se evaluará el nivel de ansiedad que presenta, en caso tenga ansiedad clínicamente significativa recibirá 13 sesiones de terapia cognitiva para la ansiedad. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar la aplicación de la Terapia Cognitivo para la ansiedad en las personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En el primer encuentro se realizará la entrevista clínica y se evaluarán la ansiedad y los síntomas de depresión a través de pruebas psicológicas. A partir de la primera sesión se

hará entrega de los resultados y psicoeducación de la terapia, durante las primeras sesiones se entablará la alianza terapéutica y se esclarecerán cualquier duda o comentario que tengan las personas participantes de la investigación. Las siguientes 6 sesiones se centrarán en las intervenciones cognitivas y tendrán una sesión de repaso y las próximas 5 en las intervenciones conductuales y una sesión de cierre.

En total serán 13 sesiones, que podrían ser una vez a la semana durante 15 semanas, o dos veces por semana durante 8 semanas. Cada sesión durará aproximadamente 50 minutos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Personas adultas de 44 a 65 años.
- b. Haber atravesado un proceso de gentrificación.
- c. Residir en el albergue de la Escuela Nicolás Pacheco.
- d. Tener alguno de los siguientes síntomas:
 - Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe.
 - Aumento del ritmo cardíaco.
 - Respiración acelerada (hiperventilación).
 - Temblores.
 - Sensación de debilidad o cansancio.
 - Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual.
 - Tener problemas para conciliar el sueño.
 - Padecer problemas gastrointestinales (GI).
 - Tener dificultades para controlar las preocupaciones.
 - Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan nervios o ansiedad.
- e. Al momento de la evaluación presentar síntomas de ansiedad clínicamente significativa medidos en la entrevista y en las pruebas psicológicas.
- f. Aceptar participar en el programa y firmar el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Que hayan participado en algún tratamiento psicológico durante su condición de personas sin hogar.
- b. Estar previamente diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico.
- c. Tener discapacidad intelectual.
- d. Consumir drogas o alcohol.
- e. No aceptar el consentimiento informado.

BENEFICIOS

- a. Contribuir al conocimiento sobre la aplicación de la terapia cognitiva para la ansiedad en personas albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.
- b. Visibilizar los síntomas y estado de salud mental que puedan tener las personas albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.
- c. Recibir gratuitamente 14 sesiones de terapia cognitiva de la ansiedad.
- d. Recibir estrategias de regulación cognitiva y emocional del modelo cognitivo de la ansiedad.

RIESGOS

- a. Este estudio no supone ningún riesgo para usted.

VOLUNTARIEDAD

- a. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- b. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- c. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

CONFIDENCIALIDAD

- a. Su participación es de carácter confidencial, lo que quiere decir que la información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por la investigadora y su asesora investigación.

ACLARACIONES

- a. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- b. No recibirá pago por su participación.
- c. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- d. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio yo, _____ (coloque iniciales, no escriba su nombre) he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los duelos, mudanzas, problemas familiares, problemas de vivienda y datos sobre mi salud mental obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con académicos. Convengo en participar en este estudio de investigación que está bajo la responsabilidad de María Icenith Figueroa (ic-----@gmail.com, celular -----).

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Esta parte debe ser completada por la investigadora (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma

Fecha

Anexo 4. Sesiones terapéuticas

Estructura de las sesiones terapéuticas tomado de Terapia Cognitiva de la Ansiedad Intervenciones Cognitivas y Conductuales (Clark y Beck, 2012, pp. 388-389).

Entrevista clínica y Evaluación Diagnóstica: Se levantó, estado mental, la anamnesis y la historia de desalojo por el proceso de gentrificación, se aplicó la prueba de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger y se descartó un trastorno depresivo con la prueba de Depresión Estado Rasgo de Spielberger.

Sesión 1: Entrega de resultados y psicoeducación: se explicarán los resultados obtenidos y los conceptos de ansiedad y miedo, según Clark y Beck (2012) “miedo adaptativo; bases cognitivas de la ansiedad, consecuencias negativas de la ansiedad; función de la evitación y de la búsqueda de seguridad, establecer objetivos del tratamiento y explicar la TC (apagar, desactivar el programa de ansiedad)”.

- Llenado del formulario de Automonitoreo de la preocupación (p. 297).

Sesión 2: Formulación cognitiva parte 1, identificar primeros pensamientos aprensivos en donde es necesario:

- Rellenar el Formulario del Análisis Situacional del cliente; detectar el pensamiento ansioso automático e inmediato (p. 287).
- Subrayar la probabilidad y gravedad exageradas de las valoraciones de amenaza en los primeros pensamientos ansiosos.
- Asignar el Formulario de Automonitoreo de Pensamientos Aprensivos (p. 290).

Sesión 3: Formulación cognitiva parte 2:

- Identificar los errores de pensamientos, proporcionar al cliente una copia de “Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad y revisar los pensamientos ansiosos recientes para detectar posibles errores; rellenar “Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso” (pp. 293- 294)

- Descatastrofizar: Examinar con el cliente el peor resultado posible; proceder con la preparación, descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito.

Sesión 4: Repaso de las intervenciones cognitivas desarrolladas de la sesión 1 a la 3.

Sesión 5: Formulación cognitiva parte 2:

- Recogida de evidencias, cumplimentar el Formulario para la Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias al iniciar la sesión; recurrir al episodio de ansiedad que ha sufrido el cliente la semana anterior o al descrito en el Formulario de Análisis Situacional. Asignar el Formulario de Comprobación de Valoraciones Ansiosas como tarea para casa (p. 384)

Sesión 6:

- Análisis de costes beneficios: Al comienzo cumplimentar en la sesión el Formulario de Costes-Beneficios; enumerar las ventajas/desventajas de la “perspectiva de amenaza” en primer lugar y, a continuación, repetir para la “perspectiva alternativa” (p. 385).

Sesión 7 Formulación cognitiva técnicas alternativas;

- Explicar e implementar la técnica de entrenamiento atencional, contrarresta la atención centrada en uno mismo, la rumiación y la preocupación; se entrena la atención para tres sonidos neutrales que se produzcan en el despacho, después para tres sonidos de fuera del despacho y tres sonidos distantes; se usa la escala de valoración TEA después de cada uno de ellos; el terapeuta señala verbalmente los sonidos para practicar la atención alternativa; tarea para casa 10-15 minutos de práctica TEA dos veces por día.
- Reprocesamiento imaginaria y escritura expresiva, lograr que el cliente genere un guion o imágenaría sobre el recuerdo traumático o imágenes futuras perturbadoras; desarrollar una versión alternativa, más adaptativa y exponer repetidas veces; instruir al cliente para elaborar una descripción escrita y detallada de pensamientos y sentimientos asociados con el recuerdo o imágenes pasadas perturbadoras en forma de escritura expresiva.

- Consciencia plena y aceptación, recurrir a ejercicios de automonitoreo y concienciación para entrenar al cliente en la aceptación observacional, no enjuiciadora de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales ansiosos a fin de reducir la evitación experiencial de la ansiedad.

Sesión 8: Resumen de la sesión 1 a la 7

Sesión 9:

- Generar explicaciones alternativas, comenzar elaborando pensamientos alternativos para episodios ansiosos recientes rellenar el Formulario de Interpretaciones Alternativas, elaborar las pruebas favorables al peor resultado, a continuación, al resultado deseado y por último al resultado más realista. (p.386)

Sesión 10: Intervenciones Conductuales Exposición Gradual Imaginaria:

- La exposición imaginaria comienza por desarrollar un guion de miedo, la demostración durante la sesión y después 30 minutos diarios como tarea para casa. Debería considerarse la posibilidad del entrenamiento auditivo en los casos en que se aprecia evitación cognitiva. Jerarquía de Exposición (p. 447).
- La exposición a las sensaciones corporales conlleva la demostración detallada durante la sesión previa a ser asignada como tarea para casa.
- Rellenar el Formulario de Comprobación de Hipótesis empíricas (p. 387).

Sesión 11: Intervenciones conductuales Prevención de Respuesta:

- Identificar las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales maladaptativas u otras formas de neutralización en el Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (p. 295) y Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (p. 298)
- Ofrecer una explicación del tratamiento de la prevención de respuesta, en la cual el cliente estará expuesto a situaciones de ansiedad ante los estímulos temidos durante las sesiones.

- Instruir al cliente sobre las “estrategias de bloqueo” (p. ej., afirmaciones auto instructivas de afrontamiento, respuestas competitivas, intención paradójica, motivación).
- Desarrollar estrategias alternativas de afrontamiento para la ansiedad (tarjetas de afrontamiento).
- Desafiar las cogniciones problemáticas.
- Registrar y evaluar el éxito de la intervención haciendo uso del Registro de Prevención de Respuesta (p.449).

Sesión 12: Sesión de repaso de las intervenciones desde la sesión 9 a la sesión 11.

Sesión 13 Cierre: Resumen de las intervenciones, enumerar beneficios, situaciones en las que seguir el trabajo en casa y programar sesiones de seguimiento.

Historia clínica A

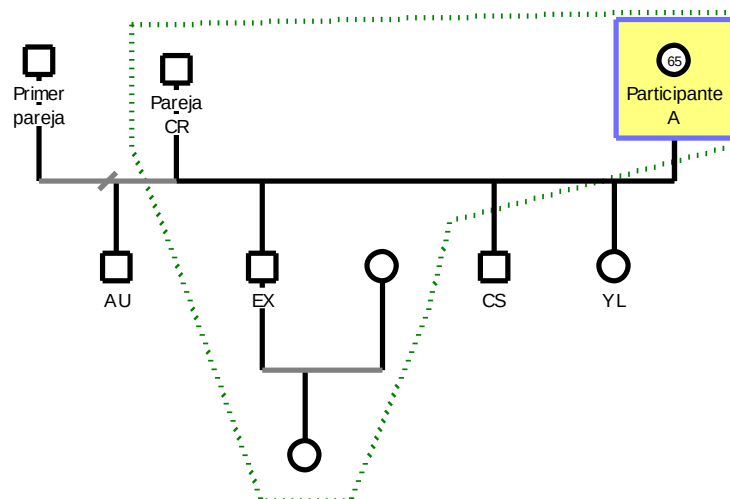
Datos Generales

Nombre	Participante A
Fecha de nacimiento	16 de julio 1957
Edad	65 años
Lugar de nacimiento	San Pedro del Espino, Santiago de Veraguas
Sexo	F
Estado Civil	Casada
Nivel Educativo	Secundario, 2do año
Ocupación	Niñera
Residencia	Albergue Nicolás Pacheco
Lugar de evaluación	La Trinchera, Manzana 52 San Felipe
Referido por	Asociación de Moradores de San Felipe
Fecha inicio de atención	26 de septiembre de 2022
Fecha de cierre de atención	28 de noviembre de 2022
Fecha de seguimiento	28 de julio de 2023

Motivo de consulta

“Participar en la investigación y para hablar con alguien”

Genograma



Pruebas aplicadas

- Entrevista sobre el desalojo y su situación de personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.
- Inventario de Ansiedad escala – rasgo de Spielberger y Guerrero IDARE, pre – postratamiento y de seguimiento a mediano plazo.
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI) previo al tratamiento para identificar síntomas.
- Entrevista para seguimiento a mediano plazo.

Situación actual

La Participante A, refiere no tener amigas o con quién hablar. Comenta que “a veces la gente piensa que no se tienen problemas por reír, pero no se le puede contar a todo el mundo lo que se vive”.

Examen mental

- **Aspecto general:** Descuidado, relacionado con su cotidianidad.
- **Ideas de tristeza:** Con llanto fácil.
- **Afectividad:** Ansiedad, tristeza y alegría.
- **Contenido del pensamiento:**
 - Delirio, referencial y persecutorio “nos hacen brujería”.
 - Obsesiones, ideas intrusivas de que “algo malo va a pasar” “a entornos naturales” “espacios cerrados ascensores, transporte colectivo”.
 - No manifiesta ideas autolíticas.

Síntomas En la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) reporta:

Levemente:

- Hormigueo o entumecimiento.
- Sensación de calor.
- Incapacidad para relajarse (síntoma cognitivo).
- Miedo que suceda lo peor.
- Palpitaciones o taquicardia.

Moderadamente

- Sensación de inestabilidad.
- Miedo a morir.

Gravemente

- Dificultad para respirar.

Antecedentes

Participante A, comenta que su familia es del interior del corregimiento de San Pedro del Espino, en Santiago, provincia de Veraguas, de familia pobre, todos se dedicaban a trabajar el monte. Comenta que heredó los nervios de su madre, de su padre “hizo cosas malas”, refiriéndose a que “indujo” a su madre al alcoholismo “vendían todo lo que tenían para consumir chirrisco”, murieron de “cáncer de colon”. Desde sus doce años se mudó a la capital a vivir con su tía y seguir estudiando, en ese entonces vivían en Barraza. Un año después de mudarse a la capital su prima queda embarazada por lo que asume el cuidado de ella y posteriormente de su hijo. Al cumplir dieciséis años se independiza, consigue un empleo en casa de familia con “una paisana de Santiago”, quien le pide que “cuide de su bebé”. Con su pago podía enviarle dinero a su mamá, desde ese entonces ha sido de profesión, niñera.

A sus veinte años se casó con su primer esposo con el cual tuvo un hijo varón Au, vivieron juntos en Parque Lefevre, separándose después de dos años.

Actualmente vive con su segundo esposo Cr, junto a él se mudaron hace 43 años a Calle 5ta en San Felipe y es el padre de sus dos hijos Fx, Cs y una hija Yl.

