

## Validación de una escala de trastornos neuróticos

*Validation of a scale of neurotic disorders*

**Niurka María Hidalgo Anias<sup>I</sup>, Joaquín Felipe Márquez Pérez<sup>II</sup>**

- I. Licenciada en Psicología, Máster en Psicología de la Salud, Profesora Instructora, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey Carlos J. Finlay, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Psicología, Carretera Central Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. [niurkah@iscmc.cmw.sld.cu](mailto:niurkah@iscmc.cmw.sld.cu)
  
- II. Doctor en Ciencias Psicológicas, Licenciado en Psicología, Máster en Psicología Médica, Profesor Auxiliar, Centro Universitario José Martí, Vicerrectoría de Investigaciones, Posgrado y Relaciones Internacionales, Dirección de Ciencia y Técnica, Bartolomé Masó 11 entre Paseo Marcos García e Isabel María Valdivia, Sancti Spiritus, Cuba, CP. 60100. [joaquin@bibliocuss.suss.co.cu](mailto:joaquin@bibliocuss.suss.co.cu)

---

### RESUMEN

En la provincia de Sancti Spíritus, Cuba, se realizó una investigación de diseño mixto para determinar la validez y la confiabilidad de un instrumento diagnóstico que identifica trastornos neuróticos en pacientes adultos, desde la dimensión psicológica. Se identificaron las posibles pautas diagnósticas y se evaluaron por expertos a través del método Delphi, para determinar validez de contenido. Se confeccionó una propuesta de instrumento en forma de escala Likert y se procedió con la prueba piloto. Se procesaron los resultados y se calcularon las correlaciones entre cada uno de los ítems, a través de la fórmula Rho de Spearman. Los resultados permitieron incluir todos los ítems en la versión final de instrumento aplicado a 209 pacientes. Se calculó nuevamente la validez interna o de constructo y se obtuvieron resultados similares, así como la confiabilidad a través del Alfa de Crombach.

**Palabras clave:** TRASTORNOS NEURÓTICOS; DIAGNÓSTICO; ESTUDIOS DE VALIDACIÓN.

---

## **ABSTRACT**

In the province of Sancti Spiritus, Cuba, a mixed-design research was carried out to determine the validity and reliability of a diagnosis instrument that identifies neurotic disorders in adult patients, from the psychological dimension. The possible diagnosing guidelines were identified and assessed by experts, using the Delphi method to determine the content validity. A proposal of the instrument was completed using Likert scale to later proceed with the pilot test. Results were processed and correlations among items were calculated using Spearman's Rho formula. Results also included all of the items in the final version of the instrument applied to 209 patients. The internal or construct validity was once again calculated and similar results were obtained, as well as its reliability using Crombach's Alpha.

**Keywords:** NEUROTIC DISORDERS; DIAGNOSIS; VALIDATION STUDIES.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Diversas teorías psicológicas han investigado acerca de los niveles de funcionamiento humano, desde la introducción del término *neurosis* por el médico escocés William Cullen en 1769, considerada como irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido y otros síntomas similares producidos por la alteración de los fluidos neurales<sup>1</sup>, hasta los aportes de grandes escuelas como el *Psicoanálisis* con Sigmund Freud, quien sentó las bases psicogénicas de lo que denominó «psiconeurosis» y desarrolló un método de diagnóstico y tratamiento a partir del cual formuló sus elaboraciones teóricas sobre la naturaleza y la función del aparato psíquico<sup>2</sup>; el *Conductismo* que como teoría desconoció el término *neurosis*, pero hizo contribuciones significativas en lo que a su tratamiento se refiere a través de varias técnicas psicoterapéuticas<sup>3</sup> y el *Humanismo* que, con Rogers como uno de sus máximos exponentes, consideraba a las personas como básicamente buenas o saludables o por lo menos no malas ni enfermas.<sup>4</sup>

Por otra parte, la Medicina tenía todo un caudal informativo sobre trastornos mentales desprovisto de una nomenclatura universal que pudiera manejarse a nivel internacional. De tal modo, quedaba clara la necesidad de confeccionar una clasificación de dichos trastornos, pero siempre fueron escasos los acuerdos sobre cuáles enfermedades deberían incluirse y cuál el método óptimo para su organización.

