



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN BAJO EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL EN
ADULTO CON SINTOMATOLOGÍA
ANSIOSA GENERALIZADA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

MARIANA YAÑEZ FERRO

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADOS

Dra. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Presidente

Mg. MARIA ELENA APUMAYTA ROSAS

Vocal

Mg. ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ

Secretario

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

DEDICATORIA

“Sanar es una montaña rusa, no tengas miedo al proceso, al final vale la pena”.

- Sara Castrillón

A mi familia por su amor, sinceridad, complicidad, comprensión y apoyo incondicional durante todo este proceso.

A mis consultantes quienes son mi mayor inspiración para seguir creciendo profesionalmente y por recordarme siempre porque elegí esta carrera.

A mi gata por ser mi soporte emocional y mi acompañante fiel en mis madrugadas de redacción

A Bad Bunny por recordarme lo lindo que es la vida y que como dice la canción, “Un día bien, al otro mal, así es la vida y eso no va a cambiar, a veces para sonreír hay que llorar”.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quiero agradecer mi familia. A mi padre por enseñarme que la resiliencia y la perseverancia son mis mejores aliados para alcanzar mis metas.

A mi madre por brindarme la confianza y recordarme siempre que puedo lograr todo lo que me proponga. A mi hermano mayor por enseñarme a no tener miedo de salir de mi zona de confort. A mi hermano menor por ser mi cómplice, compañero de juegos y sobretodo la fuente de alegría.

A mis amigos, por ser mi mejor red de soporte emocional, por acompañarme en mis noches de redacción y siempre enviarme mensajes de “Tú puedes” y “Ya casi lo logras”.

A mi asesora Brigitte, por su compromiso, tiempo, paciencia, amabilidad y rigurosidad en las revisiones de mi tesis, gracias a su apoyo pude alcanzar mi mayor sueño.

Finalmente, quisiera agradecer a mi casa de estudios, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, especialmente a mis profesores, por brindarme conocimientos y recursos necesarios para lograr mi meta de ser Psicóloga y por abrirme las puertas hacía nuevas experiencias.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	3
1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	3
1.1. <i>Visión:</i>	3
1.2. <i>Misión:</i>	3
1.3. <i>Objetivos:</i>	3
1.4. <i>Valores:</i>	4
1.5. <i>FODA:</i>	4
1.6. <i>Ubicación</i>	6
1.7. <i>Reseña</i>	7
2. PUESTO DESEMPEÑADO	8
2.1. <i>Denominación del puesto:</i>	8
2.2. <i>Principales funciones:</i>	8
2.3. <i>Jefe inmediato:</i>	9
2.4. <i>Organigrama:</i>	10
2.5. <i>Plan de trabajo</i>	10
2.6. <i>Descripción del área de trabajo</i>	13
3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
1. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	15
1.1. <i>Cualidades</i>	16
1.2. <i>Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual</i>	17

2.	ANSIEDAD	19
3.	ADULTEZ TEMPRANA.....	21
3.1.	<i>Características</i>	21
4.	MODELOS TEÓRICOS	23
4.1.	<i>Modelo de la ansiedad de Beck</i>	23
4.2.	<i>Modelo de intolerancia a la incertidumbre</i>	24
4.3.	<i>Modelo de evitación de la preocupación y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (MEP)</i>	26
5.	INVESTIGACIONES	28
5.1.	<i>Nacionales</i>	28
5.2.	<i>Internacionales</i>	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....		35
1.	CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	35
1.1.	<i>Problema de estudio</i>	35
1.2.	<i>Estrategias de evaluación y medición evaluación de la problemática</i>	37
1.3.	<i>Procedimiento</i>	43
1.4.	<i>Diagnóstico del problema</i>	43
2.	INTERVENCIÓN	60
2.1.	<i>Problema delimitado</i>	60
2.2.	<i>Objetivos de la intervención</i>	61
2.3.	<i>Técnicas</i>	62
2.4.	<i>Ejecución</i>	67
2.5.	<i>Indicadores de logro</i>	78
2.6.	<i>Monitoreo y evaluación de la intervención</i>	78

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	80
1. RESULTADOS.....	80
1.1. Descripción de resultados hallados.....	80
1.2. Análisis de los resultados encontrados con fuentes.	92
2. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA	102
2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención	102
2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados	104
2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto	105
2.4. Demandas profesionales requeridas (competencias) Capacitaciones técnicas	106
2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional.....	108
RECOMENDACIONES	111
CONCLUSIONES	112
REFERENCIAS.....	113
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: FODA de la organización	4
Tabla 2: Cronograma de actividades del Plan de Trabajo.....	11
Tabla 3: Resultados del Inventario Multiaxial de Millon III	46
Tabla 4: Resultados del Cuestionario de Personalidad Situacional	49
Tabla 5: Resultados del Inventario de ansiedad de Beck.....	50
Tabla 6: Análisis Funcional	51
Tabla 7: Autorregistro para la línea base	54
Tabla 8: Cronograma de trabajo.....	70

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organigrama del centro	10
Figura 2: Modelo de la intolerancia a la incertidumbre	26
Figura 3: El Modelo de Evitación de la Preocupación y el TAG	28
Figura 4: Diagrama del procedimiento	43
Figura 5: Línea base de sintomatología de ansiedad generalizada.....	57
Figura 6: Evaluación de pre y post test del Inventario de Ansiedad de Beck	81
Figura 7: Lista de cotejo de síntomas por mes	83
Figura 8: Resultados del registro semanal de tareas sobre las técnicas de regulación emocional.....	85
Figura 9: Resultados del COGNI sobre la reestructuración de pensamientos.....	87
Figura 10: Resultados de la ficha de solución de problemas sobre los eventos percibidos como estresantes	89
Figura 11: Resultados de la lista de cotejo sobre las actividades saludables	91

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso en un varón de 26 años con sintomatología de ansiedad generalizada. Se planteó como objetivo general: Reducir los síntomas de ansiedad generalizada en el consultante a fin de contribuir en la mejora su calidad de vida. Además, se propuso como objetivos específicos los siguientes: Favorecer el desarrollo de habilidades de regulación emocional, desarrollar la capacidad para identificar pensamientos irracionales ligados a la ansiedad y modificarlos por pensamientos adaptativos, realistas y flexibles, favorecer el uso de técnicas de solución de problemas para afrontar situaciones percibidas como estresantes y fortalecer su capacidad para gestionar su tiempo a fin realizar actividades saludables. Cabe resaltar que para el proceso de intervención se utilizó en enfoque Cognitivo Conductual, por lo que se programaron 24 sesiones que abordaron el área emocional, cognitiva, conductual (resolución de problemas) y de gestión de tiempo. Luego de la intervención se observó que el consultante logró disminuir su sintomatología ansiosa, pasando de un nivel moderado a uno normal. Adicionalmente se observaron mejoras en sus habilidades de regulación emocional, flexibilidad de pensamiento, resolución de problemas y planificación de actividades saludables.

Palabras clave: Sintomatología de ansiedad generalizada, Enfoque Cognitivo Conductual, regulación emocional, reestructuración de pensamiento

ABSTRACT

A case study was carried out in a 26-year-old man with symptoms of generalized anxiety. The general objective was: To reduce the symptoms of generalized anxiety in the patient in order to contribute to the improvement of his quality of life. In addition, the following were proposed as specific objectives: To favor the development of emotional regulation skills, to develop the capacity to identify irrational thoughts linked to anxiety and modify them by adaptive, realistic and flexible thoughts, to favor the use of problem-solving strategies to face situations perceived as stressful and to strengthen their capacity to manage their time in order to carry out healthy activities. It should be noted that the intervention process used a Cognitive Behavioral approach, so 24 sessions were scheduled to address the emotional, cognitive, behavioral (problem solving) and time management areas. After the intervention it was observed that the patient was able to reduce his anxious symptomatology, going from a moderate to a normal level. Additionally, improvements were observed in his emotional regulation skills, thinking flexibility, problem solving and planning of healthy activities.

Key words: Generalized anxiety symptomatology, Cognitive Behavioral Approach, emotional regulation, thought restructuring.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por presentar una serie de síntomas somáticos, debido a una preocupación excesiva sobre los acontecimientos vividos o por la percepción catastrófica sobre el futuro. Estas no se limitan a un solo aspecto en su vida, en cambio, se presentan en múltiples entornos. Por ese motivo, genera un malestar significativo en el sujeto, pues le es difícil o no es capaz de manejarlo; llegando a deteriorar varios aspectos en su vida (American Psychological Association, 2017).

Sin embargo, ciertas personas presentan algunas de las características anteriormente descritas, pero no cumplen con todos los criterios diagnósticos necesarios para ser considerados un Trastorno de Ansiedad Generalizada. A esta población también es importante brindarle un tratamiento, puesto que le permitirá evitar desarrollar un trastorno a futuro. Cabe precisar que, la intervención tendría que centrarse en reducir la sintomatología de ansiedad generalizada, a nivel emocional, cognitivo y conductual, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Teniendo esto en cuenta, es importante precisar que el presente estudio buscó reducir el nivel ansiedad en un adulto joven con sintomatología de ansiedad generalizada. Para ese fin, se realizó una intervención desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual, debido a su evidencia empírica en el tratamiento de la ansiedad.

Es así que, en el primer capítulo, se presenta información relacionada al centro en el que se desarrolla la intervención, se explica brevemente su visión, misión, objetivos, valores, FODA, ubicación y reseña. Así también, el puesto que

se desempeña, incluyendo las funciones, el organigrama y el plan de trabajo. Finalmente, la línea de investigación que se decidió utilizar para el presente estudio.

En el segundo capítulo, se expone el marco teórico en el que se basa el estudio de caso. Este incluye información relevante del enfoque de la terapia cognitivo conductual, sus cualidades y técnicas. Además, define la sintomatología de la ansiedad generalizada. También, se expone tres modelos teóricos de la ansiedad generalizada. Por último, se menciona algunas investigaciones nacionales e internacionales como antecedentes del presente trabajo.

En el tercer capítulo, se describe la contextualización del problema, resaltando el problema de estudio, las estrategias de evaluación, el procedimiento y la presunción diagnóstica. Además, se especifica la intervención realizada, que abarca los objetivos de intervención, las técnicas utilizadas, la ejecución (cronograma de actividades), los indicadores de logro y el monitoreo.

Del mismo modo en el cuarto capítulo se describen los resultados. En los que se detalla lo obtenido en la intervención, asimismo, se expone la reflexión de la experiencia, detallando las limitaciones, el impacto, el aporte de la intervención, las demandas profesionales y la autoevaluación. Finalmente se mencionan algunas recomendaciones para futuras investigaciones y las conclusiones del trabajo.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1.1. Visión:

Ser una institución que brinde la mejor atención personalizada en salud mental del País, con un equipo multidisciplinario altamente calificado, logrando un impacto positivo en la calidad de vida de todos nuestros pacientes y sus familias.

1.2. Misión:

Recuperar el bienestar emocional de la persona en las diferentes áreas de su vida y situaciones en las que se encuentre, brindando apoyo necesario y oportuno de manera profesional.

1.3. Objetivos:

- Brindar atenciones psicológicas especializada y de calidad contribuyendo a la Salud Mental de los pacientes.
- Brindar capacitaciones y actualizaciones periódicas para desarrollar y potenciar las competencias técnicas del equipo.
- Desarrollar un flujo de atención para agilizar los procesos de admisión de pacientes nuevos.
- Garantizar herramientas digitales para mejorar las intervenciones virtuales de tipo individuales, grupales y talleres.
- Fortalecer la comunicación del equipo de trabajo a través de medios digitales y reuniones de seguimientos de casos.

1.4. Valores:

- Empatía.
- Trabajo en equipo.
- Vocación de servicio.
- Eficacia.
- Innovación.