Los años han transcurrido en San Felipe hasta que sus hijos se casaron, uno de ellos tuvo un accidente grave por lo que la Participante A asumió su cuidado y el de su nieta.

Después de la pandemia, Participante A describe que “sentía que no podía respirar en lugares cerrados, el cuerpo me agarra calor, es la herencia de mi madre los nervios, uno siente que se puede volver loca”, le recomendaron tomar pasiflora para tranquilizar los nervios. En su familia la dinámica cambió, su hijo Cs quedó sin trabajo y tuvo junto a su nueva pareja e hija que regresar a vivir con Participante A y su esposo en el cuarto que tienen en el albergue Nicolás Solano. Al momento siguen viviendo juntos, y es un tema de preocupación sobre su situación en el albergue.

Información acerca del desalojo

Participante A, después de tener 43 años viviendo en San Felipe, pagando un arriendo de \$90.00 y el servicio de luz, recuerda que antes del desalojo estuvo “preocupada”, pensaba “y si algo pasa”, ya había visto cómo en el barrio cada vez quedan menos escuelas abiertas para la población y los vecinos poco a poco se iban, lo que afecta su profesión de niñera. Llegó el día que se enteraron del desalojo “los dueños vendieron el edificio con todos dentro, es el edificio de la esquina de La Presidencia, nos dieron tres meses para irnos”. Cuando la participante A, decidió mudarse al albergue pensó “todas mis cosas cabrían, pero es un cuarto pequeño, era un momento de desesperación solo pensaba en los niños y quién los iba a cuidar si yo no podía”. En el proceso de desalojo menciona haber sentido “desesperación, el

pensar donde me metía, también pensaba en los niños y eso me preocupaba, además yo sufro del azúcar, estuve muy mal con los nervios, temblores de piernas y angustia”. Además, “hace unos años que el doctor me envió agua del Carmen o pasiflora para tranquilizarme”.

Después del desalojo, hace siete años, un martes de carnaval junto con la Asociación de Moradores de San Felipe, “nos metimos en la escuela, y cuando terminaron de adecuarlo la Sra. Esther me llamó para mudarme”. Vivir en el albergue “ha sido difícil, no tengo amigas, trato de no meterme en problemas, pero siempre están ahí”. En un futuro, espera poder aplicar a “los apartamentos de una recámara en el Edificio 18 de Diciembre, hasta el momento yo estoy metida ahí” refiriéndose a la lista de familias sin hogar que han sido desalojadas en San Felipe. Aunque, “mi hija le pide que me mude con ella”, la participante A aún se siente “con el ánimo de cuidar niños”, en ocasiones piensa aceptar la propuesta de su hija solo que “le preocupa” lo que pasará con su hijo y su familia que actualmente viven con ella en el albergue.

Impresión diagnóstica

- 300.29 (F.40-228) Fobia específica a entornos naturales
- 300.22 (F40.00) Agorafobia
- V60.0 (Z59.0) Problemas de vivienda y económicos problemas de vivienda.
Personas sin hogar
- V62.4 (Z60.4) Exclusión o rechazo social (en observación)
- V62.89 (Z65.8) Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales

Plan terapéutico

El plan terapéutico fue pensando para 13 sesiones con sus instrumentos en cada una (ver anexos 6), sin embargo, con la Participante A solo se realizaron 10 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas de ansiedad estado.

Sesiones	Procedimiento	Instrumentos
Previo al inicio del tratamiento	Explicación de la investigación y firma del consentimiento informado.	Consentimiento informado
Entrevista clínica y Evaluación Diagnostica	Se levantó, estado mental, la anamnesis y la historia de desalojo por el proceso de gentrificación, se aplicó la prueba de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger (IDARE), se listaron los síntomas con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y se descartó un trastorno depresivo con la prueba de Depresión Estado Rasgo de Spielberger (IDER).	Historia Clínica Cuestionario sobre desalojo Inventario de Ansiedad estado – rasgo IDARE Inventario de depresión estado -rasgo IDER.
Sesión 1 Entrega de resultados y psicoeducación	Se explicaron los resultados obtenidos y los conceptos de ansiedad y miedo, según Clark y Beck (2012) “miedo adaptativo; bases cognitivas de la ansiedad, consecuencias negativas de la ansiedad; función de la evitación y de la búsqueda de seguridad, establecer objetivos del tratamiento y explicar la TC (apagar, desactivar el programa de ansiedad)”.	Figura 6.1 Diagrama del modelo cognitivo de la ansiedad para su uso con clientes (Clark y Beck, 2012, p.326).
Sesión 2 Formulación cognitiva	Identificar las principales fuentes de preocupación - Local de depósito para su hijo.	Llenado del formulario A de automonitoreo de la

parte 1	- Pago del alquiler de su hijo mayor. - Angustia de estar atrapada en un elevador, tren o lugares cerrados. - Local de depósito para su hijo “en donde lo meten si no hay local” intensidad de la ansiedad 40, contenido de la preocupación “siento las piernas aguadas, que me digan sácalo mañana”. - Pago del alquiler de su hijo mayor “que vayan a la casa y los saquen” intensidad de la ansiedad 50, contenido de la preocupación “que los desalojen por no pagar”. - Angustia de estar atrapada en un elevador, tren o lugares cerrados “voy a quedar en el hospital” intensidad de la ansiedad 100, contenido de la preocupación “no puedo respirar, me siento débil, me voy a desmayar, me voy a morir, no voy a ver a más nadie, siento mi cuerpo inquieto, que no me de nada”. En ninguna situación refirió el día, hora o duración de la preocupación.	preocupación (Clark y Beck, 2012, p.297).
-----------------------	--	--

Sesión 3 Formulación cognitiva parte 2	No se pudo avanzar con los objetivos planteados, ya que la participante llegó a sesión llorando por problemas familiares.	Se contuvo el malestar y validar estrategias de regulación.
Sesión 4 Formulación cognitiva parte 2	Identificar los primeros pensamientos aprensivos: - Ante la angustia experimentada en espacios reducidos como elevadores, bus o tren “quedarse atrapada, no poder salir, que las puertas no se abran” (se señaló la gravedad exagerada y se contrastó con el uso diario de miles de personas). - Antes la situación de subir a un bus o imaginar subir a un tren la intensidad es de 100, los síntomas primarios son el llanto sus pensamientos inmediatos son: “quítame esto que no me dé nada” y se siente ansiedad por la “agitación y el sudar frío”.	Formulario de Automonitoreo de Pensamientos Aprensivos (Clark y Beck, 2012, p.290) Formulario del Análisis Situacional del cliente; detectar el pensamiento ansioso automático e inmediato (Clark y Beck, 2012, p.287).
Sesión 5 Formulación cognitiva parte 2	Comprobación de valoraciones ansiosas: búsqueda de evidencias “situación de vivienda” - Se abordó sus valoraciones ansiosas respecto a la situación de vivienda “nos vamos a quedar sin apartamentos en la 18 de diciembre” la probabilidad que ocurra 100 % y la gravedad que atribuye al resultado cuando está ansiosa es de 0. Siendo	Comprobación de valoraciones ansiosas: búsqueda de evidencias (Clark y Beck, 2012, p.384)

	0 (nada grave) y el 100 (una catástrofe)	
Sesión 6	La Participante A, se presentó después de su hora de atención respecto - Exploramos “la angustia por quedarse atrapada en los elevadores”.	
Sesión 7 Formulación cognitiva 2 y 3	Identificar los errores de pensamientos, proporcionar al cliente una copia de “Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad y revisar los pensamientos ansiosos recientes para detectar posibles errores. - Se sugirió trabajar con su angustia a los elevadores. - Se detectaron errores de pensamientos como “Catastrofizar” “Saltar a conclusiones” y “Razonamiento emocional” Descatastrofizar: Examinar con el cliente el peor resultado posible; proceder con la preparación, descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito. Sus peores resultados	Errores y sesgos comunes en la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p.293). “Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso” (Clark y Beck, 2012, p.294).

	- Me voy a morir. - Se van a dañar los elevadores.	
Sesión 8 Formulación cognitiva 3	Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias Pensamiento o valoración ansiosa: “No poder salir del tren o nevera” Probabilidad de que ocurra 0 % (no ocurrirá) 100 % (seguro que ocurrirá) - 100 % Gravedad del resultado ansioso 0 (nada grave) 100 (una catástrofe) - 100 Pruebas favorables al pensamiento o valoración ansiosa - La cabeza piensa subirse a un bus nevera. - Me ha dado nervios pensar en subir a un bus nevera. - Un bus se quemó con gente dentro. - No hay buses nevera con martillo. - Su hermana no podía salir del tren. - El tren se queda sin luz y no poder salir. Pruebas que desconfirman el pensamiento o valoración ansioso: - Las puertas se abren en todas las paradas.	Formulario para la Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Clark y Beck, 2012, p. 384).

	- Hay salida de emergencia en los buses nevera. - No ha habido derrumbes en el tren. - En el tren no ha muerto nadie. - Hay medidas de seguridad en el tren.	
Sesión 9 Formulación cognitiva 3	Formulario de Costes-Beneficios Describa brevemente el pensamiento, creencia o valoración ansioso: “no poder salir del tren o nevera” Ventajas inmediatas y a largo plazo: - No subirme - Cuidarme de un lelelé (importante) - Prevenir daño Desventajas inmediatas y a largo plazo: - Demoro más en el bus. Describa brevemente una perspectiva alternativa: “Puede ser que me anime a subirme al tren”. Ventajas inmediatas y a largo plazo: - Llego rápido a todos lados. - Usar por emergencia. - Sentirse segura “los santos me escuchan”. Desventajas inmediatas y a largo plazo: - Los nervios de subirme.	Formulario de Costes-Beneficios (Clark y Beck, 2012, p. 385).

Sesión 10 Generar explicaciones alternativas	Generar explicaciones alternativas, comenzar elaborando pensamientos alternativos para episodios ansiosos recientes y elaborar las pruebas favorables al peor resultado. - Pruebas favorables, se ha realizado seguimiento con el MIVIOT. - El resultado deseado de la solución a vivienda está relacionado con el legado “tener a quién dejar”. - El resultado más realista es “si nos sacan del albergue yo por lo menos tengo a dónde ir”. La Participante A mencionó no poder reunirse las próximas semanas por lo que se cerraron las sesiones y se realizó la evaluación posterior al tratamiento.	Rellenar el Formulario de Interpretaciones Alternativas (Clark y Beck, 2012, p. 386).
---	---	--

Durante el proceso de intervención se pudo aplicar con la Participante A, las técnicas de reformulación cognitiva, sin embargo, las técnicas conductuales desde la exposición gradual y de prevención de respuesta no pudieron ser abordadas en el tiempo establecido. No obstante, La Participante A, tuvo una disminución de su estado de ansiedad clínicamente significativa después del tratamiento.

Dentro de los factores psicosociales presentes en su historia clínica se encontró, el desempleo, el acceso a un trabajo digno o una fuente de ingresos que dé posibilidad de pagar un arriendo, y sus principales preocupaciones no estaban estrechamente relacionadas a su situación de vivienda, a pesar de encontrarse albergada sino a temas

familiares y del bienestar de sus hijos. No obstante, la preocupación de vivienda apareció transcurridas las sesiones de tratamiento.

Según el modelo cognitivo de la ansiedad la Participante A identificó la respuesta inmediata al miedo, relacionada con el aumento de la activación del sistema autónomo, estando hipervigilante a su respiración, palpitaciones y “peligro de muerte” lo que prolongaba su estado de ansiedad.

Entrevista y medición de seguimiento

Luego de casi 8 meses sin tratamiento, el 28 de julio 2023 se ha realizado la entrevista de seguimiento que constó de las siguientes preguntas:

- a. ¿Cómo le ha ido desde que nos vimos la última vez en noviembre del 2022?

La Participante A, comentó acerca de su dinámica de pareja con lo que concluyó “lo único que he tenido es la situación de mi marido, quiero que sea el mismo de antes, le he pedido que cambie”.

- b. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

“Nada de la vaina de los apartamentos, los trabajadores del MIVIOT vinieron el lunes, pero no dijeron nada. Yo, apliqué y ya me entrevistaron. Lo único es mi marido que tiene su taller y si nos mudamos dónde va a trabajar, ya que le sale más caro alquilar otro lugar”.

- c. ¿Cuáles consideran que son sus principales preocupaciones actualmente?

Observamos el Formulario de Auto Monitoreo de la preocupación, en donde sus principales fuentes de preocupación el 10 de octubre del 2022 fueron en orden de prioridad “el local de trabajo para su hijo EX ya que guardaba los materiales en la cocina del albergue, el pago del alquiler de su CS, la angustia”. A lo que comenta: “las he superado, mis hijos resolvieron sus problemas y con la angustia ya me subí al tren eran como las 7:00 p.m. fue hace como 22 días con mi marido y la niña. Al principio me sentí angustiada no veía hacia afuera y abrazaba fuerte a mi marido, pero de ahí no pasó”. También “ya me entrevistaron y a ver qué sale con los apartamentos”.

- d. Podría por favor, describir cómo sus preocupaciones le han hecho sentir. Se le solicita que describa sus síntomas, por cada uno preguntarle la intensidad de 0 a 100, siendo 0 (sin ansiedad alguna totalmente relajado) 50 (nivel moderado de la ansiedad) 100 (nivel extremo, parece mortal).

Respecto a sus preocupaciones actuales, se le han solicitado pueda mencionar que síntomas tiene, la Participante A comenta: “Nervios, no puedo dejar de pensar en mi marido y ansiedad por la mujer que pueda estar con mi marido” creo que están en un 50.

- e. ¿Qué piensa de sus preocupaciones? Por ejemplo, antes pensaba que todo podría tener un resultado fatal, que sucedería inmediatamente y que no había otras alternativas de solución (explorar los errores del pensamiento ansioso).