Desde entonces, las muchas nomenclaturas creadas se han diferenciado por distintos énfasis sobre la fenomenología, la etiología y el curso como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido solo unas cuantas categorías diagnósticas, otros han comprendido múltiples. Sin dudas, un hecho trascendental fue la confección del tercer *Manual de Diagnóstico y Estadística* (DSM III), publicado en 1980 pues introdujo una serie de innovaciones metodológicas importantes, como varios criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas, introdujo además el término *trastorno*. Consecuentemente, el término *neurosis* fue abandonado por la Psicología y la Psiquiatría.

En la actualidad se afirma que el tratamiento psicoterapéutico resulta, al menos, tan importante como las terapias farmacológicas; por otra parte, diferentes y reconocidos procedimientos terapéuticos han demostrado resultados satisfactorios y similares en formas clínicas específicas de los trastornos neuróticos y a la inversa, un mismo proceder ha demostrado elevada eficacia en diferentes formas clínicas de trastornos neuróticos. Colegas y colaboradores han compartido y aceptado este razonamiento, avalado por investigaciones<sup>5-8</sup> que constituyeron el punto de partida de reflexiones acerca de una nueva concepción de los trastornos neuróticos. Desde entonces y hasta la actualidad se ha ido desarrollando y perfeccionando un modelo teórico pentadimensional que incluye en su explicación una serie de pautas psicológicas que tipifican al trastorno neurótico y además un análisis acerca de las generalidades, etiología, unicidad y tipo de trastorno según síndrome clínico dominante.<sup>9</sup>

Sin embargo, hasta el momento se carece de un instrumento que oriente este diagnóstico psicológico. Por lo que, basados en la teoría elaborada y teniendo en cuenta además la probada eficacia de los tratamientos psicológicos como terapia de elección, se considera necesaria la construcción de un instrumento válido y confiable para diagnosticar trastornos neuróticos en pacientes adultos, desde la dimensión psicológica.

La elaboración y la estandarización de un instrumento diagnóstico para evaluar la presencia de los trastornos neuróticos, según los indicadores propuestos, resultó el foco central de atención. Lo anterior nos situó ante el problema de investigación: ¿cómo

determinar la validez y confiabilidad de un instrumento diagnóstico para identificar la presencia de trastornos neuróticos en pacientes adultos desde la dimensión psicológica?

Se planteó como objetivo general: determinar la validez y confiabilidad de un instrumento diagnóstico para identificar la presencia de trastornos neuróticos en pacientes adultos desde la dimensión psicológica. Los objetivos específicos fueron:

- Identificar las posibles pautas diagnósticas de los trastornos neuróticos en pacientes adultos desde la dimensión psicológica.
- Elaborar una propuesta de instrumento para evaluar las pautas diagnósticas identificadas de los trastornos neuróticos en adultos desde la dimensión psicológica.
- Determinar validez y confiabilidad del instrumento diagnóstico elaborado.

## **MÉTODO**

Se realizó un diseño mixto de investigación, teniendo en cuenta su gran utilidad y aplicación en los últimos años en disímiles campos, tales como la Educación, la Comunicación, la Medicina y la Psicología.<sup>10</sup> En un primer momento se utilizó como método de investigación cualitativa la Teoría fundamentada ya que se utilizaron datos que fueron recogidos y analizados sistemáticamente con anterioridad, a través del proceso de teorización<sup>11</sup>, pues se utilizó la teoría para desarrollar o confirmar las explicaciones del fenómeno estudiado a partir de hallazgos en el diagnóstico e intervención psicoterapéutica con pacientes neuróticos adultos por más de 20 años. En un segundo momento se procedió con un diseño cuantitativo no experimental ya que no hubo manipulación de variables, sino que se realizó una observación del fenómeno para luego ser analizado, sin manipulación del mismo<sup>12</sup> a través de un estudio descriptivo transversal.