1.5. FODA:

Tabla 1:

Análisis FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1. Experiencia institucional con más de 10 años en la intervención con pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad, Depresión y Ansiedad.	1. No se cuenta con el área de Recursos Humanos.
2. Equipo multidisciplinario en Salud Mental.	2. Funciones de trabajadores no especificados.
3. Profesionales especializados en el área de competencia.	3. Ausencia de plan de marketing digital.
4. Adecuada coordinación y comunicación interna.	4. Número limitado de especialistas para responder a la demanda de pacientes.
	5. Uso ineficiente de los materiales psicológicos.
	6. Horarios del personal sujeto a la disponibilidad del paciente.

-
- | | |
|---|--|
| <p>5. Personal comprometido con los objetivos de la institución.</p> <p>6. Adaptación del servicio psicológico en la modalidad presencial y virtual.</p> <p>7. Diseño y desarrollo de material personalizado según las necesidades de cada paciente.</p> <p>8. Capacitación y actualización al personal.</p> <p>9. Ambientes que cumplen los protocolos de bioseguridad indicados por el Ministerio de Salud frente a la pandemia por COVID-19.</p> <p>10. Intervención integral con pacientes y sus familiares.</p> <p>11. Financiamiento de recursos tecnológicos para el desarrollo de las terapias.</p> | <p>7. Deficiente procesos de registro, ingresos y cobro de servicios a pacientes.</p> <p>8. Ausencia de flujograma de atención.</p> <p>9. Incumplimiento de normas de reprogramación por parte del personal.</p> |
|---|--|

OPORTUNIDADES

AMENAZAS

- | | |
|--|---|
| <p>1. Reconocimiento institucional.</p> <p>2. Creciente demanda de la salud mental en el Perú.</p> <p>3. Crecientes avances tecnológicos para la atención remota de pacientes.</p> | <p>1. Estado de emergencia impuesto por la pandemia actual de la COVID-19.</p> <p>2. Inestabilidad económica y política en el País.</p> |
|--|---|
-

4. Desarrollo de políticas en Salud Mental a nivel nacional.	3. Apertura de centros psicológicos especializados en zonas aledañas.
5. Avances científicos recientes que aportan a la teleconsulta psicológica.	4. Deserción de los pacientes por falta de apoyo socioemocional del entorno en el proceso de terapia.
6. El centro se ubica en una localización accesible y un distrito seguro.	5. Estigmatización de los problemas de salud mental que dificulta la búsqueda de apoyo psicológico.
7. Mayor visibilización de la salud mental y su importancia en medios de comunicación.	6. Falta de normas nacionales de regulación de tarifas de atención psicológica.
8. Amplitud de plataformas digitales para la difusión y promoción de servicios psicológicos.	7. Preferencia de consultantes por centros terapéuticos con diversos enfoques psicológicos (Gestalt, Sistémico, Psicoanálisis, etc.).

1.6.Ubicación

El Centro se encuentra en el distrito de Miraflores, Provincia de Lima y Departamento de Lima. Se ubica a una cuadra al oeste del Óvalo Julio Ramón Ribeyro, a 30 metros al este se encuentra la calle Miguel iglesias y la Avenida Comandante Espinar. Así mismo, a los alrededores se puede observar la Embajada de Brasil y el parque Kennedy de Miraflores. Las principales vías de acceso son: la Avenida El Ejército, la Avenida José Pardo y la calle Ramon Zavala.

1.7. Reseña

Todo comenzó por el sueño y voluntad de nuestra directora de crear un centro para tratar a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, preocupada por una atención de calidad para personas con este trastorno complejo. La directora terminó sus estudios de psicología y empezó a formarse como terapeuta psicoanalítica y posteriormente se capacitó y adiestró como terapeuta cognitivo conductual. Luego decidió seguir especializándose con el equipo de Marsha Linehan en Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Hasta que, en el año 2005, empezó sus atenciones a pacientes en un primer consultorio. Fue así como, a medida que pasaban los años incrementó la demanda de pacientes y se decidió ampliar el consultorio a un primer centro que ofrecía terapia individual, terapia grupal y se brindaba capacitación sobre la Terapia Dialéctica Conductual a otros profesionales de la salud mental.

Más tarde en el año 2014 el sueño de la directora se concretaría aún más, ya que, se logró la inscripción del centro como una institución formal añadiendo dos trabajadores para el desarrollo de las terapias individuales, grupales y talleres. Desde entonces, se ha buscado el crecimiento del centro para convertirse en uno altamente especializado en tratar cuadros complejos, problemas de desregulación emocional y trastornos como Ansiedad, Depresión, Bipolaridad y Trastorno Límite de la Personalidad; y contribuir en la mejoría de la salud mental y calidad de vida de esta población.

Actualmente, somos un equipo terapéutico multidisciplinario especializado en el cuidado de la salud mental, que busca responder de mejor manera a las necesidades de atención de los pacientes, realizando constantes capacitaciones y

talleres de formación para los trabajadores y psicoeducación para los familiares de los pacientes.

2. PUESTO DESEMPEÑADO

2.1. Denominación del puesto:

Psicóloga Jr.

2.2. Principales funciones:

Las funciones han sido desarrolladas en el centro bajo la supervisión de una psicóloga especialista, colegiada y habilitada, siendo esta la directora del mismo. A continuación, se precisarán las actividades que se ejecutan:

- Organización de temas para el desarrollo de terapia grupal: Mindfulness, habilidades interpersonales, regulación de emociones y tolerancia a la frustración.
- Elaborar, modificar y enriquecer las fichas didácticas de las terapias de grupo para los trastornos de ansiedad, depresión, desregulación emocional y Límite de la Personalidad.
- Realizar sesiones grupales de relajación, psicoeducación y entrenamiento de técnicas de afrontamiento. Dicha actividad comienza con una explicación de la técnica, luego se procede a realizar prácticas con casos ficticios y role playing de situaciones cotidianas. Además de ello, cada participante comparte sus experiencias propias y cómo podría aplicar la técnica de la sesión. Finalmente se asigna tarea del tema trabajado.
- Evaluaciones psicológicas mediante entrevistas y aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas. Dichas evaluaciones se realizan a los usuarios

nuevos (con y sin diagnóstico) y para los consultantes que desean una evaluación específica.

- Intervención psicológica a personas con diagnóstico de ansiedad, depresión, bipolaridad, trastornos de personalidad y con problemas de desregulación emocional desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual.
- Elaboración de informes psicológicos.
- Diseño y desarrollo de talleres en temas como: Regulación emocional para diferentes grupos etarios, prácticas de mindfulness, psicoeducación para padres de consultantes con desregulación emocional, entre otros.
- Elaboración de contenido psicoeducativo para redes, en temas como: pautas para regular las emociones, pautas para mejorar la productividad, pautas para dormir mejor, pautas de hábitos de estudio, técnicas de mindfulness, frases motivacionales y psicoeducación sobre trastornos mentales.
- Psicoeducación al familiar sobre temas de validación, comunicación asertiva, regulación emocional, establecer límites y llegar a acuerdos.
- Desarrollo de programas sobre temas de dependencia afectiva, procrastinación y habilidades sociales, dichos temas se realizan tanto a usuarios del centro (con o sin diagnóstico) como al público en general.

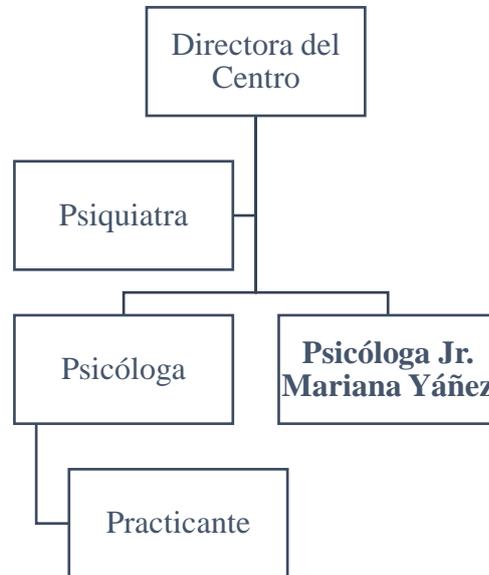
2.3. Jefe inmediato:

NRA- Directora del Centro.

2.4. Organigrama:

Figura 1

Organigrama del centro



2.5. Plan de trabajo

2.5.1. Actividades Generales en el Área Clínica

Las actividades detalladas en el plan de trabajo son supervisadas por la directora del centro que es psicóloga especializada en terapia cognitivo conductual y terapia dialéctica conductual, colegiada y habilitada.

Evaluación y diagnóstico:

La evaluación psicológica se realiza utilizando entrevistas, aplicando y corrigiendo pruebas psicométricas y proyectivas. Esto según la necesidad particular del consultante, a fin de elaborar un informe psicológico.

Intervención terapéutica:

Se brinda intervención psicológica desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual, haciendo uso de diversas técnicas de psicoeducación, regulación de emociones, autoinstrucciones, solución de problemas, habilidades sociales, reestructuración cognitiva y técnicas para afrontar el estrés. Además de ejercicios de Mindfulness y relajación.

Orientación y consejería:

Esta está dirigida a los familiares de los usuarios del centro en las cuales se aborda: psicoeducación del diagnóstico de su familiar, soporte emocional, validación, técnicas de respiración-relajación, y entrenamiento en comunicación asertiva.

Tratamiento de problemas grupales.

Se brinda terapias grupales en entrenamiento de técnicas de mindfulness, habilidades interpersonales, regulación de emociones y tolerancia a la frustración a usuarios del centro.

Por otro lado, se desarrollan talleres bimensuales para consultantes del centro y público en general sobre los siguientes temas: dependencia afectiva, procrastinación, habilidades sociales y autocompasión.

Elaboración de materiales:

Se elaboran materiales psicoeducativos con recomendaciones para padres y consultantes, incluyendo material didáctico, informativo y trípticos. Finalmente, se elaboran videos sobre ejercicios de relajación, estrategias de comunicación asertiva,

ejercicios de mindfulness, técnicas de regulación emocional y habilidades TIPP para manejo de crisis.

Investigación:

En el centro no se realizan investigaciones. Sin embargo, se llevan a cabo revisiones bibliográficas sobre protocolos, manuales, y libros referentes a distintos tipos de tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual para trastornos psicológicos dependiendo del grupo etario.

Talleres y charlas para la comunidad:

Se elaboran y desarrollan talleres, charlas gratuitas para la comunidad y capacitaciones sobre los siguientes temas: Manejo de ansiedad, ejercicios de mindfulness y tips para no procrastinar.

2.5.2. Cronograma de actividades:

Tabla 2:

Cronograma de actividades del Plan de Trabajo

ACTIVIDADES	PERIODO DE TRABAJO 2020-2021											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Evaluación y diagnóstico:												
•Aplicación y corrección de pruebas psicométricas y proyectivas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
•Elaboración de informes psicológicos.												
Intervención terapéutica:												
•Intervención psicológica desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual: Conceptualización de caso, psicoeducación, técnicas de regulación de emociones, solución de problemas, etc.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
•Práctica de ejercicios de Mindfulness y relajación, etc.												

Orientación y consejería:

•Orientación y consejería a familiares de los pacientes que reciben tratamiento en el centro. X X X X X X X

Tratamiento de problemas grupales.

•Terapias grupales. X X X X X X X X X X X X

•Elaboración de programas.

Elaboración de materiales:

•Elaboración de materiales psicoeducativo X X X X X X X

•Elaboración de videos.

Investigación:

•Revisiones bibliográficas X X X X X X X X X X X X

Talleres y charlas educativas para la comunidad:

•Se elaboran y desarrollan talleres y charlas para padres, familiares y para la comunidad de redes sociales. X X X X X X X

2.6.Descripción del área de trabajo

El centro se categoriza como una empresa pequeña, puesto que cuenta con un personal limitado (menos de 250 personas) y tiene una facturación moderada (Ministerio de Economía y Finanzas,2021). El local se encuentra en la séptima planta, es un departamento de 90 m², cuenta con tres consultorios, cada uno de ellos tiene los siguientes implementos: escritorios, sillas, pizarras y útiles de papelería. Por otro lado, en el ambiente para las terapias de grupo se observa una mesa de vidrio y seis sillas de cuero; así como un sofá de 3 metros, un televisor para las actividades terapéuticas, un mueble de melamina para almacenar las historias, pruebas y material del centro. Además, el personal cuenta con acceso a los electrodomésticos y menaje de cocina. Respecto a los servicios higiénicos se cuenta con tres baños, dos para el uso del personal y uno para el uso de los pacientes. Así mismo, posee un almacén es utilizado para guardar las historias clínicas y los materiales bibliográficos. Finalmente tiene un estacionamiento para uso exclusivo de los trabajadores.