Aunque la Participante A mantiene algunos errores de pensamiento pueden identificar por medio de la estrategia de costes beneficios, que sus pensamientos no son del todo ciertos.

“El problema es por la desconfianza, se ha pensado que se repiten los mismos pensamientos, pero luego me doy cuenta de que no es así por los costes, y todo lo que puede perder”.

- f. Por favor, podría describir la última vez que sus preocupaciones y sus síntomas fueron muy intensos. ¿Qué hizo para intentar calmarse? (explorar estrategias de prevención de respuesta ansiosa conductuales y cognitivas).

“Nada, pienso que el tren es más rápido, aunque solo me haya montado una vez, también me pongo a oír la radio, me distraigo, salgo voy a caminar, ya me acostumbré a ir en los buses y ya casi ni uso agua del Carmen”.

- g. Ahora, ¿cuáles considera que han sido sus mejores estrategias para afrontar esas preocupaciones y síntomas?

- Estar segura de lo que sea hace (prevención de respuesta).
- Tener evidencia (desafiando cogniciones).

En la medición de seguimiento 8 meses después de terminada la intervención terapéutica, se observó en la Participante A un aumento de la ansiedad estado clínicamente significativo en la comparación del posttest, pero en las comparaciones entre las mediciones pretest y seguimiento se mantiene la disminución clínicamente significativa.

Tabla 20. Resumen de mediciones pretest, posttest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios, Participante A.

0.867	= The test-retest reliability of The scale used (or suitable substitute); range from 0.00 to 0.9999999
5.099	= The Standard deviation of the pre-treatment (Time 1) experimental group

Resultados de las mediciones

Participante	sexo	edad	Pretest	Posttest	Seguimiento	T1-T2	T1-T3	T2-T3
			T1	T2	mediano plazo T3			
Participante A	F	65	58.00	37.00	47.00	-7.985	-4.183	3.803

Historia clínica B

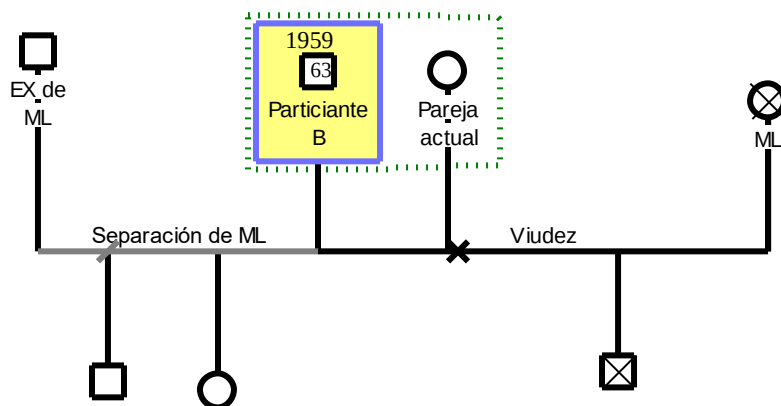
Datos Generales

Nombre	Participante B
Fecha de nacimiento	27 de abril 1959
Edad	63 años
Lugar de nacimiento	Chiriquí
Sexo	Masculino
Estado Civil	Unido
Nivel Educativo	5to año Bachiller en Ciencias y Letras
Ocupación	Pensionado
Residencia	Albergue Nicolás Pacheco
Lugar de Evaluación	La Trinchera, Manzana 52 San Felipe
Referido por	Asociación de Moradores de San Felipe
Fecha de inicio de atención	26 de septiembre 2022
Fecha de cierre de atención	28 de noviembre de 2022
Fecha de seguimiento	21 de julio 2023

Motivo de consulta (breve explicación dada por el paciente)

“Ayudarle en su investigación”

Genograma



Pruebas aplicadas

- Entrevista sobre el desalojo y su situación de personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.

- Inventario de Ansiedad escala – rasgo de Spielberger y Guerrero IDARE, pre – postratamiento y de seguimiento a mediano plazo.
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI) previo al tratamiento para identificar síntomas.
- Entrevista para seguimiento a mediano plazo.

Situación actual

El Participante B, refiere problemas para dormir y sentirse en un “estado total de indefensión”.

Examen mental

- **Ideas de tristeza:** Sin llanto o pensamientos autolíticos.
- **Afectividad:** Ansiedad, irritabilidad.
- **Concentración:** Disminuida.
- **Contenido del pensamiento:**
 - Delirios, persecutorio “no quieren que busque oro”, grandeza.
 - **Obsesiones:** Acerca de las ideas de desalojo.

Síntomas, en la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) reporta:

Levemente

- Hormigueo o entumecimiento.
- Debilidad en las piernas.
- Incapacidad para relajarse (síntoma cognitivo).
- Sensación de inestabilidad.
- Temblor de manos.
- Sudoración (no por causa del calor).

Antecedentes

Nació en Ciudad de Panamá en el Hospital Santo Tomás y se crio en San Félix, Las Lajas, Chiriquí en donde mis tíos. Se muda junto a su madre y sus hermanos al Terraplén e inicia sus estudios de primaria, desde párvulos hasta sexto grado, en el Hogar de la Infancia. Ahí es donde “nace la idea de ser sacerdote por la educación con las Betlemitas y por la solidaridad, por eso mi arraigo es en San Felipe”. En secundaria estudió en el Instituto Rubiano, para luego iniciar el bachiller en el Instituto Nacional, aunque su primera opción fue estudiar el magisterio. Sin embargo, trasladaron el magisterio a la Escuela Normal de Santiago de Veraguas.

A los 22 retoma su idea de ser sacerdote para ayudar a las personas que lo necesitan, no culminó la ordenación, ya que entendió que “para ser bueno no se necesita sacrificar y tenía más vocación de padre de familia que sacerdote”, por lo que sale del sacerdocio a los 24 años.

A sus 26 años, se une a su difunta pareja ML quien conoce en la orden “Rosa Cruz”, siendo ella aproximadamente 15 años mayor. A sus 28 años tiene un hijo con ML el cual falleció de neumonía. Con ML estuvo “hasta el final de su vida, pero en el transcurso mantuvo otras relaciones”, ML falleció por toda la presión del desalojo por una trombosis cardiovascular el 12 de enero de 1999. Al inicio refirió que su pareja muere “a raíz de los desalojos, por la presión de no pagar un alquiler y ser personas indeseables”, mencionando que desde 1997 iniciaron los desalojos en San Felipe, un año después de ser considerado Patrimonio Mundial de la Humanidad y por la ratificación de la ley de incentivos para los inversionistas interesados en la restauración de San Felipe.

El participante B, tiene familia en San Félix a la cual no ve en varios años y entre sus intereses está el emprender buscando oro o mejor dicho “ser geólogo de campo”.

Acerca del desalojo, la situación de persona sin hogar

El participante B, inicia el relato aclarando que “toda la vida he vivido en San Felipe” prosigue comentando que ese día llegó desde el trabajo alrededor de las 5:30 p.m., era un viernes del año 2012, llegó a su casa en la calle 2da 1-28 y “vi que las cosas, los chécheres, estaban en bolsas negras y no nos dejaron entrar al edificio, estuvimos viviendo en la calle unos días. Entre todos “cocinábamos en la playa con ollas comunales, nos bañábamos en una pluma, intentábamos que los pelaos estuvieran bien, son niños no se daban cuenta de lo que pasaba”. Hasta que nos acogieron en la planta baja de la 7-49 para nuevamente en 2015, recibir la noticia del nuevo desalojo, les dieron unas semanas para “firmar por \$500.00 e irse” aunque algunos moradores quisieron quedarse hasta el final para subir el pago por desalojo de \$500.00 a \$1,500.00.

Ser desalojado “me afectó mucho, han destruido elementos históricos y de gran valor” he sentido “una total indefensión, donde las leyes protegen totalmente a la especulación inmobiliaria y que todos subsidiamos con los impuestos esta situación, es como si me han arrancado la vida entera por mi familia, amigos, vecinos”, pero tiene firmemente la convicción de seguir “haciendo comunidad con la comunidad para la comunidad”.

Comenta, “no ingresé inmediatamente al albergue”, sino que estuvo en situación de calle por unos meses, al formar parte de la Asociación de Moradores de San Felipe

es invitado por la Sra. Esther a ingresar al albergue, actualmente lleva siete años de vivir allí. Estar en el albergue es “resistir, junto a mi compañera”.

Acerca de su situación a futuro, considera “tenemos derecho de vivir en paz y que se haga justicia”. Comenta que se encuentra “esperanzado a que hagan justicia y que cumplan la ley”, ya que son “derechos humanos, el trabajo y la vivienda, desde el punto de vista del legado estoy dispuesto a morir por la causa”.

Impresión diagnóstica

- 300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada.
- 301.22 (F21) Trastorno esquizotípico de la personalidad.
- V60.0 (Z59.0) Problemas de vivienda y económicos, problemas de vivienda, personas sin hogar.
- V62.4 (Z60.4) Exclusión o rechazo social.
- V62.89 (Z65.8) Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales.

Plan terapéutico

El plan terapéutico fue pensando para 13 sesiones con sus instrumentos de terapia cognitiva (ver anexos 6) para la disminución de los síntomas de ansiedad estado.

El Participante B, completó las 13 sesiones de terapia cognitiva para la ansiedad.

Sesiones	Procedimiento	Instrumentos
Previo al inicio del tratamiento	Explicación de la investigación y firma del consentimiento informado.	Consentimiento informado.
Entrevista clínica Evaluación Diagnóstica	Se levantó, estado mental, la anamnesis y la historia de desalojo por el proceso de gentrificación, se aplicó la prueba de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger (IDARE), se listaron los síntomas con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y	Historia Clínica Cuestionario sobre desalojo Inventario de Ansiedad estado – rasgo IDARE.

	hay facilidades, ni en la constitución, ni códigos es una posibilidad nula” 30 minutos. - Vivienda Social MIVIOT “que la comodidad desaparezca” intensidad de la ansiedad 100, contenido de la preocupación “porque las familias no tienen arraigo” 05 minutos. - Persecución “no hay perspectiva de solución” intensidad de la ansiedad 80, contenido de la preocupación “todo el tiempo siento angustia por no poder hacer nada” 1 hora. - Prohibir cualquier acción “indefensión total” intensidad de la ansiedad 100, contenido de la preocupación “quedarme sin apoyo por las autoridades” 15 minutos. El horario de sus preocupaciones fue en la madrugada de 2:00 a.m., 3:00 a.m. y 5:00 a.m.	
Sesión 2 Formulación cognitiva parte 1	Durante esta sesión aparecen pensamientos de aislamiento en la montaña. Las situaciones provocadoras de ansiedad: - Ver las noticias sobre la jubilación.	Formulario del Análisis Situacional detectar el pensamiento ansioso

	Le hace sentir “temor, incertidumbre y desesperanza”. Pensamientos ansiosos inmediatos “morirse de hambre sin derecho, estar cerca del cementerio, que me maten”. - Pensar en la persecución Lo hace sentir “angustia y desamparo”. Pensamientos ansiosos inmediatos “quedarse sin apoyo de las autoridades, quieren que todo el mundo se vaya del albergue”. Identificar situaciones provocadoras de ansiedad: Jubilación “morirse de hambre sin derecho, ir al cementerio, que me maten”. - Ante la jubilación, la intensidad es de la ansiedad es de 100 y sus síntomas primarios son “temor, incertidumbre y desesperanza” - El peor resultado sería “que sea promovida por las autoridades”. - Lo que falla en la situación “no buscan solución posible, que los canales de TV lo divulgan”. - Lo que podría cambiar para aliviar la ansiedad “buscar oro, exigir que devuelvan los décimos cobrados	automático e inmediato. (Clark y Beck, 2012, p. 287). Formulario de Automonitoreo de Pensamientos Aprensivos (Clark y Beck, 2012, p. 290). Se señaló la gravedad exagerada de las valoraciones de amenaza.
--	---	---

	durante los años 70s, vender verduras, hacer acarreo”. Respecto a su preocupación sobre la jubilación, se señaló la gravedad de sus valoraciones ansiosas, ya que aún no hay una respuesta definitiva y la población sigue exigiendo las mejoras de la ley de pensión por invalidez, vejez y muerte). Persecución “quedarse sin apoyo de las autoridades, quieren que todo el mundo se vaya de San Felipe”. - Ante la persecución, la intensidad de la ansiedad es de 100 y sus síntomas primarios son “angustia y desamparo”. - El peor resultado sería “que se queme todo como en la Boyacá”. - Lo que falla en la situación “hay un sálvense quien pueda, que reaccionen con indiferencia, las personas no son solidarias”. - Lo que podría cambiar para aliviar la ansiedad “tener propuestas políticas fundamentadas en un estado de bienestar, quitar el cable, escuchar música”.	
--	---	--

	Respecto a su preocupación de persecución, se señaló la gravedad de sus valoraciones ansiosas, ya que los moradores de San Felipe están organizados y los incendios pudieron haber sido accidentales.	
Sesión 3 Formulación cognitiva parte 2	El Participante B, identificó “tres propuestas positivas para tener un presente de oportunidad”. - “Todo es posible en mi vida hoy es el eterno presente”. - “Cada día es cada día, no hay que aferrarse es importante dejarse fluir”. - Estar en la “escuela” Albergue Nicolás Pacheco como oportunidad de estar en San Felipe. Se identificaron los errores de pensamiento para el Participante B más comunes: - Catastrofizar - Visión de túnel - Propensión a la aproximación Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso: - Catastrofizar, “nos van a desalojar sin previo aviso” – “podré salir de este hueco compartiendo mis sueños”.	Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 293). Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso (Clark y Beck, 2012, p. 294). Descatastrofizar: Examinar con el cliente el peor resultado posible; proceder con la preparación, descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito.