La investigación precisó de los criterios de un grupo de expertos, constituido por un número impar de especialistas. La muestra de expertos se seleccionó de manera intencional, teniendo en cuenta el potencial de los expertos y los siguientes criterios de inclusión:

- Psicólogos que laboran en el área clínica o psiquiatras de los diferentes municipios de la provincia arriba mencionada, así como de otras.
- Especialistas con más de diez años de experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes neuróticos adultos.
- Especialistas con voluntad de participar en la investigación.

La muestra de expertos estuvo constituida por 15 especialistas (14 psicólogos y 1 psiquiatra); de ellos, 12 vinculados directamente a la asistencia y 3 a la docencia (también, a la asistencia pero de modo parcial). Se contó con 5 doctores en ciencia, 6 másteres y 4 licenciados. Todos con más de 15 años de experiencia en el tema. En conjunto representaron varias regiones del país, incluyendo profesionales de las tres principales facultades de Psicología de la nación: la de la Universidad de La Habana, la de la Universidad Central de Las Villas y la de la Universidad de Oriente.

Para la muestra de los pacientes se optó por un muestreo incidental pues hizo muy difícil conocer exactamente el número de pacientes diagnosticados con trastornos neuróticos en el territorio, pues los mismos no están dispensarizados y no existe criterio estadístico al respecto. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Disposición de participar en la investigación.
- Pacientes que se atendieran en los servicios de Psicología y/o Psiquiatría diagnosticados con trastornos neuróticos según la clasificación internacional (Capítulo V ó F de la CIE-10).

Las variables de la investigación fueron las siguientes:

- Paradoja esencial de los trastornos neuróticos.
- Trastornos en la respuesta emocional.
- Trastornos del ajuste de la conducta.
- Trastornos en las relaciones interpersonales.
- Deterioro de los intereses.
- Disminución del rendimiento intelectual.
- Deterioro de la autoestima.

Las variables utilizadas fueron de tipo cualitativa nominal. Se valoraron según su frecuencia en: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, y siempre. A continuación, su operacionalización:

**Paradoja esencial de los trastornos neuróticos.** Se define como la manifestación sintomática esencial de los pacientes que presentan trastornos neuróticos. Supone el reconocimiento consciente (crítica) del malestar generado por los síntomas y la probabilidad de que el aquejado pueda llegar incluso a reconocer las situaciones, los eventos o las condiciones que provocan o acentúan sus dificultades; aunque no siempre sucede, en el caso, se evidencia una imposibilidad de cambiar dicha situación. Sus indicadores son:

- Posibilidad de reconocimiento consciente (crítica) de situaciones, eventos, contextos y personas, que generan malestar y síntomas en el aquejado. Reconocimiento de los síntomas que son molestos y ajenos a su desempeño habitual e incluso capacidad de recordar desde cuándo aparecen los síntomas y el malestar en general.
- Posibilidad de no lograr el reconocimiento.
- Incapacidad del aquejado de comportarse o sentirse de otra manera a pesar del reconocimiento (crítica) de esa situación, pues tiene dificultades en “poner de su parte” para cambiar. Sus esfuerzos por dejar de comportarse así resultan fallidos.