3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de este estudio se decidió seguir la línea de investigación **“Bienestar psicológico y salud mental”** que busca indagar los factores emocionales y de salud mental que regulan el bienestar psicológico y permiten la adaptación orientada a la calidad de vida de las personas (Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología, 2021). Del mismo modo, el presente estudio de caso tiene como finalidad identificar los desencadenantes del malestar emocional del consultante para realizar una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo

conductual potenciando así sus recursos y estrategias de afrontamiento frente a las demandas de su entorno y así, contribuir en su calidad de vida y desarrollo personal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una de las intervenciones terapéuticas más utilizadas en el ejercicio de la psicología contemporánea. Su eficacia está validada científicamente debido a que es posible observar los resultados de su aplicación de manera empírica. Por ello, es habitualmente empleada, ya que ha demostrado alta efectividad en una amplia variedad de problemas psicológicos, tales como trastornos de ansiedad y depresión, problemas de consumo, trastornos alimentarios, problemas de pareja, entre otros (American Psychological Association, 2017).

Lo más resaltante de la terapia cognitivo conductual es que busca una perspectiva que integre lo observable y las creencias de su mundo interior, aquel que está compuesto por sus creencias, opiniones y demás construcciones mentales. El objetivo de la terapia TCC es generar un cambio conductual, cognitivo y emocional eliminando conductas desadaptativas; para más adelante, a través del uso de técnicas y recursos de afrontamiento, se creen y entrenen nuevas conductas adaptativas (Ruiz, 2012).

Esta terapia se origina en primer lugar en las bases de la psicología conductista y los principios de la teoría de aprendizaje desarrollada en la década de 1950. En sus inicios y en base a investigaciones sobre modelamiento, instigación y refuerzo positivo se planteaba que el comportamiento del paciente respondía al esquema estímulo-respuesta, lo cual daba un punto de partida para llevar a cabo intervenciones en conductas desadaptativas, las cuales a su vez eran evaluadas

mediante la observación empírica de la conducta. A esta primera etapa se la conoce como la primera generación de terapias cognitivas.

Luego, alrededor de los años 70, surge la necesidad de incluir en dicha intervención los procesos cognitivos subjetivos del paciente pues cada vez se volvía más y más evidente que los principios del aprendizaje se tornaban insuficientes y limitados al momento de realizar la intervención. De este modo, y con la finalidad de sopesar estas limitaciones propias del método predominante, es que se comienza una segunda generación de la TCC en la que se desarrolla la teoría del aprendizaje social de Bandura. Paralelamente, los enfoques cognitivos continúan su evolución, desembocando en técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de situaciones y técnicas de solución de problemas (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2020).

Posteriormente, una tercera generación de la terapia cognitivo conductual se sitúa en los inicios de la década de 1990. Su desarrollo incorpora el enfoque cognitivo con un carácter constructivista, el cual da inicio a las nuevas terapias contextuales que proceden del conductismo radical. Esta tercera ola de terapias cognitivas se orienta hacia una visión de eficacia, efectividad y pragmatismo, aunque se incluyen también las meditaciones. Es en esta etapa donde se encuentran las terapias más relevantes, tales como: la psicoterapia funcional analítica, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctica conductual, la terapia cognitivo constructivista, y la terapia cognitiva, la cual está basada en mindfulness (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2020).

1.1.Cualidades

- La terapia cognitivo conductual puede ser definida en la actualidad como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, validada empíricamente bajo

los principios y teorías eficaces del aprendizaje y el condicionamiento. Esta terapia se caracteriza, en esencia, por ser de índole autoevaluativa a lo largo de todo el proceso de intervención, teniendo como punto de referencia tanto a la metodología experimental como un énfasis especial en la validación empírica (Ruiz, 2012).

- La TCC en un ámbito de intervención en salud trabaja con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales del paciente identificadas como desadaptativas, cuya etiología parte del aprendizaje cotidiano, las cuales con la repetición y encadenamiento de sucesos se convierten en hábitos (Prieto, 2015).
- Esta terapia posee una orientación educativa debido a que es de carácter explícito. Debido a esto, gran parte de sus procedimientos se llevan a cabo de manera estructurada con módulos educativos conjuntamente con la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema, el abordaje a realizar y la lógica del tratamiento (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2020).
- Actualmente, la TCC se ha consolidado como la orientación psicoterapéutica más eficaz, influyente y extendida a nivel global; por lo que, mediante las investigaciones y avances científicos continúa desarrollando técnicas y programas de intervención para así continuar contribuyendo a los conocimientos en salud mental (Froxán et al., 2018).

1.2. Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo a Ellis y Joffe-Ellis (2019) se tienen las siguientes técnicas:

- **Autoinstrucciones**

Esta técnica se utiliza para modificar el diálogo interior de un paciente, ya que a veces su forma de pensar interfiere en el cumplimiento o manejo de tareas

específicas. Para esto, se utilizan frases alentadoras y pensamientos de afrontamiento para que el individuo sea capaz de enfrentarse a la situación de una mejor manera. Esta técnica busca que el paciente formule sus propias instrucciones, focalice su atención en el objetivo de la conducta, regule su emoción y reciba retroalimentación de su desempeño, evaluando su conducta, reforzando los avances y reduciendo así su ansiedad.

- **Reestructuración cognitiva**

Esta técnica se utiliza para llevar a cabo la identificación y corrección de formas de pensar disfuncionales que tiene el paciente. Es decir, esta técnica se centra en modificar la interpretación que el individuo realiza de las experiencias que tiene, cambiando, por ejemplo, pensamientos irracionales que le provocan molestias por otros más racionales que le hagan sentir más estable.

- **Relajación**

Esta técnica consiste de un conjunto de procedimientos que se basan en la relajación profunda de los músculos. Con esto, se libera la tensión acumulada y se consigue la reducción de la ansiedad, ya que la relajación anula el hábito de respuesta por ansiedad.

- **Hechos versus interpretaciones**

Esta técnica permite al consultante diferenciar los hechos como eventos objetivos, comprobables y observables, a diferencia de las interpretaciones que son valoraciones subjetivas de la situación vivida. Esto permite a la persona tener una percepción realista y sin juicios de los acontecimientos.

- **Desensibilización**

Esta es una técnica desarrollada por Wolpe (1958) la cual busca extinguir la respuesta ansiosa a través de exposiciones progresivas (imaginarias o reales), las cuales se acompañan de técnicas de relajación. Con esto, se mantiene al consultante en un estado de relajación mientras se le expone a situaciones que le generan miedo.

2. ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta desadaptativa que ocurre cada vez que la persona trata de enfrentarse a situaciones de estrés las cuales percibe como peligrosas o riesgosas. Además, de acuerdo al nivel de gravedad en el que la ansiedad se presente, puede considerarse un trastorno; siendo ubicado dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (2018) catalogado dentro de dos grupos: F40: Trastornos fóbicos de ansiedad y F41: Otros trastornos de ansiedad. En cualquiera de estos dos, la ansiedad perturba significativamente las áreas: personal, académica, y profesional del individuo.

En el primer grupo, la ansiedad es generada por factores bien específicos, pero generalmente inocuos e incluye los siguientes trastornos: F40.0 Agorafobia, F40.1 Fobias sociales, F40.2 Fobias específicas (aisladas), F40.8 Otros trastornos fóbicos de ansiedad, y F40.9 trastorno fóbico de ansiedad, no especificado.

En cambio, en el segundo grupo, la ansiedad es el síntoma más importante pero no es producida por algún factor en específico, e incluye los siguientes trastornos: F41.0 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica], F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada, F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y

depresión, F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos, F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados, y F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado.

Sin embargo, para el propósito del presente estudio de caso nos enfocaremos específicamente en el Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1).

Para empezar, el trastorno de **ansiedad generalizada** se caracteriza por una sintomatología física y fisiológica la cual se puede evidenciar mediante la sudoración, principalmente en las manos, frente, espalda, así como en otras partes del cuerpo. Se puede también observar movimiento tembloroso de las manos, tensión elevada, rigidez en los hombros y movimientos bruscos causados por una dificultad para la respiración. Además, se presentan palpitaciones aceleradas del corazón, resequedad en la boca (no debida a medicación o deshidratación), sensación de ahogo (la cual produce dificultad para respirar), dolor en el pecho y abdomen, náuseas acompañadas de mareo y en ocasiones hasta desmayo, sofocos de calor, o también escalofríos.

Aparte de los mencionados, también se pueden experimentar síntomas de naturaleza psicológica y sensorial. Por ejemplo, la persona puede exteriorizar un sentimiento de miedo excesivo a morir, sensación de estar bajo una carga excesiva de presión “al límite” de una situación, miedo a perder el control y perder la conciencia, sentir que los objetos alrededor no son reales (desrealización) o despersonalización. Asimismo, en algunos casos se evidencian sensaciones de aturdimiento u hormigueo, inquietud e incapacidad para relajarse, sensación de tener un nudo en la garganta o dificultad para tragar. Además, cognitivamente, las situaciones se evalúan como potencialmente peligrosas a través de pensamientos tales como, “¿Y si me va mal?”, “¿Y si fracaso?”, “Esto no es seguro”, “No tengo

el control” asociados a diferentes esferas de su vida, los cuales a su vez mantienen la ansiedad al largo plazo.

3. ADULTEZ TEMPRANA

De acuerdo a García y Delval (2019), la adultez temprana es la etapa de la vida del ser humano que comprende desde el final de la adolescencia hasta el inicio de la adultez, la cual está comprendida entre los 25 y 30 años. Esta etapa se caracteriza ante todo por poseer la sensación subjetiva de no ser un adulto aún.

3.1. Características

3.1.1. Desarrollo Emocional

Un hito importante en la etapa de la adultez emergente consiste en dejar el hogar familiar, lo cual puede generar un sentimiento de angustia por los retos a afrontar en una vida independiente (Uriarte, 2005). Además, existe una tendencia a tener más apertura emocional, a explorar de nuevas actividades y profundizar en las que más les gusta (Jiménez, 2012). En general, debido a los cambios mencionados, algunos presentan más problemas emocionales que otros.

Asimismo, los cambios en esta etapa llevan al adulto a distinguir con claridad aquellos aspectos de su persona que pueden o no sacrificar para contentar a su entorno. En esta etapa, están listos para comprometerse y establecer relaciones amorosas mutuas e íntimas. No obstante, en algunos casos, si no pueden llegar a establecer este tipo de relaciones; es decir, si no logran encontrar un compañero, entonces pueden surgirles conflictos en donde experimentan sentimientos de inseguridad, soledad e inferioridad.

Así, la Organización Mundial de la Salud (citado por el Ministerio de Educación, 2020) informó que durante la pandemia de coronavirus aumentó en riesgo de salud mental entre los jóvenes de 18 a 29 años, lo cual significó un aumento del riesgo a nivel medio en problemas de ansiedad o depresión. Además, se afirmó también que los cambios establecidos en el Perú a causa de la pandemia pueden traer como consecuencia episodios de estrés, ansiedad, y miedo con respecto al futuro de diferentes sectores de interés para la población, tales como el educativo, laboral, de administración justicia, de lucha contra la pobreza, entre otros.