	- Visión de túnel, “abandono de las autoridades influencia de interés económicos son los que mandan” – “no sé qué voy a hacer, es un callejón sin salida”. - Propensión a la aproximación, “los desalojos se hacen un viernes o fines de semana, días festivos para no poder acudir a las oficinas del Juez de Paz” – “no puedo estar peor de lo que estaba en este tiempo”. Descatastrofizar, en cada error de pensamiento se imaginó el peor resultado posible y la fase de resolución de conflictos. “La mejor manera de enfrentar el miedo es enfrentarlo”.	
Sesión 4 Formulación cognitiva parte 2	Con el Participante B se pudo hacer el repaso de las sesiones anteriores. Se inició con el seguimiento para dar respuesta a sus errores de pensamiento sin embargo comentó: “Me siento paralizado”. Identificó una figura de inspiración ante situaciones críticas “El Che”. Identifica satisfacción en las cosas simples como “el olor a café”	Repaso de las intervenciones cognitivas desarrolladas de la sesión 1 a la 3.

	Para su sentimiento de “total indefensión” comenta “madurar de la indefensión para fluir y hacer las cosas diferentes como navegarla”. “Reconocer mi ansiedad para vivir la vida con sus errores, así como la abuela que obliga a comer para tener el postre”.	
Sesión 5 Formulación cognitiva parte 2	Se interesó por la lectura de los libros de Miguel Antonio Bernal. Ha pensado en hacer algo que cambie la situación “divulgar con un megáfono qué es ser un ciudadano panameño” Identificó su legado: “Dejar un país mejor, una posibilidad”. Pensamiento o valoración ansiosa: - Incertidumbre recibir jubilación o desaparecerla. Probabilidad de que ocurra 0 % (no ocurrirá) 100 % (seguro que ocurrirá) - 100 % Gravedad del resultado ansioso 0 (nada grave) 100 (una catástrofe) - 100 Pruebas que favorables al pensamiento o valoración ansiosa - No se respeten los derechos civiles. - No cumplen sus obligaciones. - Total, indefensión judicial.	Formulario para la Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Clark y Beck, 2012, p. 384).

	- No respetan los derechos humanos. - No vivimos en tiempos de paz. Pruebas que desconfirman el pensamiento ansioso: - Hay que desahuevarse, actuar, en vez de reaccionar. - Derechos humanos, es un derecho propio. - Divulgar los derechos humanos. - Mesa de diálogo. - Informe de la OIT. - Hacer revueltas. Probabilidad de que ocurra 50 % Gravedad del resultado ansioso 50	
Sesión 6:	El contenido que trajo a sesión fue sobre “la manipulación” atribuida a “los políticos guiados por avaricia y poder”, comentó, el albergue es “más fácil de manipular por el hambre y la miseria”. Describe el pensamiento, creencia o valoración ansiosa: - Incertidumbre de recibir la jubilación – pensión Ventajas inmediatas y a largo plazo, - Si existe o no la pensión no me va a impedir seguir (importante). - Buscar otros ingresos. - Tener buenas referencias.	Análisis de costes beneficios: Formulario de Costes-Beneficios (Clark y Beck, 2012, p. 385).

	- Iniciativa de proyectos. - El estado no quiebra. Desventajas inmediatas y a largo plazo, - No lograr tener lo trabajado. - Estrés de no saber la pensión es el destino del mañana. - Abandono total de la administración pública. Perspectiva alternativa Usar la ley del décimo y el código de trabajo. Ventajas inmediatas y a largo plazo, - Esperanza de cobrar. - Conservación cívica. - Antecedente para próximas generaciones. Desventajas inmediatas y a largo plazo. - No se encontraron	
Sesión 7: Formulación cognitiva técnicas alternativas	Ha seguido con lecturas de interés y reflexión política. “Como legado decir que sí es posible vivir organizadamente en San Felipe, vivir aquí es un privilegio”.	Técnica de entrenamiento atencional.

	Se observó el uso del sentido del humor para disminuir la ansiedad. “Me pregunto hasta cuándo vamos a estar en la escuela (albergue) pues hasta que nos graduemos”. Se realizó el entrenamiento atencional con sonidos del viento, los pájaros, ver las palomas en la plaza “los pollos voladores”. Reprocesamiento imaginario, imágenes futuras ante la situación de desalojo o quedarse sin jubilación: “Estar preparado para alguna situación de emergencia en donde tengan que abandonar el albergue estar listo como en la invasión, tengo lampara de keroseno, radio linterna, estufa”.	
Sesión 8: Explicaciones alternativas	Se plantea la muerte a su edad, “a los 63 años uno no desea morir al contrario desea hacer un proyecto a corto plazo”. Describe el resultado asociado a la ansiedad que más teme, el peor escenario posible “desaparezca la pensión”. Describe el resultado asociado a su ansiedad más deseable, el mejor escenario posible “que se mantenga la pensión lo más posible en el tiempo	Formulario de Interpretaciones Alternativas (Clark y Beck, 2012, p. 386) Tarea para casa rellenar el Formulario de Comprobación Hipótesis empíricas (Clark y Beck, 2012, p. 387).

	como alternativa de solución para sobrevivir”. Resultado asociado a su ansiedad más realista, el escenario probable “ser emprendedor tener otra fuente de ingreso”. Tipos de evidencias: Catastrófico - La corrupción - Mala gestión administrativa - Deuda externa - No aplicación de la ley - Impunidad Deseable - Divulgar información de lo que se puede hacer. - Equilibrio de pensiones - Todos tenemos derecho a la pensión - Todo es posible Alternativo - Todos tenemos derechos - Legado, todo es posible. Tal vez no para mi sino para las futuras generaciones. - Buscar oportunidades de acción.	
Sesión 9 Resumen de sesiones	Exposición gradual (escuchar la radio y las noticias acerca de la jubilación).	Revisión del Formulario de Comprobación de

Intervenciones Conductuales Exposición Gradual Imaginaria	Interpretación de la amenaza asociada a su ansiedad: “Desaparición de la Pensión, la no acción de las autoridades en resolver lo de C.S.S”. Interpretación alternativa propuesta en terapia “Que el albergue se mantenga lo más posible en el tiempo y tener otras alternativas de soluciones”. Hipótesis del ejercicio “Exponerse a la información de radio” Diario de exposición a las noticias de Radio La Exitosa “Trocha Abierta” programa de Miguel Antonio Bernal. El futuro de las pensiones es abierto, hablaron de Walter Risso “pensamiento flexible es buscar la media de un pensamiento rígido”. “Antes no sabía qué hacer, lo desconocido me daba ansias, cuando me calmé pude ver que se alinea a lo que vivimos aquí”. Una prueba de seguridad “es conocer algo sobre la ley, buscar experiencias pasadas en donde tuve un pensamiento flexible, hay que arriesgarse”.	Hipótesis empíricas (Clark y Beck, 2012, p. 387). Se dejó como tarea el formulario de Jerarquía de Exposición (Clark y Beck, 2012, p. 447).
---	---	---

Sesión 10 Intervenciones Conductuales Exposición Gradual Imaginaria	Comenta que es “mejor pensar en varias alternativas A-B-C-D-...” Revisamos el formulario de jerarquía identificó las situaciones, objetos, sensaciones físicas, pensamientos o imágenes relevantes para sus preocupaciones ansiosas y el nivel en que evita pensarlo: 1. Que se acabe la pensión – incertidumbre. 2. Quedarnos en la calle – no tener techo. 3. Se tomen el albergue – ser desplazados o que provoquen un incendio. 4. Desarticular el albergue – que los sicarios se tomen el albergue, no estar seguros del destino, siempre es incierto. Tarjetas de afrontamiento cognitivo: - Saber que lo inicial es tener compañía y compartir. - Estar presente aumenta al cambio y las posibilidades. - Ver en los niños el futuro y la esperanza que las cosas mejoren. - Los adultos sembramos para que ellos sigan. - “Dios no es castigador, el sol y la lluvia salen para todos”.	Jerarquía de Exposición (Clark y Beck, 2012, p. 447). Identificó pensamientos para afrontar situaciones ansiosas.
---	--	---

Sesión 11 Intervenciones conductuales exposición gradual	Se habló sobre la diferencia entre gentrificación y personas sin hogar, el término sin hogar es una “gentrificación inclusiva”. Sus guiones del miedo uno relacionado con el hecho real el desalojo y otro con el imaginado que podría pasar: Real – relató el proceso de desalojo Imaginario – en caso de que se tiren una bomba y los desalojen sin previo aviso. Que se dé un desalojo del albergue por conflictos internos o porque declaren el edificio como “no apto para ser habitado”.	Desarrollar un guion de miedo. Tarea, leer y recordar su guion de miedo.
Sesión 12 Intervenciones conductuales prevención de respuesta	Iniciamos la sesión, revisando la tarea sobre exponerse a su guion del miedo, a lo que menciona “recordé los antimosines, los había olvidado”. Repuestas conductuales ante la ansiedad: - Evito situaciones que me provocan ansiedad. - Busco confirmación. - Me distraigo con actividades. - Me emociono o lloro. - Tomo café. Respuestas cognitivas ante la ansiedad:	Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 295). Listado de Respuestas Cognitivas ante la

	- Trato de distraerme en alguna cosa. - Trato de sustituir el pensamiento ansioso con un pensamiento más positivo o reconfortante. - Me digo a mí mismo que simplemente “deje de pensar” de este modo. - Pienso en una frase y oración reconfortante. - Trato de eliminar los sentimientos para no parecer nervioso o molesto. Identificó algunas estrategias de bloqueo a las acciones o pensamientos: - Afirmaciones auto instructivas, “no soy el único que ha dejado de comer arroz” “puedo estar y estoy bien sin comer arroz”. - Intención paradójica, “en vez de buscar información dejar fluir”. Estrategias alternativas: - Humor como respuesta a la ansiedad. - Identificar las ganancias de la toma de la escuela. - Mantenerse solidarios. - Disfrutar de las pequeñas cosas, ver el parque, vivir la navidad.	Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 298). Estrategias de bloqueo Tarea para casa Registro de Prevención de Respuesta (Clark y Beck, 2012, p.449).
Sesión 13	Se revisó la estrategia de prevención de respuesta y estuvo orientado a no tomar	

Resumen y Cierre	café, no hacer limpieza y no cocinar arroz. En síntesis, no pensar en hacer alguna acción, intención paradójica. Se realizó el resumen de las sesiones y se realizó la evaluación posterior al tratamiento.	
-------------------------	---	--

El Participante B demostró interés genuino en las herramientas facilitadas por la Terapia Cognitiva, con él se pudo asignar tareas para la casa y se llevaron las sesiones casi como se planificaron. Hubo un atraso en las últimas sesiones, por lo que las “estrategias de bloqueo” no fueron reforzadas y es una falencia en la intervención terapéutica. No obstante, el Participante B, tuvo una disminución de su estado de ansiedad clínicamente significativo después del tratamiento. Se podría decir que el efecto de abordar sus preocupaciones que fueran validadas, identificando los errores de pensamiento, exponiéndose al miedo, y bloqueando algunas conductas maladaptativas que aumentaban la percepción de un estado ansioso pudieron generar resultados beneficiosos para el Participante B.

En la historia clínica del Participante B, se encontraron factores psicosociales relacionados con el cese del programa de vejez, invalidez y muerte, la falta de una red de apoyo, sentirse discriminado por su situación socioeconómica. Dando paso a sus principales preocupaciones como la jubilación, la persecución o abandono del apoyo de las autoridades. Aunque la preocupación por la evaluación socioeconómica para acceder a las viviendas de interés social en el Edificio 18 de Diciembre, está presente,

es percibida como una mejora a su situación de actual y como herencia a la siguiente generación del barrio de San Felipe.

Según el modelo cognitivo para la ansiedad el Participante B identificó el modo de activación de su ciclo de ansiedad en el procesamiento cognitivo por los errores de pensamientos que le paralizan y le quitan la posibilidad de generar estrategias de acción acorde a sus necesidades, por eso menciona el “desahuevarse, tener varias opciones A-B-C-D, arriesgarse”.

Entrevista y medición de seguimiento

Luego de casi 8 meses sin tratamiento, el 21 de julio de 2023 se ha realizado la entrevista de seguimiento que constó de las siguientes preguntas:

- a. ¿Cómo le ha ido desde que nos vimos la última vez en noviembre del 2022?

“He estado optimista porque se están presentando oportunidades, posibilidades de concretar y hacer realidad los proyectos que están en la Trinchera, antes se veía lejano”. Comentó que han sido visitados por un arquitecto quien tiene interés en realizar su trabajo de grado con patrocinio de la Alcaldía de Andalucía, España para realizar una propuesta conservación de la Manzana 52 y el albergue sería como una “Casa Museo Etnográfico”. El estudiante “ha facilitado esa esperanza que hacía falta, ya que después de la Pandemia se pensó solo en plagas, él da esperanza en seguir apoyando”. Además, comenta “me sostiene el arraigo”.