**Trastornos en la respuesta emocional.** Se refiere al malestar emocional y a la presencia reiterada de síntomas emocionales en los pacientes que padecen un trastorno neurótico, manifestado en el malestar emocional “flotante”, generalmente activado sin una causa directa identificable. Este malestar se mantiene con una intensidad de grado diferente a lo largo del día, de la semana o del mes, con evolución tórpida y crónica sin tratamiento. Sus indicadores son:

- Sensación del aquejado de estar “aplastado”, agobiado, vencido por las emociones negativas y de no saber qué las hizo aparecer en ese momento.
- Sensación de que las emociones lo ahogan, lo asfixian y no se las puede “sacar de encima”.
- Percepción de un futuro carente de esperanzas y sensación de que su malestar emocional no se resolverá.
- Percepción de gravedad variable de los síntomas emocionales a lo largo de un período determinado (día, semana, mes).
- Afirmaciones que evidencian la tendencia a mantener o a incrementar gradualmente los síntomas emocionales, en la medida que el tiempo (meses, años) transcurre.

**Trastornos del ajuste de la conducta.** Son las dificultades que pueden aparecer en un individuo aquejado por un trastorno a nivel neurótico que suponga dificultades para controlar sus impulsos, falta de madurez del *yo* y la consecuente disminución en la capacidad de tomar decisiones o ajustar su conducta para desempeñarse eficazmente ante situaciones demandantes, dificultades para lograr un desempeño conductual fluido y sin errores reiterados, y pérdida del sentido de orientación ante lo cotidiano. Sus indicadores son:

- Sensación de sucumbir a impulsos, a pulsiones, a emociones primarias, a “prontos”.

- Evaluación, posterior al desempeño, de no haber pensado las cosas antes de actuar.
- Percepción de inseguridad y/o angustia por no saber escoger entre opciones, o de no saber qué hacer ante situaciones de la vida cotidiana.
- Sensación de desconfianza, inconformidad, inseguridad sobre la pertinencia o adecuación de elecciones tomadas o con comportamientos asumidos ante retos cotidianos.
- Conducta cotidiana torpe, irregular y con errores de coordinación motora.
- Sensación de estar perdido, de no saber qué hacer o por dónde empezar ante las demandas cotidianas.

**Trastornos en las relaciones interpersonales.** Se expresa en apatía, desgano o incapacidad para hacer vida pública, incomodidad por la presencia de personas no íntimas (solo desean la compañía de las muy cercanas), y deseo de aislarse y evitar la asiduidad de relaciones interpersonales pudiendo producirse agresividad defensiva. Sus indicadores son:

- Percepción de apatía, desgano o incapacidad para mantener su vida pública habitual.
- Sensación de desagrado ante la presencia de personas no íntimas (sólo aceptan a las muy cercanas).
- Reconocer la preferencia de mantenerse aislado o evitando el contacto con otros.
- Emisión ocasional de conductas agresivas, verbales o físicas, para mantener el aislamiento.

**Deterioro de los intereses.** Es una concreción o reducción de los intereses, los gustos, las preferencias y las inclinaciones habituales del individuo, quien deja de movilizar su comportamiento y desarrolla una apatía ante eventos, situaciones, actividades, locaciones y personas que antes lo motivaban. Puede pasar por estadios en que solo hablan, piensan y se concentran en sus dolencias psicológicas. También, puede terminar con una involución tan severa que lleva a la idea suicida. Sus indicadores son:

- Refieren disminución de sus intereses, gustos, preferencias e inclinaciones habituales e informan que ya no los mueven a la actuación.
- Refieren que últimamente solo piensan, hablan o se interesan por sus dificultades actuales.
- Informan que tienen o han tenido ideas suicidas o asociadas a terminar sus sufrimientos.

**Fluctuación del rendimiento intelectual.** Se refiere a la incapacidad para resolver tareas intelectuales con niveles de rendimientos similares a los habituales antes de la aparición del trastorno, a las dificultades para concentrarse, así como a la merma de la productividad intelectual. Sus indicadores son:

- Disminución de la capacidad para entender y realizar tareas intelectuales con la facilidad y rapidez habituales.
- Dificultades para la concentración.
- Sensación de incapacidad ante los retos intelectuales habituales en general.