3.1.2. Desarrollo Cognitivo

En la etapa adulta, el individuo puede llegar a estancarse con las construcciones cognitivas que fueron desarrolladas en la adolescencia e infancia; es decir, al haber alcanzado ya la madurez neurobiológica, los cambios en la estructura mental son orientados a la funcionalidad debido a que el adulto optimiza y consolida los conocimientos aprendidos previamente. Con la edad, la velocidad de procesamiento se ve disminuida; sin embargo, esto se compensa con la mejora de estrategias de afrontamiento de problemas y situaciones. Por otro lado, existen también los adultos que son capaces de lograr nuevos aprendizajes y estructuras mentales desde cero, tales como el aprender a tocar un instrumento, dibujar, aprender un nuevo idioma o técnica en alguna disciplina. Asimismo, en esta etapa el adulto robustece y consolida su escala de valores (Ruiz, 2012).

3.1.3. Desarrollo Social

El desarrollo social característico del adulto emergente se ve influenciado por la partida del hogar de sus padres para así emprender una vida por su propia

cuenta, lo que muchas veces significa que ha sido capaz de obtener un empleo como medio de sustento económico propio. En ese sentido, el adulto se encuentra en un entorno en el cual va adquiriendo un sentido más claro de competencia o incompetencia, de evaluar si puede lograr concretar sus aspiraciones personales o no, así como un sentido de independencia. En este nuevo contexto, el adulto hará nuevas amistades, tendrá rivalidades y si así lo desea formará parte de una relación de pareja. En esta etapa, su red de contactos crece, pero al mismo tiempo disminuye la cantidad de amigos que considera como cercanos (Delgado, 2009).

4. MODELOS TEÓRICOS

4.1. Modelo de la ansiedad de Beck

Clark y Beck (citado en Díaz 2019) trabajaron juntos en el establecimiento de una teoría propia la cual conceptualizaba la respuesta ansiosa como un entramado complejo constituido por componentes conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos. De acuerdo a estos autores, dicho entramado se acciona cada vez que el individuo prevé que los resultados de los sucesos puedan ser potencialmente peligrosos, salirse de control o ser imprevisibles. Es así que, en su planteamiento establecieron que la activación de la ansiedad consistía de dos etapas de procesamiento de la información.

En la primera etapa o valoración primaria de la amenaza, el individuo lleva a cabo una evaluación rápida y efectiva de que tan peligroso podía llegar a ser un determinado suceso. Los autores de esta teoría manifestaron que en el trastorno de la ansiedad coexisten una sobreestimación de la seriedad de un posible daño y una sobrevaloración de la probabilidad de que este se realice. Asimismo, en la segunda

etapa o reevaluación secundaria, el individuo lleva a cabo un proceder más estratégico, con mayor control y elaboración de la información recientemente recolectada.

Además, Clark y Beck hicieron notar que aquellos pacientes que sufrían de ansiedad no solo encontraban mayores dificultades para discernir los aspectos seguros dentro de las situaciones que guardaban riesgo o peligro, sino que también tendían a subvalorar sus propias habilidades de afrontamiento. En resumen, la ansiedad se mantiene y desarrolla gracias a la participación activa de procesos cognitivos automáticos de los individuos que sufren este trastorno.

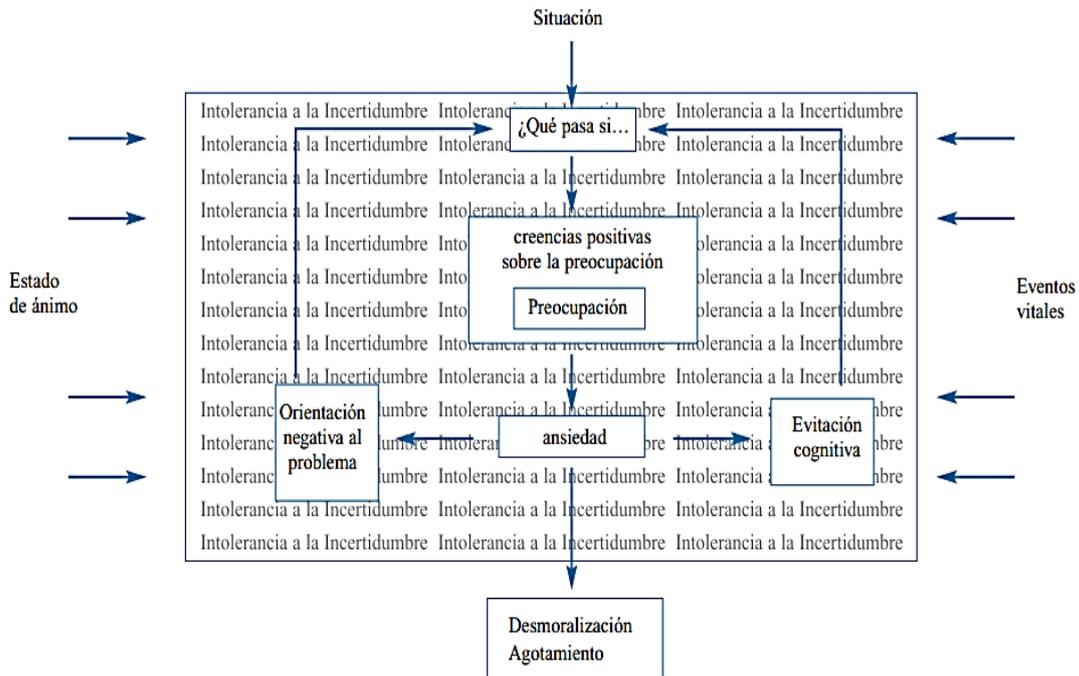
4.2. Modelo de intolerancia a la incertidumbre

Los estudios de Dugas, Marchand y Ladouceur (2005) demostraron que el modelo de la incertidumbre distinguía fiablemente a las personas que sufren del trastorno de ansiedad generalizado (TAG), las cuales exhiben una especial fragilidad a situaciones que crean incertidumbre. Dicha particularidad lleva a estos pacientes a traducir como catastróficas aquellas situaciones con mucha ambigüedad las cuales usualmente clasifican como peligrosas o indeseables. Consecuentemente, los llamados detonadores tanto internos como externos (o vale decir aquellos malestares o molestias que les producen las lecturas catastróficas mencionadas) actúan como disparadores continuos de preguntas tipo, ¿Y si...? (Rosales y Rebok, 2016). Asimismo, se demostró que la severidad de los síntomas de pacientes con TAG puede ser predecidos con precisión a través del modelo de la incertidumbre como a través de la orientación negativa a los problemas que los pacientes experimentan (Dugas et al., 2007).

La preocupación devenida de situaciones con mucha incertidumbre, de acuerdo a los autores, tal cual es vista por estos pacientes, es una manera efectiva de afrontar o incluso prevenir aquellas situaciones que tanto temen. En otras palabras, la falta de tolerancia que experimentan estos pacientes actúa tanto como un factor detonante como uno de mantenimiento. De esta manera, y tomando en cuenta que las bases del trastorno de ansiedad generalizado son un afrontamiento de los problemas a partir de un estado mental negativo y de una evasión cognitiva, los diversos autores plantean que el tratamiento a seguir con estos pacientes es trabajar teniendo como punto focal la aceptación de la incertidumbre como un hecho que forma parte de la vida misma. Por lo tanto, el objetivo más importante que se perseguirá a partir de este punto es que los pacientes puedan reconocer situaciones en donde su incertidumbre es más manejable y empezar a fortalecer su tolerancia de forma gradual.

Figura 2

Modelo de la intolerancia a la incertidumbre



4.3. Modelo de evitación de la preocupación y el Trastorno de Ansiedad

Generalizada (MEP)

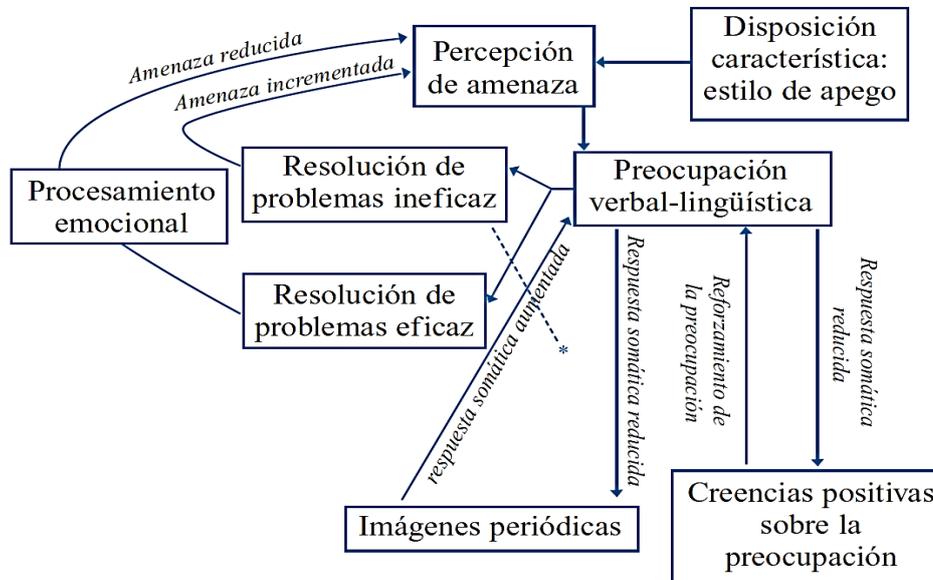
Se tienen estudios descriptivos que señalan que, aquellos individuos que sufren del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) refuerzan su preocupación con otros individuos a través de creencias positivas compartidas sobre su idea de la preocupación misma, ya que no estos individuos no cuentan con otros recursos para lidiar y dar solución a determinadas situaciones (Borkovec et al, 2004 & Roemer et al., 2002). Behar, Zullig y Borkovec (2005), asimismo, afirman que existen suficientes evidencias que demuestran que la preocupación es básicamente un proceso verbal-lingüístico diametralmente opuesto a un proceso compuesto de una serie de imágenes y pensamientos repletos de afecto negativo, que es la forma como la preocupación es usualmente descrita (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree,

1983). En concreto, se puede afirmar que aquellos individuos que sufren de TAG utilizan la preocupación como un recurso que les permite evitar el procesamiento de situaciones más emocionales.

Es importante señalar que las técnicas cognitivo conductuales que se utilizan para el tratamiento de la TAG se han desarrollado tomando en cuenta los pilares fundamentales del MEP. Entre estas técnicas tenemos, a saber: (a) auto-monitorización, (b) técnicas de relajación, (c) auto-control de desensibilización, (d) control gradual de estímulos, (e) restructuración cognitiva, (f) monitorización del resultado de la preocupación, (g) promoción de la atención, y (h) expectativas de vida libre (Behar y Borkovec, 2005).

Figura 3

El Modelo de Evitación de la Preocupación y el TAG.



** Impide una eficaz resolución de problemas / procesamiento emocional*

5. INVESTIGACIONES

5.1. Nacionales

Una investigación realizada por Maraví (2020) titulada “Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada” tuvo como objetivo disminuir la ansiedad generalizada en una usuaria adulta mediante un programa de intervención cognitivo conductual. La metodología empleada en esta investigación es de diseño experimental de caso único multicondicional ABA. El sujeto experimental fue una mujer de 43 años de edad a la que se le aplicaron los instrumentos: Test de matrices progresivas de Raven, el test de pensamientos automáticos de Aaron Beck, el inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), el inventario de ansiedad y depresión de Beck, el cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R, el inventario Clínico Multiaxial de Millon III y el

Inventario SCL-90. Respecto a la intervención psicológica, estas se desarrollaron en 22 sesiones: Sesión N° 01 Psicoeducación y programación de actividades, Sesión N° 02 Psicoeducación en T.C.C y Entrenamiento en Reestructuración Cognitiva, Sesión N° 03 Automonitoreo, Sesión N° 04 Terapia de exposición, Sesión N° 05 Terapia de resolución de problemas, Sesión N° 06 técnicas y entrenamiento de Relajación, Sesión N° 07 Reestructuración cognitiva, Sesión N° 08 Programación de actividades diarias, Sesión N° 09 Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson, Sesión N° 10 Reestructuración Cognitiva, Sesión N° 11 técnicas y entrenamiento de Relajación, Sesión N° 12 Terapia de resolución de problemas, Sesión N° 13 reestructuración cognitiva, Sesión N° 15 Control de estímulos, Sesión N° 16 Resolución de problemas, Sesión N° 17 Ensayos conductuales, Sesión N° 18 Resolución de problemas, Sesión N° 19 Resolución de problemas, Sesión N° 20 Entrenamiento en higiene para dormir, Sesión N° 21 Estrategias interpersonales, Sesión N° 22 Estrategias interpersonales y finalización de intervención. Finalmente, los resultados de la investigación evidenciaron que el trastorno de ansiedad generalizada en el sujeto disminuyó con el tratamiento los niveles de la ansiedad de 54% a 14%, favoreciendo la disminución de la intensidad de la preocupación, además consiguió modificar los pensamientos distorsionados e incrementó su repertorio conductual en habilidades sociales.