- b. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

“Esperanza en el proyecto Edificio 18 de Diciembre que se entregarían posiblemente en diciembre de este año, tal vez por propaganda política”. Para entrar al proyecto es necesario una evaluación por unidad familiar (mamá, papá e hijos) y con la evaluación de una trabajadora social de MIVIOT. Mientras tanto menciona: “Seguimos en el albergue, las personas que apliquen al proyecto y salgan, darán espacio para que otras personas con arraigo en San Felipe ingresen, la antigua Escuela Nicolás Pacheco, y así continuará siendo albergue “esa es la forma de estar en San Felipe”, ya que buscan un convenio entre MIVIOT, MEDUCA, Mi Cultura, para que el edificio siga teniendo esa función social “seguimos con la Trinchera defendiendo las dos fincas en la manzana 52. Respecto a los cambios internos, han mejorado la edificación implementando una bomba de agua y otras reparaciones, “lo hacemos porque tenemos sentido de pertenencia”, han apoyado al Mides con el plan de alfabetización para adultos”. Concluye mencionando, “es un esfuerzo que pareció imposible pero ahora vemos que es posible”.

c. ¿Cuáles consideran que son sus principales preocupaciones actualmente?

Se observó el Formulario de Auto Monitoreo de la preocupación, en donde sus principales fuentes de preocupación el 7 de octubre del 2022 fueron en orden de prioridad: “La jubilación, la geología, la vivienda, la persecución y la prohibición de cualquier acción de defensa”. A lo que actualmente comenta “sigue siendo la vivienda, pienso ¿dónde estaremos el próximo año?, en el proyecto o aquí, o tendremos en la trinchera una siembra de hortalizas, la vivienda es ahora mi mayor preocupación”, aunque mantiene la “esperanza de no arar en el mar, se

está sembrando algo como testimonio de lucha y fuerza”. En estos meses implementó rutinas como “mantener funcional la bomba de agua” pues se debe encender y apagar en horas específicas”.

- d. Podría por favor, describir cómo sus preocupaciones le han hecho sentir. Se le solicita que describa sus síntomas, por cada uno, preguntarle la intensidad de 0 a 100, siendo 0 (sin ansiedad alguna totalmente relajado) 50 (nivel moderado de la ansiedad) 100 (nivel extremo, parece mortal).

Respecto a sus preocupaciones actuales, se le han solicitado pueda mencionar qué síntomas tiene, el Participante B comenta: “Ahora no me agobia o angustia tanto”, antes preguntarme “a dónde voy a vivir” era algo recurrente, pero ahora “tengo el sentimiento de esperanza en los proyectos casa 1 y casa 2, por el interés que los estudiantes de la facultad de arquitectura han demostrado como mensajeros de esperanza para la Asociación, es prometedor”. El agobio lo identifico en un 20 % y la angustia en un 20 %, “ya no siento incapacidad de relajarme o insomnio, ya no siento palpitaciones, no me mortifico tanto, he cambiado los malos hábitos, mi pareja está mejor”. Creo que ahora “somos creativos, vamos inventando”.

- e. ¿Qué piensa de sus preocupaciones? Por ejemplo, antes pensaba que todo podría tener un resultado fatal, que sucedería inmediatamente y que no había otras alternativas de solución (explorar por caso los errores del pensamiento ansioso).

En la exploración de los errores de pensamiento, el Participante B identificó en su frecuencia la catastrofización, propensión a la aproximación y visión de túnel. En el contraste actual, relata que, aunque su preocupación sigue siendo la vivienda “antes era como un hueco sin capacidad para salir, con contradicciones, pero con el apoyo de mi pareja y las otras compañeras hoy aquí 21 de julio de 2023 se pueden concretar cosas que parecían imposibles. Estamos en el buen camino, ya no en un hueco, antes era un callejón sin salida, pero tener información y ver los proyectos que se pueden realizar eso nos da esperanza de tener un antecedente. Se observa como positivo o buenas señales de aquí a diciembre y el próximo año tengamos los proyectos en marcha. Ahora pensamos en recolectar fondos a nivel internacional con apoyo del arquitecto así pueden aumentar nuestras posibilidades en todos los aspectos. Ya no nos ven como abuelos, sinvergüenzas, chapaletas, nos ven como personas serias, organizadas, útiles para nuestra comunidad”.

- f. Por favor, podría describir la última vez que sus preocupaciones y sus síntomas fueron muy intensos. ¿Qué hizo para intentar calmarse? (explorar estrategias de prevención de respuesta ansiosa conductuales y cognitivas).

Comenta que a inicios de año el MIVIOT envió a un delegado “de trabajo social” a hablar con la administración del albergue y se planteó detener la construcción del Proyecto Edificio 18 de Diciembre, ya que por falta de una adenda no se podría seguir con la construcción “fue como una amenaza”. Para intentar calmarme “apoyé a mi pareja y enviamos notas a Mi Cultura y MIVIOT para hablar

con el ministro, eso no fue posible, pero se pudo hablar con el director de ingeniería y arquitectura”. Pensé en alternativas “mantener el albergue en mejores condiciones, dar mantenimiento a las bisagras de la puerta principal, instalar las luces de emergencia, reparar la electricidad, comprar la bomba de agua, recibir la donación de los nuevos letreros de vinilo”. El Participante B, utilizó estrategias de bloqueo de la ansiedad como actividades competitivas y apoyo familiar.

g. Ahora, ¿cuáles considera que han sido sus mejores estrategias para afrontar esas preocupaciones y síntomas?

- No pensar en una respuesta previa (prevención de respuesta).
- No tomarlo a pecho es parte de la vida (desafiando cogniciones).
- Pensar en comunidad (estrategia de bloqueo apoyo familiar y desafiando cogniciones).

En la medición de seguimiento se observó un aumento de la ansiedad, estado clínicamente significativo, en la comparación con el posttest 8 meses después de terminada la intervención terapéutica, y las comparaciones entre las mediciones pretest y seguimiento en donde se mantiene la disminución clínicamente significativa.

Tabla 21 Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios, Participante B.

0.867	= The test-retest reliability of The scale used (or suitable substitute); range from 0.00 to 0.9999999
5.099	= The Standard deviation of the pre-treatment (Time 1) experimental group

Resultados de las mediciones

Participante	sexo	edad	Pretest	Postest	Seguimiento	T1-T2	T1-T3	T2-T3
			T1	T2	mediano plazo T3			
Participante B	M	63	46.00	30.00	38.00	-6.084	-3.042	3.042

Historia Clínica C

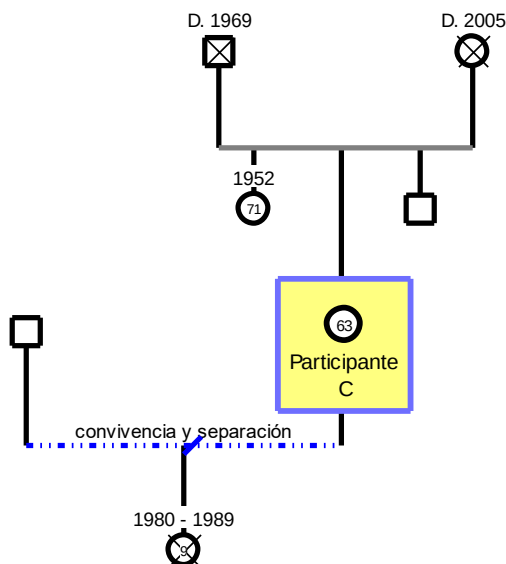
Datos Generales

Nombre	Participante C
Fecha de nacimiento	24 de julio 1959
Edad	63 años
Lugar de nacimiento	San Felipe, Panamá
Sexo	F
Estado Civil	Soltera
Nivel Educativo	Primaria, 6to grado
Ocupación	Trabajadora manual, Escuela Ricardo Miró
Residencia	Albergue Nicolás Pacheco
Lugar de evaluación	La Trinchera, Manzana 52 San Felipe
Referido por	Asociación de Moradores de San Felipe
Fecha de inicio de atención	1 de octubre del 2022
Fecha de cierre de atención	26 de noviembre de 2022
Fecha de seguimiento	Sin seguimiento

Motivo de consulta

“Lograr tener mejor avance, prosperidad, de que puedo lograr y seguir adelante sin muchos problemas”.

Genograma



Pruebas aplicadas

- Entrevista sobre el desalojo y su situación de personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.
- Inventario de Ansiedad escala – rasgo de Spielberger y Guerrero IDARE, pre – postratamiento y de seguimiento a mediano plazo.
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI) previo al tratamiento para identificar síntomas.

Situación actual

La Participante C, comenta estar viviendo desde hace más de 10 años en albergues, siendo la Escuela Nicolás Pacheco, el más actual. No tiene familiares quienes le puedan apoyar, y su “preocupación” actual es la deuda que tiene en la financiera.

Examen mental

- **Aspecto general:** Ligeramente descuidado.
- **Actitud:** Tenso.
- **Ideas de tristeza:** Presentes, sin llanto fácil o ideas autolíticas.
- **Afectividad:** Tristeza, ansiedad.
- **Lenguaje:** Ritmo: Velocidad: lentificación leve.
- **Concentración:** Disminuida.
- **Memoria:** Disminuida.
- **Contenido del pensamiento:**
 - **Delirio:** culpa.

- **Obsesiones**, acerca de los edificios que se han incendiado y las personas que han muerto por esa causa. Deudas y persecución de financieras.

Síntomas

En la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) reporta:

Levemente

- Debilidad en las piernas.
- Miedo a que suceda lo peor.
- Sensación de estar aterrorizada.
- Miedo a perder el control.

Antecedentes

Nació en Ciudad de Panamá, en la casa donde vivía junto a su madre en Calle 3ra, sobre su padre sabe poco lo que recuerda es que era policía y un hijastro lo “mató con su revólver”, cuando ella tenía 10 años. Respecto a su niñez comenta que primero su tía la crio y desde los 13 años pasa a vivir con su madre, en el caserón de calle 3ra hasta que el balcón se cayó, de ahí pasaron a mudarse a la Antigua Boyacá. Menciona que su madre era de lento aprendizaje y regalaba a sus hijos “los daba a criar” por lo que en la actualidad no conoce al resto de la familia y “desde muy pequeña” tuvo que trabajar, inició en la zona limpiando y luego en el DIMA, por lo que no pudo seguir la escuela. Es hasta 1978 que tuvo la oportunidad de reiniciar sus estudios con el Plan de Alfabetización de adultos, en donde logró llegar a sexto grado.

Menciona no haberse casado, pero sí dar a luz una niña en 1980 que nació con Síndrome de Down, ella la dejaba al cuidado de su hermano mientras iba a trabajar a

casa de familia, pero un 14 de diciembre de 1989 se cayó del balcón la llevaron al hospital, pero el Dr. no le dio esperanza de vida. Murió al día siguiente el 15 de diciembre, actualmente tiene 33 años de muerta.

De las razones por las cuales no ha tenido pareja es porque prefiere “no aguantar golpes, que me levante la mano o que discutamos, ya he tenido bastantes tropiezos, no me he vuelto loca porque siempre tengo a alguien que me tienda la mano”. En el 2005 su madre muere por un derrame, murió en la casa. En el año 2006 obtuvo su permanencia en la Escuela donde actual labora. La participante C, comenta que no identifica momentos de felicidad en su vida sino “he tenido que sufrir, he tenido problemas, y altibajos”.

Información acerca del desalojo

La Participante C comentó que ha vivido en albergues durante 10 años, desde 2012 iniciando en la Estancia de Amador, de su experiencia comenta que no le gustaba estar ahí, porque el cuarto era muy pequeño, pudo cambiarse hace 3 meses a un cuarto en el albergue Nicolás Pacheco, ya que una licenciada del MIVI le consiguió el espacio. Ingresó al albergue el 10 de junio de 2022. Al hablar sobre el desalojo, fue bastante concisa menciona: “No me sentí muy bien, estaba más tranquila allá en la casa de calle novena, solo que hubo fuego, fue donde murieron la señora con su hijo”. Vivir el desalojo la ha hecho sentir “que he estado pensado mucho en los problemas y he tratado de sobrellevarlo, pero he perdido mucho peso, mis compañeras del trabajo me dicen que estoy demacrada”. Asocia el malestar con causas físicas como la disminución de peso y su apariencia personal. El tiempo que lleva estando en un albergue “ha sido difícil, me dicen que yo me la he pasado saltando de albergue en

albergue, ya he tenido como 5 o 6 mudanzas todas en San Felipe y Plaza Amador, no cuento con el apoyo de ningún familiar, no tengo apoyo de nadie, vivo de mi sueldo y sobrevivo con eso”. A pesar de las circunstancias la Participante C menciona en un futuro “querer tener mi apartamento, a ver cómo hago para avanzar, tener un buen lugar para vivir y jubilarme, solo me faltan cuatro años. Sueño con tener mi casa, una casa humilde, envejecer hasta que Dios me mande a buscar”.

Impresión diagnóstica

- V60.0 (Z59.0) Problemas de vivienda y económicos, problemas de vivienda, personas sin hogar.
- V62.4 (Z60.4) Exclusión o rechazo social.
- V62.89 (Z65.8) Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales.

Plan terapéutico

El plan terapéutico fue pensando para 13 de terapia cognitiva, sin embargo, con la Participante C se completaron 10 sesiones para la disminución de los síntomas de ansiedad estado.

Sesiones	Procedimiento	Instrumentos
Previo al inicio del tratamiento	Explicación de la investigación y firma del consentimiento informado.	Consentimiento informado.
Entrevista clínica Evaluación Diagnóstica	Se levantó, estado mental, la anamnesis y la historia de desalojo por el proceso de gentrificación, se aplicó la prueba de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger (IDARE), se listaron los síntomas con el	Historia Clínica Cuestionario sobre desalojo. Inventario de Ansiedad estado – rasgo IDARE.