**Deterioro de la autoestima.** Se refiere a la sensación de incapacidad y la falta de confianza en sí mismo, a los sentimientos de dependencia, y a las minusvalías múltiples (imagen corporal, desempeño profesional, adecuación a sus roles familiares). Sus indicadores son:

- Percepción de inseguridad ante los retos de la cotidianidad y carencia de confianza, incluso ante eventos triviales.
- Necesidad de compañía (centrada en personas íntimas o muy cercanas).
- Necesidad de aprobación u orientación por parte de personas íntimas o muy cercanas.
- Sensación de incapacidad para afrontar tareas o retos cotidianos de su vida laboral, familiar, personal.

Se utilizó el Método Delphi para conocer las opiniones del panel de expertos<sup>13</sup> y también la escala Likert, método desarrollado por Rensis Likert a principios de los años 30. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, en los cuales se les pide al sujeto su reacción, eligiendo uno de los cinco puntos de la escala (se considera un dato inválido si marca dos opciones). A cada punto se le asigna un valor numérico, lo que posibilita obtener una puntuación en cada ítem y una final sumando todo lo obtenido, por ello se le denomina también escala aditiva.<sup>14</sup>

Se siguieron los principios éticos de acuerdo a los Principios éticos y el Código de Conducta de la American Psychiatric Association (APA), a través del consentimiento informado.<sup>10</sup>

## RESULTADOS

Se identificaron las posibles pautas diagnósticas de los trastornos neuróticos en pacientes adultos y se evaluaron por expertos, a través del Método Delphi, para determinar la probable validez de contenido del futuro instrumento.

Los expertos expresaron en el documento su nivel de conocimiento y argumentación respecto al tema, lo que permitió determinar la competencia de los profesionales consultados. ([Tabla 1](#)).

**Tabla 1. Coeficiente Competencia.**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Ka</b>	0,97	0,97	0,98	0,98	0,99	0,98	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99
<b>Kc</b>	0,9	0,9	0,9	1	1	1	0,9	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>K</b>	0,94	0,94	0,94	0,99	1	0,99	0,95	1	1	1	1	1	1	1	1

Esta información se obtuvo de la primera parte del instrumento. En un segundo momento se realizaron los cálculos correspondientes a las pautas diagnósticas, utilizando para ello el programa Microsoft Excel para la confección de la matriz final. La pauta número 1 quedó en la categoría 2, lo que equivale a que los expertos estuvieron de acuerdo con casi todos los aspectos propuestos. Por otra parte, las pautas restantes quedaron en la categoría 1; o sea, los expertos estuvieron de acuerdo con todos los aspectos ([Tabla 2](#)).

**Tabla 2. Matriz de relación pautas-categorías.**

Pautas	Categorías				
	5	4	3	2	1
1				X	
2					X
3					X
4					X
5					X
6					X
7					X
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

Leyenda de las categorías:

- Estoy completamente de acuerdo.
- Estoy de acuerdo con casi todos los aspectos.
- Estoy parcialmente de acuerdo.
- Estoy de acuerdo con pocos aspectos.
- No estoy de acuerdo.

Posteriormente, se procedió con la prueba piloto, con el objetivo de analizar si los ítems funcionaban adecuadamente y si las instrucciones se comprendían. Se aplicó el instrumento a 50 pacientes que se atendieron en los servicios de Psicología y/o Psiquiatría del municipio Cabaiguán diagnosticados con trastornos neuróticos según la clasificación internacional (Capítulo V ó F de la CIE-10) en el periodo comprendido entre mayo y septiembre del 2008.

Los resultados se sometieron a procesamiento estadístico que determinó su validez interna, estructural o como de conoce mas comúnmente, validez de constructo, utilizando para ello la fórmula Rho de Spearman y el programa SPSS versión 15.0. Este análisis sirvió para definir que el instrumento administrado a los primeros 50 pacientes sería la propuesta final a la que se le calcularía la confiabilidad.