Otra investigación desarrollada por Rojas (2021) titulada “Caso clínico de trastorno generalizado de ansiedad” cuyo objetivo fue realizar una intervención desde el enfoque cognitivo conductual. La metodología utilizada fue un estudio de caso clínico a un joven de 22 años con el diagnóstico de trastornos de ansiedad generalizada. Para ello se realizaron varias sesiones en cuatro meses y medio: En el

primer mes se desarrolla la alianza terapéutica, en el segundo mes se brinda la psicoeducación, programación de actividades, control de estímulos y se da soporte emocional, en el tercer mes se entrena en técnicas para el manejo de la ansiedad (relajación, distracción y verbalizaciones internas), en el cuarto mes se trabaja con autorregistros, planteamiento de metas a corto y largo plazo, exposición a situaciones de miedo. Finalmente, como conclusión, detalló que los síntomas han disminuido en un 60% por lo cual recomendó continuar con el abordaje psicoterapéutico.

Así mismo, en la investigación de diseño de estudio de caso realizada por Espinoza (2019) titulada “Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual” la cual tuvo como objetivo identificar y modificar el sistema de creencias irracionales en una paciente mujer de 57 años para establecer nuevos mecanismos de pensamiento caracterizadas por ser: lógicas, objetivas y racionales. La metodología empleada en esta investigación es de diseño de estudio de caso. Respecto a la paciente, el autor de la investigación refiere que, esta se hallaba dentro de un cuadro ansioso debido a problemas económicos y pobre soporte familiar. Esto se expresa físicamente en sudoración excesiva, temblores corporales y de manera sintomática en tristeza patológica, anhedonia e ideas catastróficas. Dados estos síntomas y con el propósito de emitir un diagnóstico certero, el investigador le aplicó el cuestionario de depresión de Beck. Para la investigación se llevaron a cabo 12 sesiones de 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicaron diversas técnicas cognitivo conductuales. Mediante la identificación y diferenciación de sus pensamientos y emociones racionales, de esa manera trabajó en modificar los pensamientos

irracionales por medio de técnicas cognitivas de debate. Asimismo, empleó la Imaginación Racional Emotiva. Además, el autor empleó el uso de la técnica de experimento conductual, técnica de respiración diafragmática, la técnica de Relajación imaginaria y seguimiento a través de la técnica emotiva del Rol Racional emotivo. Finalmente, como resultados de la investigación el autor indica que: la paciente obtuvo nuevas habilidades para controlar la ansiedad, restauró su funcionalidad personal, social y familiar, instaurar habilidades sociales adecuadas.

5.2.Internacionales

Una investigación de diseño experimental de caso único de reversión A-B-A, en Bolivia por León (2019) titulada “Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada”. La investigación tuvo como objetivo reducir los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada en un paciente masculino de 54 años de edad a través de un proceso de evaluación psicológica a partir del modelo cognitivo conductual. Como instrumentos en esta investigación se emplearon: el inventario multiaxial de Millon (MCMI-III), inventario de ansiedad estado-rasgo IDARE y autorregistros. Respecto al paciente, el autor indica que el paciente refiere sentirse preocupado en demasía, incómodo respecto a la su conducta impulsiva frente a los problemas de su hogar y trabajo en el que se desempeña como panadero. Dada esta declaración por parte del paciente, el autor aplicó la prueba de Inventario Clínico Multiaxial de Millon III para corroborar los síntomas de un trastorno de ansiedad generalizada. Respecto a las puntuaciones obtenidas por el paciente, este obtuvo (90) en la escala de sinceridad, puntuación de (60) en deseabilidad social lo que evidenciaba que el paciente no buscaba mostrarse de manera positiva, obtuvo un puntaje de (70) en la

escala de devaluación lo que evidenciaba que no intentaba mostrar problemas emocionales. En cuanto a los patrones clínicos para identificar una severa patología de la personalidad, sus puntuaciones se ubicaron entre (38) a (64), lo cual lo ubicaba fuera de un síndrome clínico patológico. Sin embargo, obtuvo una puntuación elevada en la escala de síndrome clínico (75), lo cual es indicador del trastorno de ansiedad y no presentó un puntaje alto en la escala de síndromes clínicos graves. Tomando en cuenta estos datos, el autor llevó a cabo 13 sesiones con una duración de 45 minutos por semana, en las sesiones el autor empleó el modelo cognitivo conductual y el modelo cognitivo de Beck. La investigación concluye indicando que, consiguió cumplir el objetivo y la eficacia esperada en el paciente mediante el uso de estos modelos.

Del mismo modo, Pabuena (2019), en su investigación de diseño de caso único de dos fases A-B “Evaluación e Intervención Clínica de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo cognitivo conductual”, la cual tuvo como objetivo reducir la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad a un paciente hombre adulto de 47 años través de técnicas cognitivas conductuales. La investigación estuvo constituida por tres etapas, la primera se centraba en obtener información relevante para la historia clínica mediante entrevistas semiestructuradas, autorregistro, observación directa y pruebas psicométricas (Inventario de Millon III, Inventario de ansiedad estado-rasgo). La segunda etapa, enfocada en la intervención terapéutica a partir del modelo cognitivo conductual. La tercera etapa fue centrada en la evaluación post test, prevención de posibles recaídas y el cierre. El autor llevó a cabo 10 sesiones de 40 a 60 minutos cada una por semana. Finalmente, la investigación concluye que, Se logró cumplir con el

objetivo principal reduciendo la sintomatología ansiosa utilizando las técnicas cognitivo conductuales mejorando su estado emocional, fisiológico y conductual. Esto se evidenció en los resultados comparativos del pre y post test de IDARE, en el que se redujo significativamente el rasgo y estado de ansiedad.

Otra investigación realizada por Zuluaga (2018) titulada “Aplicación de la Terapia Cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente”, la cual tuvo como objetivo describir, explicar y analizar el proceso psicoterapéutico de un caso único de Trastorno dependiente de la personalidad y trastorno mixto de ansiedad y depresión desde la terapia cognitiva en un joven masculino de 21 años de edad, soltero que vive con sus padres. La intervención psicológica para la investigación se llevó a cabo en 5 sesiones de una hora y media cada una, una vez por semana. Para corroborar el diagnóstico de ansiedad del paciente, así como para conocer el nivel de esta, el autor aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) como pre y post test; el paciente había obtenido un puntaje de 49 puntos en el pre test. Conociendo el nivel de ansiedad, el autor se enfocó en disminuir los síntomas ansioso – depresivos a través de estrategias cognitivo conductuales; técnicas de relajación y respiración, activación conductual, técnica de dominio y la gradual asignación de tareas para controlar su sintomatología durante las primeras dos sesiones. Posteriormente, en la sesión 3, el autor desarrolló con el paciente las técnicas de re-estructuración cognitiva, técnicas de imaginería, entrenamiento en asertividad, exploración de ventajas y desventajas, además de técnicas para identificar y reestructurar las distorsiones cognitivas; esto fue realizado con el propósito de reducir las conductas de evitación del paciente. Luego, en la sesión 4, con el propósito de robustecer la

autonomía en autoafirmación y autoeficacia en el paciente; el autor empleó las técnicas de re-estructuración cognitiva, ensayos conductuales, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, implementación jerárquica de comportamientos asertivos, tareas de auto prohibición. Por último, el autor utilizó técnicas cognitivas, conductuales y experienciales como: reestructuración cognitiva, diálogo socrático, exploración de ventajas y desventajas de las creencias, debatir la veracidad de las creencias, comprobación histórica de las creencias, ensayos conductuales, técnicas de imaginación, reestructuración de recuerdos tempranos, cartas a los padres y hermanos y carta no enviada al niño interior. Esto con el objetivo de modificar la creencia nuclear del paciente “no soy capaz solo”. Como conclusiones finales de la investigación, el autor evidenció una disminución de los síntomas ansiosos del paciente, consiguió re estructurar los pensamientos automáticos negativos preponderantes del paciente, una adherencia al tratamiento, que el paciente haya conseguido finalizar su práctica académica, haber desarrollado en él las habilidades de toma de decisiones y resolución de conflictos y finalmente, que el paciente obtuviera un nivel de ansiedad leve (10) en el post test del inventario de ansiedad de Beck.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Problema de estudio

1.1.1. Motivo de consulta:

Varón de 26 años, soltero, residente de la provincia de Lima, bachiller de ingeniería, realizó el contacto con el centro por recomendación de un familiar.

En un inicio fue atendido por la psicóloga de turno, quien refirió que el consultante verbaliza “Vengo porque desde hace algunos meses me he sentido mal”, la especialista en la ficha de derivación refiere que dicho malestar inicia a raíz de los cambios en su rutina debido al aislamiento social. Así mismo, la psicóloga menciona que el usuario tiende a sentirse “nervioso” y muy preocupado por lo menos tres veces al mes, esta sensación se acentúa cuando no realiza actividades y se pone a pensar sobre su desempeño en el futuro. Según los datos que refiere la especialista, el consultante comenta que su “nerviosismo” se manifiesta con agitación respiratoria, sudoración en las manos y malestar en el estómago. Además, informó que el usuario relata algunos rasgos obsesivos como revisar si la puerta está bien cerrada, si la perilla del gas está apagada, sin especificar duración ni frecuencia. Finalmente resalta que tiene buena predisposición para llevar terapia y cuenta con antecedentes de familiares con Trastorno Bipolar, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Psicosis Obsesiva.

Luego de una semana, se cita al consultante a una primera sesión y relata: “Últimamente me he sentido preocupado como nervioso, siento que he perdido el

control de mis acciones y por eso vengo para poder trabajar en mí”. Además, refiere que desde hace 2 meses ha empezado a sentir “nerviosismo” que se presenta en varias situaciones, algunas como: Cuando tiene tiempo libre piensa en su futuro y su estabilidad, al recibir observaciones o correcciones en el trabajo, al conversar con una figura de autoridad, al momento de negarse a una petición de sus amigos, al compararse con los logros de los demás, entre otros. Cabe resaltar que estos síntomas se presentaban con mayor intensidad cuando discutía con ex pareja y cuando empezó en su nuevo trabajo. Estas se presentan de una o tres veces al mes aproximadamente, pero no llega a afectar a sus actividades diarias. Sin embargo, últimamente no ha podido manejarlas empleado sus estrategias, habiéndose intensificado los síntomas. Además, vienen acompañados de síntomas como: agitación respiratoria (pocas veces), temblores en el cuerpo, sudoración, malestar en el estómago, miedo a que pase algo terrible y dificultades para conciliar el sueño (tarda entre 1 a 2 horas); comenta que la intensidad de dichas manifestaciones varía entre 3 a 7/10 dependiendo de la situación a la que se enfrenta y que normalmente le dura de 10 minutos como mínimo a 2 horas como máximo. Dichas reacciones vienen acompañadas de pensamientos como “Y si le digo algo equivocado”, “Y si se incomoda con lo que le diré”, “Debería haberlo sabido”, “¿Por qué dije eso?”, “Sería terrible si me equivoco”, “no lo voy hacer bien”, “no voy a encontrar un buen trabajo” y “no sé si mi decisión es la mejor”, entre otros. Cabe resaltar que, el consultante no percibe los síntomas anteriormente mencionados como un problema de significancia en su vida, puesto que, para manejarlos utiliza las siguientes estrategias: jugar videojuegos, salir a manejar bicicleta, mirar series de TV y llamar a alguien. Sin embargo, en este último mes ha notado que estas estrategias le

funcionan parcialmente puesto que siente alivio momentáneamente y luego regresan las reacciones de “nerviosismo”.