	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y se descartó un trastorno depresivo con la prueba de Depresión Estado Rasgo de Spielberger (IDER).	Inventario de depresión estado -rasgo IDER.
Sesión 1 Entrega de resultados y psicoeducación	Se explicaron los resultados obtenidos y los conceptos de ansiedad y miedo, según Clark y Beck (2012) “miedo adaptativo; bases cognitivas de la ansiedad, consecuencias negativas de la ansiedad; función de la evitación y de la búsqueda de seguridad, establecer objetivos del tratamiento y explicar la TC (apagar, desactivar el programa de ansiedad)”.	Figura 6.1 Diagrama del modelo cognitivo de la ansiedad para su uso con clientes (Clark y Beck, 2012, p.326).
Sesión 2 Formulación cognitiva parte 1	Durante esta sesión comenta que en cuatro años se jubila y de cómo se siente juzgada por su situación económica, señala aquellos lugares donde vivió que ahora son “puro lujo”. La participante C identificó sus situaciones ansiosas: - Financiera “deuda” intensidad de la ansiedad 90, contenido de la preocupación “que no me ayuden”. - Que me quiten todo “quedarme sin nada” intensidad de la ansiedad 60,	Formulario A de automonitoreo de la preocupación (Clark y Beck, 2012, p. 297).

	contenido de la preocupación “que me quiten todo”. La Participante C compartió una metáfora para explicar cómo vive sus preocupaciones sentir que está “en altamar nadando, pero aún no llego a la orilla”. Situaciones provocadoras de ansiedad: - Que me llame la financiera, “no puedo pagar esa deuda, no puedo hacer nada” intensidad de la ansiedad 90, sus respuestas inmediatas a sentir ansiedad “no contestar el celular cuando me llaman, lo apago, veo las cosas duras y que tengo las manos vacías”. - Que no me jubile “que me quiten todo lo que me van a dar de mi jubilación, que me lo embarguen, estoy sola”, intensidad de la ansiedad 60, sus respuestas inmediatas a sentir ansiedad “pensar si puedo resolver o no puedo resolver, intentar pensar diferente”. - Vivir en un albergue o salir “donde voy a vivir si me sacan de ahí, si	Formulario del Análisis Situacional detectar el pensamiento ansioso automático e inmediato. (Clark y Beck, 2012, p. 287).
--	--	--

	me desalojan” intensidad de la ansiedad 90, sus respuestas inmediatas al sentir ansiedad “pensar cómo pueden hacer eso sí hay niños y adultos”. En las tres situaciones los síntomas primarios son “llorar, se me baja la autoestima, se me quita el sueño, pienso que estoy sola”. En ninguna situación refirió el día, hora o duración de la preocupación.	
Sesión 3 Formulación cognitiva parte 2	Se eligieron dos de las tres situaciones provocadoras de ansiedad, ya que su nivel de intensidad era de 90, “que la financiera llame, y buscar una solución de vivienda”. La participante C, estuvo pensando en “un posible desalojo, ante eso piensa buscar una solución para vivir tranquilos y sin preocupación, tener un terreno o que den materiales, para sembrar criar, hay bastantes soluciones”. Situaciones provocadoras de ansiedad: Buscar una solución de vivienda “donde voy a vivir si me sacan de ahí, si me desalojan”.	Formulario de Automonitoreo de Pensamientos Aprensivos (Clark y Beck, 2012, p. 290). Se señaló la gravedad exagerada de las valoraciones de amenaza.

	- Ante buscar una solución de vivienda, la intensidad es de la ansiedad es de 90. - El peor resultado sería “que no nos den nada y quedar en la intemperie, afuera”. - Lo que falla en la situación “está mal hay que buscar una solución de vivienda, vivir en las afueras con un sueldo que no alcanza, te dejan así que usted solucione su problema”. - Lo que podría cambiar para aliviar la ansiedad “buscar un apersona para que orientación, olvidar los problemas para dormir tranquila”. Financiera, “no puedo pagar esa deuda, no puedo hacer nada”. - Ante los cobros de la financiera, la intensidad de la ansiedad es de 90. - El peor resultado sería “que me metan en la APC y no pueda hacer nada”. - Lo que falla en la situación “no poder pagarlo o llegar con las manos vacías, solo tengo mi sueldo y con lo que da el gobierno no alcanza”. - Lo que podría cambiar para aliviar la ansiedad “no sé cómo, limpiar casa antes si podía hacerlo ahora no	
--	---	--

	alcanza que den \$25.00 \$30.00 o \$40.00 e ir hasta por Brisas del Golf, que una mano amiga me tienda la mano, pero me terminan tratando mal como la vez que “trabajé en un lugar donde me pagan \$35.00 y me gritaban mucho”.	
Sesión 4 Formulación cognitiva parte 2	La participante C, llegó a sesión un poco tarde porque estaba cocinando. Comentó que ha estado sintiéndose sola reaccionando con llanto al expresar que “a veces en la noche lo piensa y llora”.	Contención y validación
Sesión 5 Formulación cognitiva parte 2	Trae consigo la situación de soledad desde otra perspectiva “prefiero quedarme sola y vivir en pobreza que aguantar puñete de un hombre”. Se identificaron los errores de pensamiento para la Participante C más comunes: - Catastrofizar - Saltar a conclusiones - Propensión a la aproximación Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso: - Catastrofizar, “andar de albergue en albergue” – “no poder resolver la deuda, no llegar a la cuota mínima de \$800.00”.	Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 293). Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso (Clark y Beck, 2012, p. 294).

	- Saltar a conclusiones, “pensar que no me perdonen la deuda al 100 %”. - “Que solo se pueda pagar por descuento directo”. - Propensión a la aproximación, “pagar la deuda inmediatamente”. Se señaló la gravedad de sus valoraciones ansiosas, ya que aún es capaz de buscar alternativas, a lo que menciona: “Cuando no pueda valerme por mí misma me meto en un asilo o tal vez pueda meterme a un curso”.	Descatastrofizar: examinar con el cliente el peor resultado posible; proceder con la preparación, descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito.
Sesión 6: Formulación cognitiva 2	Estuvo pensando en el día de los difuntos “no fui al cementerio porque no me quiero perturbar, acá los vivos seguimos sufriendo, batallando y trabajando”. Pensamiento o valoración ansiosa: - Que la financiera llame y no poder pagar la deuda o que no le den opciones de pago. Probabilidad de que ocurra 0 % (no ocurrirá) 100 % (seguro que ocurrirá) - 100 % Gravedad del resultado ansioso 0 (nada grave) 100 (una catástrofe) - 100	Formulario para la Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Clark y Beck, 2012, p. 384).

	Pruebas favorables al pensamiento o valoración ansiosa - Llegar con las manos vacías (sin dinero) y sin el contrato. - Porque no he abonado nada. - No he ido a visitar la financiera. - No me dan plata para pagarlo. - Quieren que mínimo pague \$800.00. Pruebas que desconfirman el pensamiento ansioso: - Puedan disminuir la letra. - Conozco una persona que trabaja en la financiera y puede ayudarme. - Van a recibir el dinero que pueda pagar porque no pueden quedarse con las manos vacías. Probabilidad de que ocurra 50 % Gravedad del resultado ansioso 50 El contenido que trajo a sesión fue sobre: “Las consecuencias emocionales me da como una leve depresión y físicas, me he adelgazado, todo eso por pensar en la financiera”. Describe el pensamiento, creencia o valoración ansiosa: - Deudas con la financiera	
		Análisis de costes beneficios: Formulario de Costes-Beneficios (Clark y Beck, 2012, p. 385).

	Ventajas inmediatas y a largo plazo, - No tantas - Soy una persona más de las que debe Desventajas inmediatas y a largo plazo, - Deprimirme - Ansiedad - Pensar más en eso - Ponerme mal Perspectiva alternativa “Conseguir algo bueno que me ayude a solucionar, o deber menos dinero”. Ventajas inmediatas y a largo plazo, - Seguir adelante - Pensar que puedo hacerlo - Tener más trabajo - Respiro otro aire - Pagar poco a poco Desventajas inmediatas y a largo plazo, - El tiempo - Que me perjudiquen los intereses	
Sesión 7: Formulación cognitiva técnicas alternativas	Ha estado pensando que pasará cuando “los saquen de Catedral, no vamos a poder regresar van a estar solo los ricos”. Se planteó el trabajo del guion sobre el recuerdo traumático para generar posibles alternativas imaginó que estaba en un puente de un lado estaban las	Técnica de entrenamiento atencional.

	deudas y las preocupaciones y del otro una vida con tranquilidad, viviendo posiblemente fuera del albergue en su apartamento. Llegar hacia el otro lado para vivir en tranquilidad lo vio lejano “me hace falta mucho y es muy difícil pasarlo”. Para poder afrontar en el futuro su situación con la financiera pensó en “seguir pagando y trabajando después de jubilarse”. Describe el resultado asociado a su ansiedad que más teme, el peor escenario posible: Mirar hacia atrás y quedarme con el problema de la financiera. Describe el resultado asociado a su ansiedad más deseable, el mejor escenario posible “que me perdonen la deuda”. Describe el resultado asociado a su ansiedad más realista, el escenario probable “ir con algo, con \$20.00 y a ver si me lo aceptan”. Tipos de evidencias: Catastrófico - No hay Deseable	Formulario de Interpretaciones Alternativas (Clark y Beck, 2012, p. 386).
--	---	--

	- No pueden exigir lo que no hay - No van a perder dinero Alternativo - Hacer el trámite con la Sra. que conozco. - Pagar poco a poco	
Sesión 8: Intervenciones conductuales exposición gradual imaginaria	Ha conseguido un trabajo “lavando ropa de un cuadripléjico, me gano un par de dólares, él tampoco puede dar más dinero”. Exposición gradual Interpretación de la amenaza asociada a su ansiedad: “Me puede perjudicar más adelante que no se pueda resolver, me puede bloquear todo”. Interpretación alternativa propuesta en terapia “Tratar de recoger poco dinero y explicar la situación para tener un nuevo contrato”. Hipótesis del ejercicio “Puede ser duro y que se comporten agresivos y me den una oportunidad negociando”. Descripción del ejercicio “Ir a la financiera explicar tu situación dar un aporte y negociar”. El ejercicio no fue completado.	Revisión del Formulario de Comprobación Hipótesis empíricas (Clark y Beck, 2012, p. 387).

Sesión 9 Resumen de sesiones Intervenciones Conductuales Exposición Gradual Imaginaria	La participante C comenta haber estado pensando en “recuperarse, salir del albergue y tener un apartamento pequeño, iniciar a ahorrar con una libreta para salir de ahí, poniendo los pies en la tierra”. Revisamos el formulario de jerarquía identificó las situaciones, objetos, sensaciones físicas, pensamientos o imágenes relevantes para sus preocupaciones ansiosas y el nivel en que evita pensarlo: 1. Que me perjudique la financiera “que me quieran quitar la jubilación y aparecer en la APC”. 2. Que se me acabe la energía y la pensión “quedarme sin ingresos, paralizada”. 3. Saltar de albergue en albergue “quedarme viviendo así sin tener mi espacio”. Tarjetas de afrontamiento cognitivo: - Recordar los aprendizajes del libro de cuentos de El León, sobre las cualidades de las personas. El libro que le regaló la psicóloga compañera de trabajo en la escuela.	Jerarquía de Exposición (Clark y Beck, 2012, p. 447). Identificó pensamientos para afrontar situaciones ansiosas.
--	---	---

Sesión 10 Cierre de sesiones	Con la Participante C, por el tiempo de ejecución se tuvo que acelerar la intervención a las estrategias de bloqueo. Se instruyó en las afirmaciones auto instructivas - “Ir a la financiera es una forma de resolver”. - “Ahorrar un dinero puede ser útil” - “Me aceptarán lo que les doy porque quiero hacerme cargo”. - “Solo toma un minuto cambiar la vida”. Se recalcó la importancia del trabajo y el acompañamiento que ha recibido de sus conocidos. Ante la preocupación, creó una metáfora “es sentirse como una niña chiquita o como si tuviera 6 hijos, es importante tener en cuenta que los demás no tienen la culpa de mi estrés”. Poniéndose como una persona que puede regularse y accionar ante la preocupación. Para hacerle frente a la preocupación, considera que es necesario “tener autoestima, reírse”.	Instruir al cliente sobre las “estrategias de bloqueo” (p. ej., afirmaciones auto instructivas de afrontamiento, respuestas competitivas, intención paradójica, motivación).
--	--	---

La Participante C, tuvo al inicio desconfianza en poder compartir abiertamente acerca de su vida, sus respuestas eran cortas y a veces esquivas. Entre sus preocupaciones estaba: “Lo que los demás pensarán de ella”. Por su nivel de escolaridad no se le asignaron tareas para su casa. Por el tiempo de ejecución no se pudieron aplicar las siguientes herramientas: el Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (p. 295) y Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (p. 298) y el Registro de Prevención de Respuesta (p.449). Por lo que la intervención estuvo más enfocada en el aspecto cognitivo.

Los resultados obtenidos por la Participante C refieren una disminución de su estado de ansiedad clínicamente significativa después del tratamiento. Se podría decir que poder hablar de sus preocupaciones sin ser juzgada, identificar los escenarios más temidos, aprender sobre los errores de pensamiento, exponerse al miedo a la vergüenza, reconocer las afecciones físicas y emocionales que tiene al experimentar ansiedad, para movilizar sus cogniciones desde su día a día y cómo enfrentar otras adversidades, hizo conectar con su autoeficacia.

Los factores psicosociales relacionados con sus preocupaciones y nivel de ansiedad eran; el bajo ingreso económico que se traducía a no poder pagar la deuda con la financiera, no tener familiares que la apoyen, y estar viviendo como persona albergada durante 10 años. La preocupación por la vivienda estuvo relacionada al hecho que “le quiten la jubilación” y no pueda acceder a pagar un lugar donde estar o “mantenerse”.