En este caso la muestra se elevó a un total de 209 pacientes, contando esta vez con los servicios de Psicología de los municipios Sancti Spíritus, Fomento, Camajuaní y Cienfuegos, además de Cabaiguán, en el periodo de octubre a diciembre de 2008.

Nuevamente se calculó la validez interna, siguiendo el mismo procedimiento. El análisis de la confiabilidad se realizó una vez más haciendo uso de programa SPSS versión 15.0, calculando el Alfa de Cronbach.

## **DISCUSION**

El 100% de los expertos obtuvo un coeficiente de competencia alto (entre 0,94 y 1), por otra parte el 100% de los expertos aceptaron las pautas identificadas. La información obtenida en esta primera ronda permitió decidir estadísticamente que era suficiente para determinar la validez de contenido. El caso de la primera pauta es comprensible, pues la misma resulta ser la definición conceptual más novedosa. De hecho, su enunciado por sí mismo no la explica, sino que necesariamente hay que recurrir a sus indicadores. Inclusive, es la de menos bibliografía citada por otros autores. Aun cuando la mayoría de los especialistas reconocen en sus pacientes estos tipos de conflictos internos que no le permiten hacer frente a su situación, la manera de denominarlos resulta variada. No

obstante, el hecho de estar de acuerdo con casi todos los aspectos satisface las expectativas de la investigación.

Por otra parte, al analizar las sugerencias de los expertos, se concluyó que las mismas estuvieron relacionadas con la redacción o con algunos términos específicos más que con la propia conceptualización u operacionalización como tal. Teniendo en cuenta, además, los resultados cuantitativos, no se consideró necesario reformular ninguna de las pautas para una segunda ronda. De este modo, se demostró la validez de contenido del instrumento.

Para confeccionar de la propuesta de instrumento se utilizó una escala Likert teniendo en cuenta los indicadores correspondientes a cada pauta diagnóstica que fueron directamente convertidos en ítems. Finalmente la escala quedó dividida en siete partes (correspondiendo a cada pauta) donde cada una incluyó de tres a cinco ítems según los indicadores, para un total de 25. Los mismos se redactaron en forma de afirmaciones, suministrándole al sujeto un total de cinco categorías a elegir la que más se asemejara a sí mismo.

Se calculó la correlación entre las pautas en su conjunto, resultando significativa al nivel 0,01 (bilateral) la gran mayoría. Las pautas de mayores correlaciones fueron la 2, 3 y 4 destacándose la 2, referida a los trastornos en la respuesta emocional, lo que sin duda constituye un indicador diagnóstico vital para las disfunciones neuróticas y de necesaria intervención psicoterapéutica. Los desajustes conductuales, así como el deterioro de las relaciones interpersonales también alcanzaron un puntaje elevado en esta prueba piloto.

También se analizaron los ítems dentro de sus pautas, resultó que para cada una de las siete la correlación fue significativa al nivel 0,01 (bilateral). Estos cálculos demostraron la validez interna, estructural del instrumento, o como se conoce más comúnmente: validez de constructo.

Solo resultó no ser significativo un ítem, lo cual es explicable ya que este indicador se refiere al hecho de haber tenido ideas suicidas o asociadas a terminar sus sufrimientos, lo cual no es común a todos los pacientes, si no que resulta más frecuente en aquellos propensos a las descompensaciones depresivas. Considérese además que muchas veces el paciente no lo reconoce abiertamente en una primera sesión de trabajo. No obstante, por la importancia que se le confiere se decidió incluir este ítem dentro del instrumento en su versión final, a la que se le calculó la confiabilidad.