Conviene destacar que esta no es la primera vez que asiste al psicólogo, refiere que durante su adolescencia asistió a dos sesiones de orientación y consejería para desarrollar habilidades sociales cuyos temas abordados fueron: fortalecimiento de estrategias de exposición (utilizando el lenguaje corporal) y habilidades de negociación. Finalmente, se clarifica que los rasgos obsesivos relatados por la psicóloga son conductas aisladas y que no generan compulsiones.

1.1.2. Delimitación del problema

A partir de toda la información recolectada en la primera sesión y lo referido por la psicóloga del centro, se considera necesario intervenir en las siguientes áreas:

- Emocional: Identificar y reconocer sus emociones, sobre todo el “nerviosismo” que manifiesta como problema, aprender a diferenciar emociones funcionales y disfuncionales, entrenamiento en técnicas de relajación y mindfulness.
- Cognitivo: Identificar las creencias irracionales y pensamientos distorsionados, diferenciar entre hechos e interpretaciones, aprender y utilizar las autoinstrucciones, reestructuración cognitiva y resolución de problemas.
- Conductual: Entrenamiento en estrategias de afrontamiento, exposición a situaciones percibidas como estresantes, planificación de tiempo, retomar actividades saludables dirigidas a objetivos.

1.2. Estrategias de evaluación y medición evaluación de la problemática

Para la evaluación del caso se utilizaron las siguientes herramientas:

1.2.1. Entrevista

La entrevista es uno de los instrumentos más eficaces para recabar información y lograr hallar un diagnóstico o presunción diagnóstica eficaz; ya que te permite recolectar datos de la sintomatología, grado de afectación, la percepción del consultante a través de su narrativa al describir el problema y sus estrategias de afrontamiento. Además, permite al especialista realizar una valoración del estado del consultante y conocer aspectos emocionales, cognitivos, sociales, culturales, económicos que pueda implicar un factor influyente en su motivo de consulta (Swartz, 2021; Agüera, 2021 & Morrison, 2015). Debido a lo anteriormente descrito, se consideró utilizar este instrumento para obtener abundante información que nos permita, en primer lugar, obtener la información de su historia de vida y el contexto en el que se desarrolla el problema. En segundo lugar, recabar información para realizar la presunción diagnóstica y elaborar un análisis funcional de la conducta problema. En tercer lugar, que nos permita tener un primer acercamiento al consultante, consiguiendo hacerle sentir cómodo y así empezar a construir la alianza terapéutica. Finalmente, en cuarto lugar, aclarar dudas respecto a la problemática descrita por el consultante.

La entrevista conductual permite identificar las conductas problema por el cual acude el consultante, además posibilita la obtención de información para completar la historia clínica y desarrollar el análisis funcional. La entrevista conductual tiene la siguiente estructura:

- Proporcionar una explicación inicial y el motivo por el que se requiere que detalle la información del problema.

- Identificar la(s) conducta(s) problema para poder delimitarla de forma específica.
 - Parámetros de frecuencia, intensidad y duración sobre la conducta problema.
 - Antecedentes de la conducta del problema.
 - Consecuencias de la conducta problema.
 - Recursos y fortalezas del consultante.
- Establecer los registros para la medición de las conductas.
- Para concluir, se resume la información y se evalúa la comprensión del consultante.

1.2.2. Observación

La observación es una técnica fundamental para lograr recolectar información a través de todos los sentidos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2014); nos permite reconocer algunos elementos paralingüísticos (gestos, risas, mímicas, llanto, temblores, etc.) que acompañan al relato del consultante (Swartz, 2021). Se utilizó esta herramienta por ser fundamental para la obtención de datos adicionales a la narración del consultante; así como identificar en su lenguaje corporal (expresiones faciales o movimientos corporales) algunas conductas que acompañan a ciertas emociones o sentimientos; por ejemplo: mover las piernas al sentirse ansioso o golpear la mesa al estar molesto.

1.2.3. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) creado por Theodore Millon, Seth Grossman & Carrie Millon, la primera versión se creó el año 1983 y

la tercera versión en el año 1997 el cual tuvo como objetivo evaluar la personalidad y la psicopatología en los adultos (Pearson). Esta prueba evalúa patrones clínicos de la personalidad, patologías graves de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves. Cuenta con 175 ítems de tipo de respuesta dicotómica (Verdadero y Falso) y da como resultados: Indicadores elevados (\geq a 85), indicador moderado (75-84), indicador sugestivo (60-74), indicador bajo (35-59) e indicador nulo (0-34). En el Perú, Otianiano (2012) realizó la validez de constructo y eficacia diagnóstica (validez clínica de las escalas de depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Se decidió tomar esta prueba porque permite recolectar información y poder descartar presencia de trastornos, patologías y síndromes más comunes. Para este caso en específico se decidió utilizar esta prueba como instrumento de tamizaje, de esta forma observar si existe indicadores elevados en cada una de las dimensiones; y en base a ello, evaluar con pruebas específicas a fin de obtener una evaluación más profunda.

1.2.4. Cuestionario Personalidad Situacional (CPS)

Adicionalmente se utilizó el cuestionario de Personalidad Situacional elaborado por Fernández et.al. en el año 2001 con el objetivo de evaluar los rasgos de personalidad y formas de comportamiento en diferentes situaciones de la vida. Dicha prueba consta de 15 variables (Estabilidad emocional, Ansiedad, Autoconcepto, Eficacia, Confianza en sí mismo, Independencia, Dominancia, Control cognitivo, Sociabilidad, Ajuste social, Agresividad, Tolerancia, Inteligencia social, Integridad y Liderazgo) Y 233 ítems de tipo de respuesta dicotómica (verdadero, falso). En el Perú, Araujo (2014) realizó la adaptación lingüística, validación y confiabilidad de la prueba en el que se adaptó

lingüísticamente la versión española. Así mismo, en cuanto a la validez, las correlaciones oscilaron entre 0.60 a 0.98 por lo que no se eliminó ningún ítem ni escala. Respecto a la confiabilidad de consistencia interna se encontraron niveles altos en la mayoría de escalas. Se utilizó este instrumento para poder identificar algunos rasgos permanentes de respuesta y predisposición de conductas en su día a día; de esta manera, obtener datos sobre sus patrones de comportamiento frente a situaciones específicas, y así, complementar a la información recaba por la prueba MILLON III.

1.2.5. Inventario de Ansiedad de Beck

Del mismo modo, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck fue creado por Beck & Steer en el año 1993 con el objetivo de medir la ansiedad y determinar el nivel de gravedad y puede ser utilizada a partir de los 13 años. Esta prueba cuenta con 21 ítems, tiene 4 opciones de respuesta en escala de Likert (de 0 a 3 pts.) y el tiempo de aplicación es corto (5 a 10 min); los resultados de esta prueba ubican en cuatro categorías a los niveles de ansiedad: normal (0-8), leve (10-18), moderada (19-25) y severa (26-63) (Thornberry citado por Ruiz, 2020). En el Perú Thornberry (citado por Ruiz, 2020) realizó la validez de constructo adecuada con una varianza de 36.26%. Además, para la confiabilidad de consistencia interna se encontró un alfa de cronbach de 0,91 por lo que se reafirma que existe una relación entre ítems (Chang, 2015). Debido a que, el consultante refiere sentir “nerviosismo” y detalló síntomas propios de la ansiedad generalizada, según CIE10, se decidió evaluar con esta prueba para así identificar que síntomas presenta y determinar el nivel complejidad; de esta forma ajustar mejor la intervención a realizar.

1.2.6. Evaluación conductual

Análisis funcional

El análisis funcional es una herramienta fundamental para la formulación del caso, esta permite integrar la información recolectada por la entrevista conductual. Así mismo, sintetiza la problemática del paciente y las variables implicadas generando una hipótesis de su afectación y funcionabilidad. En el análisis funcional se pueden considerar las siguientes variables: antecedentes, conducta problema y consecuencias; con la finalidad de evaluar la función de la conducta. Consiste en realizar un análisis de conductas específicas del consultante para establecer variables determinantes y cuales se pueden controlar para producir un cambio. Ruiz (2012) presenta que el proceso de evaluación funcional se divide en varias fases que son:

- Definir la conducta problema.
- Fase descriptiva, orientada a identificar información importante sobre las variables del problema.
- Fase interpretativa, se elaboran hipótesis sobre la relación causal entre las variables encontradas.
- Fase de verificación, se comprueba la hipótesis.

Autorregistro para la línea base.

En la terapia cognitivo conductual se utilizan los autorregistros de manera regular con diferentes diseños y propósitos. Ruiz (2012) menciona que un autorregistro básico, utilizado en fases iniciales de la intervención, se puede recolectar información de las situaciones a las que se enfrenta el consultante, sus

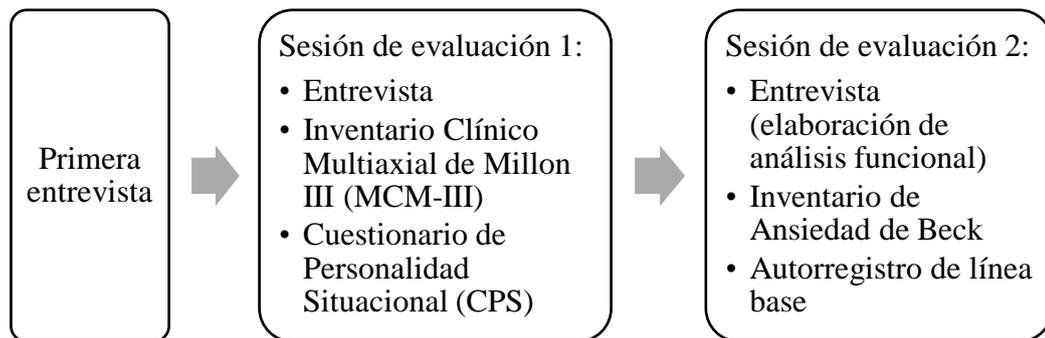
pensamientos, las consecuencias emocionales y conductuales. A medida que se avanza en la intervención el registro puede incluir más variables como debate de pensamiento, pensamiento alternativo y consecuencias emocionales y conductuales con los nuevos pensamientos.

1.3.Procedimiento

Al principio se realizó una primera entrevista, en la que se recabaron datos generales y el motivo de consulta, luego de ello se programaron dos sesiones más para realizar la evaluación psicométrica. En la primera sesión de evaluación se aplicó el inventario de MILLON-III, y el Cuestionario de Personalidad Situacional. Posterior a la calificación de dichas pruebas se decidió aplicar una prueba específica, para este caso fue el Inventario de Ansiedad de Beck.

Figura 4

Diagrama del procedimiento



1.4.Diagnóstico del problema

1.4.1. Observación de la conducta

La primera sesión desarrollada con el consultante se dio de manera presencial. Sin embargo, debido a los sucesos relacionados a la salud pública frente

a pandemia mundial de la COVID-19 y las disposiciones del gobierno, se continuaron las sesiones en formato virtual, por lo que, a partir de la primera sesión de evaluación la observación de conducta se vio limitada a lo visualizado a través de la cámara.

Consultante de sexo masculino, aparentó su edad cronológica, de estatura alta, contextura delgada, tez trigueña. Se evidenció buena higiene personal. Evidenció un estado de alerta, orientado en tiempo espacio y persona.