Según la teoría cognitiva la Participante C en la fase del modo de activación primal de la amenaza sus respuestas estaban inhibidas, por lo que no encontraba una alternativa de solución más que huir de la situación. Sin embargo, al no poder realizar

la medición de seguimiento no se sabe si pudo establecer contacto con la financiera y solicitar un arreglo de pago que fuese cónsono con su capacidad de endeudamiento.

La medición a mediano plazo no fue posible, ya que no se pudo contactar a la Participante C, aunque siguiera viviendo en el albergue.

Tabla 22 Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del índice de confiabilidad de cambios, Participante C.

0.867	= The test-retest reliability of The scale used (or suitable substitute); range from 0.00 to 0.9999999
5.099	= The Standard deviation of the pre-treatment (Time 1) experimental group

Resultados de las mediciones

Participante	sexo	edad	Pretest T1	Postest T2	Seguimiento mediano plazo T3	T1-T2
Participante C	F	63	49.00	33.00	Sin medición	-6.084

Historia clínica D

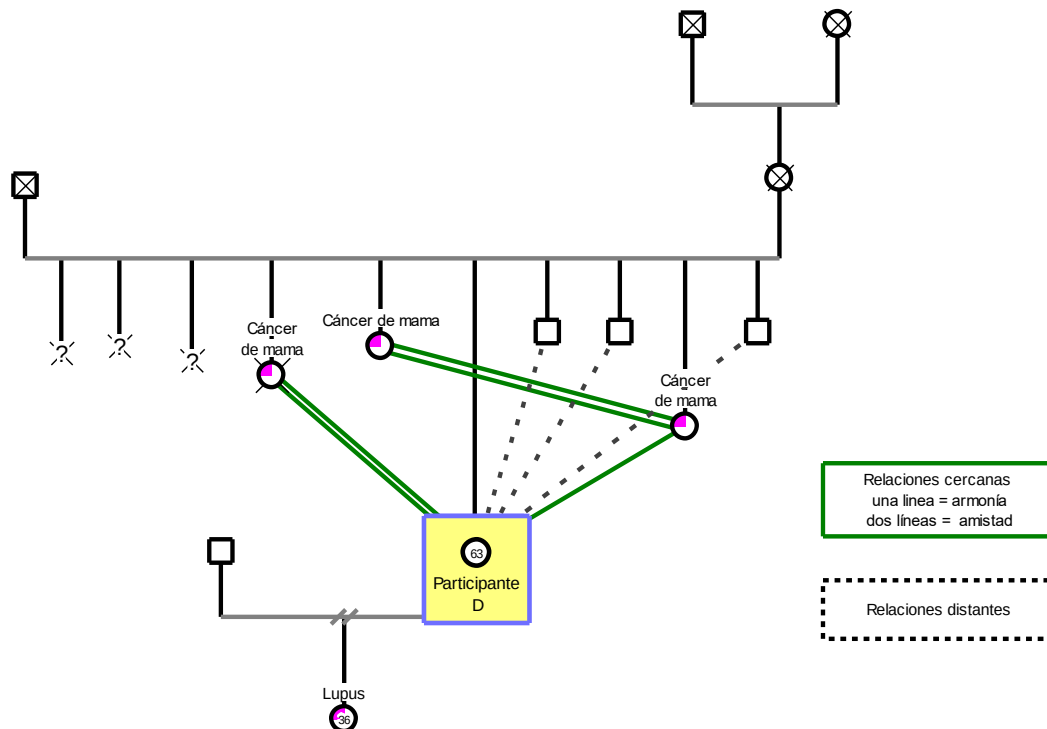
Datos Generales

Nombre	Participante D
Fecha de Nacimiento	3 de julio de 1959
Edad	63 años
Lugar de Nacimiento	Boquete, Chiriquí
Sexo	Femenino
Estado civil	Soltera
Nivel educativo	Licenciatura en Recursos Humanos
Ocupación	Oficial de Planilla Hospital del Niño
Residencia	Albergue Nicolás Pacheco
Lugar de Evaluación	La Trinchera, Manzana 52 San Felipe
Referida por	Asociación de Moradores de San Felipe
Fecha de inicio de atención	30 de septiembre 2022
Fecha de cierre de atención	27 de noviembre de 2022
Fecha de seguimiento	Sin seguimiento

Motivo de consulta (breve explicación dada por el paciente)

“participar en la investigación, hablar hace sentir mejor”

Genograma



Pruebas aplicadas

- Entrevista sobre el desalojo y su situación de personas sin hogar albergadas en la Escuela Nicolás Pacheco.
- Inventario de Ansiedad escala – rasgo de Spielberger y Guerrero IDARE, pre – postratamiento y de seguimiento a mediano plazo.
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI) previo al tratamiento para identificar síntomas.

Situación actual

La Participante D refiere tener bajo cuidado a su hermana menor, la cual se encuentra en fase de quimioterapia por cáncer en el seno etapa 2, lo que le genera “preocupación” y se mantiene a la espera de respuesta de vivienda.

Examen Mental

- **Afectividad:** Ansiedad, tristeza.
- **Contenido del pensamiento:**
 - **Obsesiones,** ideas intrusivas y repetitivas respecto a la vivienda, al diagnóstico de cáncer y la probabilidad de incidencia en la familia.

Síntomas

En la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) reporta levemente:

- Sensación de calor
- Debilidad en las piernas
- Incapacidad para relajarme
- Mareos o vértigos
- Sensación de inestabilidad
- Temblor de manos

- Temblor generalizado o estremecimiento
- Miedo a perder el control
- Dificultad para respirar
- Indigestión o molestias
- Sensación de irme a desmayar
- Rubor fácil
- Sudoración (no debida al calor)

Síntomas moderados:

- Hormigueo o entumecimiento
- Miedo a que suceda lo peor (síntoma cognitivo)
- Palpitaciones o taquicardia
- Sensación de estar aterrorizado (síntoma cognitivo)
- Nerviosismo (síntoma cognitivo)
- Sensación de ahogo

Antecedentes

La Participante D, nació en Boquete, es la tercera hija de seis hermanos, las primeras dos hermanas son mayores, luego se encuentra la Participante D, su hermana con diagnóstico de cáncer de seno y tres hermanos menores. Es enviada desde los 6 años a vivir con su abuela materna a San Felipe en calle 5ta 5-09 Catedral, recuerda que su vivienda era pequeña, ya que alquilaban un apartamento de un ambiente.

Entrada en la adolescencia a sus 13 años, su abuela materna decide que la Participante D regrese a Chiriquí a vivir con sus padres. Ella, estaba por ingresar al

primer año de la secundaria. Pasó dos años viviendo con sus padres en la provincia, en su segundo año fallece su madre, quien dejó a su hermano menor “recién nacido” él cual fue criado desde los seis años por su tía materna. Comenta que entre las hermanos y hermanos lo “sacamos adelante, ahora es abogado”. Por ese motivo, regresó junto a su abuela y su hermana mayor a San Felipe, en donde terminó sus estudios secundarios en el Instituto Nacional.

Al terminar sus estudios, contrajo matrimonio a los 19 años y a los 21 años tuvo a su única hija. Inicia sus estudios universitarios con apoyo económico de su hermano menor en la Universidad a Distancia, graduándose a sus 43 años de Licenciatura en Recursos Humanos, su trabajo de grado lo realizó en el Hospital del Niño, lugar en donde trabajaba. Su estudio fue “sobre estrés laboral en el personal de urgencias” comenta que pudo identificar cómo “el personal de salud trabajaba jornadas de 17 horas, es un trabajo difícil”. En el año 2015, a sus 56 años tuvo varios eventos dolorosos como la muerte de su hermana más cercana por cáncer de seno, y la separación de su pareja de años, estos episodios la llevaron a recibir medicación para la ansiedad.

Al pasar el tiempo decide tener otra pareja, de la cual en los años siguientes terminan separándose. Actualmente la Participante D tiene más de 29 años de trabajar en el Hospital del Niño, vive con su hermana menor e identifica “el nacimiento de su hija, el haber cumplido sus metas, la satisfacción de ver crecer a sus nietas y que son de buenos sentimientos” como sus momentos más felices en la vida.

Acerca del desalojo, la situación de persona sin hogar

La Participante D, lleva viviendo en el barrio de San Felipe desde sus 6 años aproximadamente, ha visto todas las transformaciones que desde entonces se han realizado. Vivió en calle 5ta con su abuela materna, y en otros lugares con su pareja de ese entonces y su hija.

En el año 2015, luego de la separación de su pareja regresa a vivir al apartamento de su abuela materna. En dicho lugar tenían más de 40 años de alquilar, en donde “siempre fuimos puntuales con los pagos”. Es aproximadamente en abril de ese año, que les dan la noticia de desalojo. Menciona que los arrendadores “nos vendieron con todo y el edificio”, ya que la negociación se dio sin que los inquilinos supieran. En los meses siguientes siendo efectiva la venta del edificio, llegaron los nuevos dueños y les avisaron a los inquilinos que no podían seguir viviendo en sus apartamentos, solicitándoles que desalojaran. Para eso, les dieron cuatro meses contando desde agosto hasta diciembre, durante ese tiempo la Participante D menciona “pagamos hasta el último centavo de arriendo, imagínese las fiestas de Navidad”, el desalojo, “fue muy triste, uno se sintió desamparado, “nos han ido sacando a todos de San Felipe, y no contamos con el apoyo del Gobierno”. La Participante D, comenta que el desalojo la hizo sentir “que no nos valoran, como si fuéramos un objeto y no como seres humanos”.

Estuvo un tiempo alquilando con su hermana en otros apartamentos, sin embargo, las cuotas cada vez se hacían más elevadas y es en febrero o marzo del 2016 que la Sra. Esther de la Asociación de Moradores de San Felipe las contacta para que

puedan ser parte del albergue Nicolás Pacheco, en donde se encuentran las personas que han sido desalojadas. Actualmente tienen 6 años de vivir ahí.

Vivir en el albergue, le permite estar cerca de su trabajo porque “es un lugar céntrico, el barrio es tranquilo, uno lo valora” ella, se “siente cómoda” ya que no es de problemas. Recuerda que “en calle 5ta donde vivíamos, teníamos un balcón y venía la brisa del mar, uno ahí sabía lo que era bueno”.

La Participante D, menciona que “con la gentrificación ha sido difícil”, ya que “la calidez del barrio a la que estábamos acostumbradas se ha perdido, antes éramos más unidos, se han deteriorado las relaciones, hay división entre compañeros, falta de empatía, y ya no se respetan a los mayores, el poco importa, tal vez es consecuencia del desalojo”.

A futuro, como comunidad organizada en el albergue. Han exigido al Mides la construcción de viviendas de interés social, la institución ha respondido con la construcción en el Chorrillo de Villa Olga; sin embargo, no es posible mudarse hacia allá porque responde a otro sector. Actualmente están construyendo el Edificio 18 de Diciembre que no será de propiedad horizontal, aun así, la Participante D tiene la idea de poder pagar por el apartamento y el mantenimiento. La información sobre los avances de la construcción y las familias que podrán adquirirlos no son claros, por lo que hace pensar que podría “ser un engaño”. No obstante, ella lo considera como “una esperanza”.

Impresión diagnóstica

- 300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada.

- V60.0 (Z59.0) Problemas de vivienda y económicos, problemas de vivienda, personas sin hogar.
- V62.89 (Z65.8) Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales.

Tratamiento

El plan terapéutico fue pensando para 13 sesiones de terapia cognitiva y la Participante D pudo completar 11 sesiones.

Sesiones	Procedimiento	Instrumentos
Previo al inicio del tratamiento	Explicación de la investigación y firma del consentimiento informado.	Consentimiento informado
Entrevista clínica Evaluación Diagnostica	Se levantó, estado mental, la anamnesis y la historia de desalojo por el proceso de gentrificación, se aplicó la prueba de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger (IDARE), se listaron los síntomas con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y se descartó un trastorno depresivo con la prueba de Depresión Estado Rasgo de Spielberger (IDER).	Historia Clínica Cuestionario sobre desalojo Inventario de Ansiedad estado – rasgo IDARE Inventario de depresión estado -rasgo IDER.
Sesión 1 Entrega de resultados y psicoeducación	Se explicaron los resultados obtenidos y los conceptos de ansiedad y miedo, según Clark y Beck (2012) “miedo adaptativo; bases cognitivas de la ansiedad, consecuencias negativas de la ansiedad; función de la evitación y de la búsqueda de seguridad, establecer objetivos del tratamiento y explicar la	Figura 6.1 Diagrama del modelo cognitivo de la ansiedad para su uso con clientes (Clark y Beck, 2012, p.326).