En la segunda aplicación (209 pacientes) se repitió el cálculo de correlaciones a través de Rho de Spearman, con el objetivo de comparar con resultados anteriores, En esta

ocasión la correlación de las pautas resultó ser significativa al nivel 0,01 (bilateral) para cada una de las mismas, (resultados estos superiores a los anteriores). Nuevamente las pautas 2, 3 y 4 resultaron ser las de mayores correlaciones con coeficientes muy similares. La pauta 1 resultó ser la de menor coeficiente, sin embargo también fue significativo, lo cual corrobora su esencialidad tanto para el diagnóstico como para la intervención. Por su parte, la correlación entre los ítems correspondientes a cada pauta también fue significativa al nivel 0,01 (bilateral) y todos quedaron incluidos.

Posteriormente se analizó la fiabilidad del instrumento, de las fórmulas recomendadas se optó por el Alfa de Cronbach que arrojó un 0.918 para un total de 25 elementos.

Determinada la validez y confiabilidad de este instrumento para el diagnóstico de trastornos neuróticos en pacientes adultos desde la dimensión psicológica, se procedió a elaborar su calificación e interpretación.

## CONCLUSIONES

Se identificaron siete pautas diagnósticas que, desde la dimensión psicológica, caracterizan a los trastornos neuróticos de pacientes adultos. Las mismas sirvieron de base para elaborar un instrumento diagnóstico válido por su contenido y sus constructos y a su vez confiable, que permite identificar la presencia y gravedad de un trastorno neurótico.

Este instrumento creado y validado en nuestro medio, permite identificar la presencia y gravedad de un trastorno neurótico, precisándolo en categorías de intensidad leve, moderada o grave. Permite además diagnosticar el riesgo o vulnerabilidad de padecer un trastorno neurótico, así como su intensidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colaboradores de Wikipedia. William Cullen. Wikipedia, La enciclopedia libre [Internet]. 2009 [citado 22 Feb 2011]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=William\\_Cullen&oldid=24290176](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=William_Cullen&oldid=24290176)
2. Colaboradores de Wikipedia. Neurosis Wikipedia, La enciclopedia libre [en línea]. 2009 [citado 22 Feb 2011]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Neurosis&oldid=25414671>
3. Núñez Villavicencio F. Psicología y Salud. La Habana: Ecimed; 2001.

4. Rogers C, Rosenberg C. La persona como centro. Barcelona: Editorial Herder; 1961.
5. Hernández Martínez I. Modelo de psicoterapia individual para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada [tesis de grado]. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 1998.
6. González Cofiño N, Gómez Cabrera MR. Modelo de psicoterapia individual para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo [tesis de grado]. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 1998.
7. Lima Rojas D. Modelo de psicoterapia individual para el tratamiento del trastorno depresivo recurrente [tesis de grado]. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 1998.
8. Márquez Pérez JF. Modelo de psicoterapia individual para el enfrentamiento de trastornos neuróticos en pacientes adultos [tesis de maestría]. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 1998.
9. Márquez Pérez JF. Trastornos neuróticos: ¿vigencia u ocaso de las neurosis? Duazary. Enero 2009;6(1):62-70.
10. Hernández Sampier R. Metodología de la Investigación. Diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos [CD-ROM]. 5ta ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006.
11. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Ecimed; 2008.
12. Hernández Sampier R. Metodología de la Investigación Tomo 1. La Habana: Ecimed; 2006.
13. Auccasi Rojas M. Cómo validar un instrumento de investigación [Internet]. Obtenida el 13 abril 2008 19: 11: 45 Disponible en: [www.enfermeriaperu.net/investigacion/comovalidarinstru.htm](http://www.enfermeriaperu.net/investigacion/comovalidarinstru.htm)
14. Hernández Sampier R. Metodología de la investigación. Tomo 2. La Habana: Ecimed; 2006.

Entrada: 23/5/2011

Aprobado: 12/3/2012

**Niurka María Hidalgo Anias.** Licenciada en Psicología, Máster en Psicología de la Salud, Profesora Instructora, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey Carlos J. Finlay, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Psicología, Carretera Central Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. [niurkah@iscmc.cmw.sld.cu](mailto:niurkah@iscmc.cmw.sld.cu)