Al inicio de la entrevista, al preguntarle por el motivo de consulta se observó una tendencia de evitar la mirada, habla en un tono de voz bajo y presentó movimientos en las piernas. Durante la entrevista, al describir a que se refería con “nerviosismo” frotó sus manos en las piernas intentando secar el sudor. Mostró una postura rígida y movimientos agitados en las piernas (cabe recalcar que esta conducta se observó solo en la primera entrevista, la cual se llevó a cabo de forma presencial). Además, cuando mencionó las situaciones que le desencadenan “nerviosismo”, se llevó ambas manos a la cara tapándose todo el rostro y exhalando con fuerza. Así mismo, por momentos cuando buscaba resaltar algún dato tendía a llevar su palma derecha al pecho, aumentando el volumen de su tono de voz, enfatizando las palabras y acelerando su ritmo. Al comentar acerca de las estrategias que utiliza para afrontar dichas situaciones desvió la mirada, junta las manos apretándolas con fuerza y por último responde. Al finalizar la sesión, el consultante agradeció, realizó preguntas sobre el tratamiento y se enfatizó su compromiso con el procedimiento.

1.4.2. Resumen de anamnesis

Sobre su desarrollo en la infancia y niñez comenta que fue adecuada, no presentó ningún problema significativo, recalcó que su desarrollo físico, motor, socioemocional, cognitivo y educativo fue normal. Menciona que era un niño tranquilo, creativo, curioso, obediente y que le gusta construir con legos.

En la pubertad, al ingresar a la secundaria presentó cambios en su conducta, se mostró retraído, “nervioso” por las interacciones con el sexo opuesto, sintió inseguridad para tomar algunas decisiones y demostró menos interés por las actividades extracurriculares, recalcó que consideraba esto como características normales para las personas de su edad.

En la adolescencia, manifestó que tenía mayor interés por salir con sus amigos por lo que su rendimiento disminuyó un poco. Reiteró que su desarrollo físico y psicológico se dio de acuerdo a lo establecido. Es en esta etapa, recibió un par de sesiones de orientación y consejería por parte de la psicóloga de su colegio quien le ayudó a desarrollar algunas habilidades sociales para poder exponer mejor (utilizando el lenguaje corporal) y aprender a negociar. Refiere que en esa época se caracterizaba por ser una persona empática con sus compañeros, sereno ante los problemas, participaba en actividades escolares, pero no se consideraba un líder. Además, comenta que normalmente no era de las personas que empezaba la conversación, sino esperaba que los otros lo hagan. Se valoraba como una persona tímida e introvertida.

Finalmente, respecto a su juventud el consultante consideró que fue adecuada, funcional y efectiva porque le permitió terminar su carrera, establecer relaciones de pareja, amicales y desarrollar parcialmente su autonomía. Sin

embargo, tuvo lapsos durante la pandemia, en los que presentó preocupación frente su futuro y su estabilidad, así como sensación de “nerviosismo” frente algunas situaciones con su entorno laboral (al rechazar petición o al hablar con una figura de autoridad), en su entorno social (al comparar sus logros con los del resto), en su relación con su ex pareja (cuando le dejaba en visto) y académico (preocupación por su futuro profesional); todo ello le generó malestar por lo que busca ayuda profesional.

Resaltó nunca ha recibido tratamiento psiquiátrico ni presentado enfermedades físicas que requieran tratamiento de larga data u operaciones. Cuenta con antecedentes de familiares con diagnósticos de salud mental como: Trastorno Bipolar, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Psicosis Obsesiva

1.4.3. Resultados de cada instrumento

Inventario Multiaxial de Millon

Tabla 3

Resultados del Inventario Multiaxial de Millon III

V	Validez	Ptje Total	Nivel
X	Sinceridad	91	Indicador elevado
Y	Deseabilidad Social	85	Indicador elevado
Z	Autodescalificación	78	Indicador moderado
Patrones clínicos de personalidad			

2	Evitativo	114	Indicador elevado
3	Dependiente	93	Indicador elevado
8^a	Pasivo-agresivo	87	Indicador elevado
8B	Autoderrotista	86	Indicador elevado
Patología severa de personalidad			
S	Esquizotípico	115	Indicador elevado
Síndromes clínicos			
A	Ansiedad	82	Indicador moderado
N	Bipolar	78	Indicador moderado
B	Dependencia de alcohol	76	Indicador moderado

En las puntuaciones se puede observar que obtuvo un nivel elevado de sinceridad que se encuentra dentro del rango normal, por lo que se considera la prueba como válida. Asimismo, en las puntuaciones de deseabilidad obtuvo un indicador alto, lo cual señala que busca quedar bien frente a la sociedad o presentar sus atributos positivos, sobre la escala de descalificación, obtuvo un indicador elevado, esto significa que el consultante tiende a calificarse negativamente. Esto se expone con la finalidad que esta información quede sujeta a esta observación.

En el área de patrones clínicos de personalidad, obtuvo un indicador elevado en la escala evitativa, lo que revela tendencia a ser reservado, tímido, vigilante y

preocupado por la opinión ajena. Sus estrategias adaptativas reflejan probable temor y desconfianza en los demás. En la escala de Dependencia, obtuvo un indicador elevado, por lo que se podría tener inclinación a mostrarse pasivo frente a los demás o tener poca iniciativa en las relaciones interpersonales mayormente con el sexo opuesto, suele dudar de sus decisiones. Si bien el consultante tiende a adoptar un rol pasivo en sus interacciones sociales quedándose callado ante comentarios negativos, esta actitud no tiene la finalidad de obtener atención o cuidado por parte de los otros. En la escala Pasivo – Agresivo, obtuvo un indicador elevado, por lo que se hipotetiza presencia de dificultades para manejar las situaciones sociales que percibe como amenazantes. En la escala Autoderrotista, obtuvo un indicador alto, por lo que se sugiere tendencia a mostrarse sumiso, centrado en las necesidades de los demás frente a las de él y reproches de sus percances pasados.

En el área de patología severa de la personalidad, en la escala esquizotípico obtuvo un indicador alto, lo que indica una tendencia a pensar antes de actuar, adoptando una actitud prudente y cautela frente a nuevos retos. Sin embargo, se devela en la entrevista que dicha actitud se mantiene por temor a generar una mala imagen ante los demás o ser criticado a nivel personal y profesional.

En el área de Síndromes clínicos, obtuvo un indicador moderado en la escala de ansiedad, por lo que puede tener predisposición a mostrarse tenso e indeciso; suele pensar que siempre tiene que tener un desempeño perfecto y se anticipa a las cosas teniendo pensamientos catastróficos sobre los eventos que sucederán. Además, en la escala Bipolar obtuvo un indicador moderado por lo que se podría considerar que tiene propensión a tener mayor actividad nerviosa, facilidad para perder la concentración, plantearse metas poco realistas y ser muy exigente. Por

último, obtuvo un puntaje moderado en la escala de dependencia de alcohol, por lo que tiene tendencia a acudir a algún estímulo para el autocontrol, en su caso los videojuegos para poder regular sus emociones.

Cuestionario de Personalidad Situacional

Tabla 4

Resultados del Cuestionario de Personalidad Situacional

ESCALAS		Puntaje	Nivel
Ans	Ansiedad	85	Alto
Ajs	Ajuste Social	71	Alto
Ins	Inteligencia social	76	Alto
VALIDEZ			
Sin	Sinceridad	58	
Des	Deseabilidad social	63	
Cnt	Control	0	

En los resultados del CPS se puede observar que presenta niveles regulares en las puntuaciones de Sinceridad, deseabilidad social y nivel bajo en Control, lo que se podría decir que el consultante no presenta coherencia en las respuestas generando duda en la fiabilidad de los resultados y que al igual del MILLON III tiende a demostrar una imagen positiva de sí mismo y trata de dar una buena

impresión. Se expone esta información para tenerla en cuenta al momento de la calificación de la prueba.

Respecto a la escala de ansiedad obtuvo un puntaje alto lo que demuestra que tiene tendencia a sentirse nervioso, inquieto e inclinación a presentar preocupación elevada y sentimientos de culpabilidad. Así mismo, en la escala de inteligencia alcanzó un puntaje alto lo que nos sugiere que el consultante puede adaptarse con facilidad a situaciones sociales con una adecuada desenvolvura. Finalmente, en la escala de ajuste social se evidencia que tiene predisposición a respetar las normas y obligaciones sociales, siguiendo las reglas presentes.

Inventario de ansiedad de Beck

Tabla 5

Resultados del Inventario de ansiedad de Beck

Puntaje del Inventario de	Puntos	Percentil	Nivel
ansiedad de Beck	21	60	Moderado

Los resultados de la prueba arrojaron que el consultante presenta Ansiedad moderada, siendo manifestada a través de síntomas como miedos sobre el futuro, sensación de calor, mareos, dificultad para respirar, molestias digestivas, temblores en las extremidades, sensación de inestabilidad, sobresaltos y miedo a perder el control de sí mismo; dichos síntomas se han visto presentes en la última semana al día de la evaluación.

Análisis Funcional

A continuación, se presenta el análisis funcional elaborado durante la fase de evaluación.

Tabla 6:

Análisis Funcional

Antecedente (Ed.)	Conducta problema (O)	Consecuencia (Er.)
<p>Factores desencadenantes</p> <p><i>Externos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo libre, sin realizar alguna actividad. • Al recibir observaciones o correcciones en el trabajo. • Al conversar con una figura de autoridad. • Negarse a una petición. 	<p>Emoción:</p> <p>Ansiedad</p> <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación respiratoria (pocas veces). • Temblores en el cuerpo. • Dificultad para respirar (pocas veces). • Sensación de calor. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Y si se incomoda” • “Debería haberlo sabido” 	<p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “He perdido el tiempo” • “Si hubiera hecho” • “Siempre hago las cosas mal” • “Todo es mi culpa” <p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duerme pocas horas y despierta iritado.

<ul style="list-style-type: none"> • Al dejar a sus progenitores solos. <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Piensa sobre el futuro y su estabilidad. • Compararse con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • “¿Por qué dije eso?” • “Y si digo algo equivocado” • “Sería terrible si me equivoco” • “No lo voy a hacer bien” • “No voy a encontrar un buen trabajo” • “No sé si mi decisión sea la mejor” • “Y si pasa algo terrible” <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jugar videojuegos. • Salir a manejar bicicleta. • Mirar series de TV. • Llamar a alguien para conversar. <p>Frecuencia: 3 veces al mes</p> <p>Intensidad: varia, pero en promedio es de 6/10</p> <p>Duración: de 10 minutos a 2 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se olvida temporalmente del problema. • Procrastina sus responsabilidades en otras actividades. <p>Reforzador negativo:</p> <p>Evitación (realizar otras actividades).</p> <p>Reforzador positivo:</p> <p>Rumiación.</p>
--	---	---

De acuerdo a la información recolectada en la entrevista conductual se observa cierto grado de malestar respecto a la emoción de ansiedad (conducta problema), esta se presenta aproximadamente 3 veces al mes en una intensidad promedio de 6/10 y con una duración variable. Suele desencadenarse por eventos como recibir críticas, conversar con una figura de autoridad, al negarse a peticiones, cuando piensa sobre el futuro y al dejar a sus progenitores solos. Dichas situaciones le desencadenan diferentes pensamientos sobre los deberías, “Y si...” e ideas de un futuro catastrófico; que a su vez emiten reacciones fisiológicas como agitación respiratoria, temblores en el cuerpo, dificultad para respirar y sensación de calor. Dado que, el consultante experimenta dicha emoción, acompañado de las reacciones fisiológicas y los pensamientos anteriormente mencionados tiende a optar por conductas como jugar videojuegos, salir a manejar bicicleta, mirar series de TV y llamar a alguien para conversar (respuestas de evitación, reforzador negativo de la sintomatología ansiosa generalizada). A consecuencia de ello el consultante siente un alivio temporal en los síntomas de ansiedad, no obstante, luego tiende a rumiar con pensamientos como “Todo es mi culpa”, “He perdido el tiempo” y “Siempre digo las cosas mal” (reforzador positivo de la sintomatología de ansiedad generalizada); asimismo, procrastina sus responsabilidades y duerme menos horas por lo que se siente más irritable.

En conclusión se evidencia que el consultante al enfrentarse a diversas situaciones reto, en diferentes entornos, utiliza recursos poco efectivos (evitación y rumiación) que refuerzan la conducta problema de sintomatología de ansiedad generalizada.