	TC (apagar, desactivar el programa de ansiedad)”. Menciona que sus preocupaciones están relacionadas con; lo económico, su edad y qué podría pasar más adelante. La participante D identificó sus situaciones ansiosas: - Desalojo de vivienda en febrero 2016. - Enfermedad de mi hija - Enfermedad de mis hermanas - Fallas económicas - Desalojo de vivienda en febrero 2016 “frustración, ahora dónde vamos a dormir, en el parque, dónde vamos a vivir, estamos en el aire”, intensidad de la ansiedad 80, contenido de la preocupación “que esta situación no ha mejorado y ya son 6 años”. - Enfermedad de mi hija “ansiedad” intensidad de la ansiedad 90 contenido de la preocupación “mi hija tiene lupus, es una situación a largo plazo”. - Enfermedad de mis hermanas “sigo yo, cuándo me va a tocar, me va a tocar el cáncer en otro lado”	Formulario A de automonitoreo de la preocupación (Clark y Beck, 2012, p. 297).
--	--	---

	intensidad de la ansiedad 90, contenido de la preocupación “desarrollar cáncer en mi persona”. - Fallas económicas “cómo voy a salir adelante” intensidad de la ansiedad 80, contenido de la preocupación “el trabajo y el mejor manejo de los ingresos”. En ninguna situación refirió el día, hora o duración de la preocupación.	
Sesión 2 Formulación cognitiva parte 1	Comentó la discusión del aumento de la edad de jubilación y cuotas, comentado que se perdió el relevo generacional y acerca de los cuidados de su hermana atravesando el proceso de quimioterapia. Situaciones provocadoras de ansiedad: - Desalojo de vivienda “querer pegarles a las personas” intensidad de la ansiedad 80, síntomas primarios “nerviosismo, pérdida del control”, respuesta inmediata al sentir ansiedad “respirar profundo y buscar alternativas”. - Enfermedad de mi hija “sensación de ahogo, tristeza” intensidad de la	Formulario del Análisis Situacional detectar el pensamiento ansioso automático e inmediato. (Clark y Beck, 2012, p. 287).

	ansiedad 90, síntomas primarios “negación y preocupación” respuesta inmediata al sentir ansiedad “buscar ayuda profesional”. - Enfermedad de mis hermanos “temor a que pase lo peor” intensidad de la ansiedad 90, síntomas primarios “miedos, estar asustada” respuesta inmediata al sentir ansiedad “asistir lo más rápido posible al médico”. - Fallas económicas “sensación de ahogo” intensidad de la ansiedad 80, síntomas primarios, “sensación de inestabilidad” respuesta inmediata al sentir ansiedad “tratar de manejar mejor los ingresos”. Se eligieron dos de situaciones provocadoras de ansiedad con intensidad de 90, “enfermedad de mi hija y enfermedad de mis hermanas”. Situaciones provocadoras de ansiedad: - Enfermedad de mi hija “tristeza y sensación de ahogo”. Ante la enfermedad de mi hija, la intensidad es de la ansiedad es de 90.	Formulario de Automonitoreo de Pensamientos Aprensivos (Clark y Beck, 2012, p. 290).
--	---	---

	El peor resultado sería “desmejorar poco a poco la salud, y no poder atender a sus hijos”. Lo que falla en la situación “es preocupación por todo, comportarse en forma incrédula”. Lo que podría cambiar para aliviar la ansiedad “ser más empáticos”. - Enfermedad de mis hermanas “sensación de ahogo”. Ante la enfermedad de mis hermanas, la intensidad de la ansiedad es de 90. El peor resultado sería “esto es un juego entre enfermedad y muerte”. Lo que falla en la situación “pensar en por qué todas han tenido lo mismo, no comprender la situación”. Lo que podría cambiar para aliviar la ansiedad “brindar apoyo”. En ninguna situación refirió el día, hora o duración de la preocupación.	
Sesión 3 Formulación cognitiva parte 2	Menciona los planes que tiene para tener tiempo de cuidar a su hermana e irse de vacaciones a donde su hija en Chiriquí. Se identificaron los errores de pensamiento para la Participante D más comunes:	Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 293).

	- Catastrofizar - Propensión a la aproximación - Pensamiento todo o nada Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso: - Catastrofizar, “sentir ansiedad y la presión en el pecho”. - Propensión a la aproximación, “pensar que las situaciones se darán inmediatamente”. - Pensamiento todo o nada “pensar en que los hechos pasan de todas formas y de forma inmediata”. Descatastrofizar, cuando recibir un diagnóstico, “es que se siente impotente”. Se señaló la gravedad de sus valoraciones ansiosas, ya que aún es capaz de buscar alternativas, a lo que menciona: “Pensar en que me pueda pasar mañana, a veces puedo exagerar mi hermano dice que soy hipocondríaca, pienso en que puede haber una solución, estamos prestados, es la ley de la vida, ver la muerte de cerca a eso viene uno, al final queda la satisfacción de lo vivido”.	Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso (Clark y Beck, 2012, p. 294). Descatastrofizar: examinar con el cliente el peor resultado posible; proceder con la preparación, descripción de la catástrofe y la fase de resolución de conflictos; hacer que el cliente imagine el peor resultado posible o lo describa por escrito.
--	---	---

Sesión 4 Repaso	Se realizó un resumen de las sesiones; entendiendo que la ansiedad es el síntoma primario a: - La incertidumbre de cómo solucionar algo sin que las autoridades cumplan su palabra. - El shock de recibir una noticia de enfermedad, ocuparse de las estrategias de seguridad y apoyarse entre los demás hermanos. - Tener unidad familiar, perseverancia y voluntad para salir a delante.	Repaso de las intervenciones cognitivas desarrolladas de la sesión 1 a la 3.
Sesión 5 Formulación cognitiva parte 2	Comentó el recorte de presupuesto al Hospital del Niño. Van a realizarse un control genético para identificar el factor de cáncer que tienen en la familia. Pensamiento o valoración ansiosa: - Y, ahora quién más viene con diagnóstico. Probabilidad de que ocurra 0 % (no ocurrirá) 100 % (seguro que ocurrirá) - 80 % Gravedad del resultado ansioso 0 (nada grave) 100 (una catástrofe) - 80 Pruebas que favorables al pensamiento o valoración ansiosa - Factor genético	Formulario para la Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias (Clark y Beck, 2012, p. 384).

	- Células malignas - En dónde podrá dar Pruebas que desconfirman el pensamiento ansioso: - Diagnosticarlo a tiempo - Control a tiempo - Prevención con exámenes de sangre Probabilidad de que ocurra 50 % Gravedad del resultado ansioso 50	
Sesión 6: Formulación cognitiva 2	Esta vez trae su preocupación por el albergue, comentando que algunos de los inquilinos no respetan a las autoridades y como consecuencia puede ser que terminen diciendo que es Patrimonio y “nos vamos todos”. Otro tema fue la muerte, “yo jamás quisiera pasar por el dolor de perder una nieta o una hija”. Describe el pensamiento, creencia o valoración ansiosa: - Y ahora qué viene con este diagnóstico. Ventajas inmediatas y a largo plazo, - Prevenir por chequeo (más importante). - Explorarse	Análisis de costes beneficios: Formulario de Costes-Beneficios (Clark y Beck, 2012, p. 385).

	- Atentarnos de uno y de los demás - Disminuye el factor sorpresa - Tengo experiencia y aplomo - Fortaleza interna Desventajas inmediatas y a largo plazo, - Angustia, ansiedad (más importante) - Impotencia - Pensar que será malo - Expectativas Perspectiva alternativa “Vamos a prever, a detectar a tiempo” Ventajas inmediatas y a largo plazo, - Rutinas anuales - Proveer - Aceptar el factor genético - Aumentar frecuencia de exámenes - Saber que tiene cura - Disminuye la angustia y la ansiedad Desventajas inmediatas y a largo plazo, No se encontraron	
Sesión 7: Formulación cognitiva técnicas alternativas	Se planteó el trabajo del guion sobre el recuerdo traumático, relacionándolo a sus preocupaciones en particular con el bienestar de su hija y nieta, para generar posibles alternativas.	Técnica de entrenamiento atencional.

	Recordó “un accidente de viaje hacia una provincia, un día como hoy el bus perdió el control y mi nieta se lastimó el rostro, fuimos rumbo al hospital, pero en el camino mi nieta se estaba ahogando con su sangre en mis brazos, en ese accidente murieron 5 personas”. En situaciones así, “se cómo actuar, he aprendido mucho en el hospital del niño”. Posiciona la capacidad de buscar alternativas con “la madurez”.	
Sesión 8: Resumen de sesiones	Ha identificado que “apenas siento la ansiedad o situación me genera” - Reacción es buscar la posible solución. - Afrontar - Me involucro En esta primera parte se observa que la ansiedad moviliza a la participante D y puede hacer que la intensidad incrementa, el uso de estrategias de bloqueo podrá ser beneficioso.	Resumen de sesiones
Sesión 9 Formulación cognitiva técnicas alternativas	Trajo consigo preocupaciones del uso de la cosa pública y gastos en luces de navidad. “Yo vivía en el centro y mira ahora vivimos hasta acá, nos están sacando, vamos hacia afuera, hay familias que no tienen otra alternativa	

	que el albergue, a dónde se van si pierden todo, es irse con una mano atrás y otra adelante”. Exposición imaginaria Describa el resultado asociado a su ansiedad que más teme, el peor escenario posible: Sería que la persona muera (mi hija) Describa el resultado asociado a su ansiedad más deseable, el mejor escenario posible: “Que todos los tratamientos funcionen y el ser amado mejor”. Describa el resultado asociado a su ansiedad más realista, el escenario probable “es temer a la enfermedad que se ha presentado”. Tipos de evidencias: Catastrófico (no pudo llenarlo de primero, lo llenó al final y al escribirlo quedó en llanto) - Desenlaces fatales Deseable - Que la persona mejore - Como mi hermana que con el tratamiento mejoró. Alternativo - Exámenes periódicos	Formulario de Interpretaciones Alternativas (Clark y Beck, 2012, p. 386). Contención
--	---	--

	- Motivación - Tener fe	
Sesión 10 Intervenciones conductuales exposición gradual imaginaria	El tema de la muerte de sus familiares por cáncer fue el tema central de la sesión: “Me tocó ver agonizar a mi tía, a mi prima, y en mi adolescencia a mi otra tía”. Exposición imaginaria Señale la interpretación de la amenaza asociada a su ansiedad Sería la despedida física del ser amado. Señale la interpretación alternativa propuesta en terapia La esperanza del tratamiento que de buenos resultados. Señale la hipótesis resultado esperado del ejercicio La muerte Descripción del ejercicio Se cree que cuando te dan el diagnóstico de cáncer es sinónimo de muerte. Registro del modo en que se desarrolló	Revisión del Formulario de Comprobación Hipótesis empíricas (Clark y Beck, 2012, p. 387).

	Escuchar alternativas de tratamiento, se comprende que hay esperanza de salir adelante. Descripción del resultado del ejercicio La posibilidad es de 50 % y 50 %, “hay que tener fe que Dios nos ayude y nos de fuerzas, esperanza para seguir adelante”. Se instruyó en las afirmaciones auto instructivas - “No hay lógica para algunas situaciones”. - “Saber que cuando me angustio tengo pensamientos sesgados”. Motivación - Solicitar ayuda médica, profesional.	Instruir al cliente sobre las “estrategias de bloqueo” (p. ej., afirmaciones auto instructivas de afrontamiento, respuestas competitivas, intención paradójica, motivación).
Sesión 11 Intervenciones conductuales prevención de respuestas y cierre	Repuestas conductuales ante la ansiedad con eficacia para reducir, eliminar o persiste la ansiedad: - Busco confirmación, apoyo familia, amigos (reduce ansiedad). - Inicio un ritual compulsivo (reduce ansiedad). - Me emociono mucho, lloro (reduce ansiedad). - Hablo, actúo con rapidez (aumenta ansiedad).	Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 295).

	- Solicito ayuda médica (aumenta ansiedad). - Me esfuerzo por buscar una solución (reduce ansiedad). - Rezo, medito (elimina ansiedad) - Leer material espiritual (elimina ansiedad). Respuestas cognitivas ante la ansiedad: - Me digo que todo estará bien, que todo saldrá bien (reduce ansiedad). - Trato de racionalizar la ansiedad, busco razones que indiquen que mis preocupaciones ansiosas son irreales (reduce ansiedad). - Trato de distraerme pensando en alguna cosa (reduce ansiedad). - Trato de sustituir el pensamiento ansioso con un pensamiento positivo o reconfortante (reduce ansiedad). - Pienso en una frase y oración reconfortante (elimina ansiedad). Estrategias alternativas: - Pensar, orar y buscar soluciones con confianza sabiendo que hay cosas que no se pueden resolver. - Pensar en los costes beneficios, posibles soluciones. - Humor, cogerlo a relajo con calma.	Listado de Respuestas Cognitivas ante la Ansiedad (Clark y Beck, 2012, p. 298).
--	--	--

La familia del lado materno de la participante D tiene un historial de cáncer, pensar en recibir el posible diagnóstico de su hija o de ella misma han sido sus principales preocupaciones. Actualmente acompaña a su hermana en fase de quimioterapia.

Se observó que la Participante D tuvo una disminución de su estado de ansiedad después del tratamiento, sin embargo, no es clínicamente significativa. Es decir que la disminución del estado de ansiedad no fue suficiente como para considerar que el tratamiento haya mejorado la vivencia de su situación actual, ya que la expectativa de recibir un diagnóstico de cáncer por el factor genético que existe en la familia es muy probable. Para tratar sus preocupaciones la cantidad de sesiones no pareció suficiente, es posible que la Participante D necesite un acompañamiento más extenso para abordar el pensamiento ansioso “muerte de su hija”, con menor estructura para expresar el malestar y a partir de ahí poder introducir las herramientas con sesiones espaciadas.

Sus factores psicosociales y sus principales preocupaciones están relacionados con la enfermedad y cuidado de familiares.

La medición a mediano plazo no fue posible, ya que no se pudo contactar a la Participante D, ya que se mudó a casa de una sobrina para poder cuidar mejor a su hermana con cáncer.

Tabla 23. Resumen de mediciones pretest, postest y seguimiento para el análisis del Índice de confiabilidad de cambios, Participante D.

0.867	= The test-retest reliability of The scale used (or suitable substitute); range from 0.00 to 0.9999999
5.099	= The Standard deviation of the pre-treatment (Time 1) experimental group

Resultados de las mediciones

Participante	sexo	edad	Pretest T1	Postest T2	Seguimiento mediano plazo T3	T1-T2
Participante D	F	63	51.00	46.00	Sin medición	-1.901