Autorregistro para la línea base

Como se puede observar para poder hallar la línea base del consultante se utilizó un autorregistro diario en el que completaba la fecha, situación, pensamiento, emoción, conducta y nivel de malestar; este fue completado por 13 días desde el 10 al 22 de mayo.

Tabla 7:

Autorregistro para la línea base

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Nivel de malestar (0-10)
<i>Día 1</i> 10/05	Salí de consulta	“Voy a mejorar por mi”	Alegría	Caminar hacía mi casa.	0
<i>Día 2</i> 11/05	Tuve un día tranquilo	“Ha sido un buen día”	Tranquilidad	Dormir	0
<i>Día 3</i> 12/05	Salí con mi primo a montar bicicleta	“Qué divertido”	Tranquilidad y Alegría	Seguir manejando, riendo	0

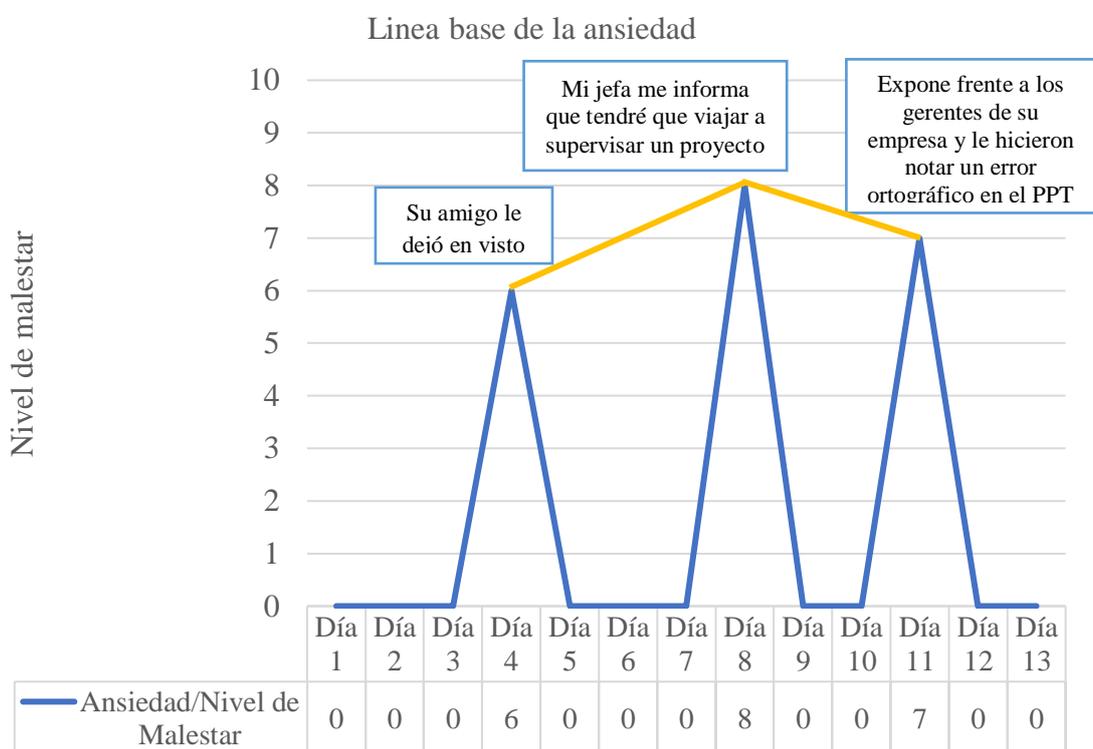
Día 4	Mi amigo me dejó en visto	“Por qué me dejo en visto”, “Qué hice mal”, “Ya no me quiere”	Ansiedad, Ira y Triste	No le escribo y Juego videojuegos.	6
13/05					
Día 5	Desperté cansado	“No debí dormir tarde”	Desgano	Toma café y trabaja	1
14/05					
Día 6	Maratón de mi anime	“Me estoy dedicando tiempo”.	Alegría	Preparar canchita	0
15/05					
Día 7	Fuimos a almorzar a la Bistecca	“Qué divertido”, “Voy a aprovechar”	Alegría	Comí todo lo que quería	0
16/05					
Día 8	Mi jefa me informa que tendré que viajar a supervisar un proyecto	“Con quien dejo a mis padres”, “Si les pasa algo mientras no estoy”	Ansiedad	Inventa una excusa a su jefa para no ir	8
17/05					

<i>Día 9</i>	Tuve un día chill en el trabajo	“Día tranquilo”, “No había mucho que hacer”	Tranquilidad	Cenar con mi familia	0
18/05					
<i>Día 10</i>	Fui a mi trabajo temprano	“No hay mucho trabajo”	Tranquilidad	Avance mis pendientes	0
19/05					
<i>Día 11</i>	Expuse mi proyecto a los gerentes y me hicieron notar un error ortográfico en el PPT	“No me di cuenta”, “Debí ser más precavido”, “Seguro me van a llamar la atención”.	Ansiedad y frustración	Rumiar en la idea y disculparse con su jefa.	7
20/05					
<i>Día 12</i>	Desperté cansado	“ Debí dormir más temprano”	Desgano	Tomar café y trabajar.	1
21/05					
<i>Día 13</i>	Tengo el día libre	“Hoy es mi día de descanso”	Alegría	Llamo a mis amigos para salir a comer algo.	0
22/05					

En la tabla anteriormente presentada se evidencia que el consultante presenta 3 veces la emoción de ansiedad, generando un malestar superior a los 5 puntos y esta se presenta en 3 situaciones: Cuando su amigo le dejó en visto, cuando su jefa le informa de un viaje para supervisar un proyecto y cuando expuso frente a los gerentes de su empresa y le hicieron notar un error ortográfico en sus diapositivas. En el siguiente gráfico se demuestra la línea base, antes de la intervención.

Figura 5:

Línea base de sintomatología de ansiedad generalizada



Como se refleja en el gráfico anterior de los 13 días solo presenta 3 veces un nivel de malestar entre 6 a 8, respecto a la emoción de ansiedad. Mientras que los otros días no refleja algún nivel de malestar ya que se encuentra realizando actividades cotidianas que no le generan ningún tipo de respuesta negativa.

Pese a que en la línea base solo se observan 3 situaciones que le generan ansiedad frente a situaciones sociales es importante resaltar que estas no son las únicas. En la entrevista previa y durante el proceso de intervención se identificaron otros eventos que le desencadenan ansiedad; por ejemplo, cuando tiene tiempo libre y empieza a pensar sobre su futuro, al empezar alguna tarea, comentar algo a su familia y al tomar decisiones, entre otras. Esto se asocia a una sintomatología de ansiedad generalizada debido a que se manifiesta en diferentes áreas de su vida. Lamentablemente esta información no se pudo reflejar en la línea base ni se pudo incluir debido a que no se encontraba en el tiempo de evaluación y porque no se continuó el uso del autorregistro diario.

1.4.4. Conclusión diagnóstica

De acuerdo a los datos recolectados en la evaluación se identifica lo siguiente, según el CIE-10:

El consultante presenta **Sintomatología de ansiedad generalizada**, puesto que presenta síntomas como: Sudoración, temblores, malestar abdominal, sensación de mareo, miedo a perder el control, sensación de calor, incapacidad para relajarse y dificultad para conciliar el sueño. Estos no se limitan a un solo ámbito de su vida ni predominan en circunstancias ambientales particulares. Algunas de las situaciones en las que se acentúan los síntomas son: cuando piensa sobre su futuro, cuando interactúa con sus compañeros de trabajo, al tomar decisiones, la posibilidad de dejar solos a sus progenitores, entre otras. Conviene destacar que dichos síntomas no presentan una intensidad ni duración elevada, encontrándose por debajo del umbral para ser considerado un trastorno. Además, no cumplen con el tiempo mínimo determinado para ser considerado un trastorno de ansiedad

generalizada (6 meses) y del mismo modo, tampoco han significado para el consultante un malestar incapacitante para desempeñarse en las diferentes actividades de su vida cotidiana. Por otro lado, respecto a su personalidad, se considera que presenta *rasgos de personalidad evitativa* debido que evidencia algunas características como sentimientos de tensión emocional, temor y preocupación por ser rechazado o criticado. Sin embargo, no presenta un patrón prevaleciente de inhibición social, tampoco evita relacionarse y no se muestra reacio a asumir nuevos retos. Además, estos no son constantes ni excesivos por lo que el consultante es capaz de relacionarse con las personas pese a sentir temor, desempeñarse apropiadamente en situaciones sociales y laborales; así como desarrollar actividades cotidianas de manera funcional; aparentando autocontrol emocional, respetando las normas sociales y manteniendo una conducta cortés. En otras palabras, la intensidad de dichas características es leve y no llega a afectar las diferentes áreas de su vida.

Diagnóstico diferencial:

Conviene enfatizar que no se podría considerar un trastorno de ansiedad social debido a que la sintomatología ansiosa no se centra únicamente en las situaciones sociales; de la misma forma, tampoco podría ser algún trastorno de ansiedad inducido por sustancias o por afección médica puesto que el consultante durante la entrevista descarta el consumo de alguna sustancia o enfermedades médicas.

Adicionalmente, no se considera un trastorno de personalidad dependiente ya que esta presenta una necesidad excesiva de ser atendido y cuidado. Mientras

que la personalidad evitativa elude las situaciones sociales y el rechazo de las personas, por temor a la crítica mas no por la necesidad de ser cuidado por los otros.

1.4.5. Recomendaciones

En base a toda la información recolectada y a la presunción diagnóstica, se consideró importante recomendar las siguientes actividades:

- Llevar tratamiento en base a la terapia cognitivo conductual para reducir la presencia de síntomas de ansiedad generalizada.
- Replantear sus objetivos personales y profesionales y así elaborar un plan de acción para alcanzarlos.
- Retomar actividades sociales y personales.
- Psicoeducar a los familiares con la finalidad de que comprendan sobre su problemática y se conviertan en una red de apoyo para el consultante.
- Mejorar la relación con sus familiares fomentando actividades recreativas, comunicación asertiva y respeto mutuo.

2. INTERVENCIÓN

2.1. Problema delimitado

Con toda la información recolectada en las entrevistas y las pruebas aplicadas, se decidió intervenir desde el enfoque cognitivo conductual en las siguientes áreas:

- Emocional: Identificar, reconocer, aceptar la diversidad de emociones como la incertidumbre, ansiedad y miedo. Ampliar su vocabulario emocional para poder diferenciar el miedo, la ansiedad, la preocupación de otras emociones. Aprender

a diferenciar emociones funcionales (preocupación) y disfuncionales (ansiedad), realiza un análisis del diario de preocupaciones (conocer los estímulos que desencadenan ansiedad) y el entrenamiento en técnicas de relajación y mindfulness, a través de la respiración, tensión-relajación y atención al momento presente.

- **Cognitivo:** Diferenciar entre hechos e interpretaciones. Identificar los pensamientos asociados a la ansiedad para conocer las interpretaciones, evaluaciones, creencias irracionales y pensamientos distorsionados. Aprender y utilizar las autoinstrucciones y pensamientos de afrontamiento en las situaciones en las que no tiene el control. Aplicar la técnica de reestructuración cognitiva para generar creencias más adaptativas a las situaciones estresantes vividas.
- **Conductual:** Entrenar en estrategias de afrontamiento y la técnica de resolución de problemas y planificar las actividades en su día a día, retomar actividades saludables a fin de alcanzar sus objetivos.

2.2.Objetivos de la intervención

2.2.1. General

- Reducir los síntomas de ansiedad generalizada en el consultante a fin de contribuir en la mejora su calidad de vida.

2.2.2. Específicos

- Favorecer el desarrollo de técnicas de regulación emocional.

- Desarrollar la capacidad para identificar pensamientos irracionales ligados a la ansiedad y modificarlos por pensamientos adaptativos, realistas y flexibles.
- Favorecer el uso de técnicas de solución de problemas para afrontar situaciones percibidas como estresantes.
- Fortalecer su capacidad para gestionar su tiempo a fin de realizar actividades saludables.

2.3.Técnicas

2.3.1. Psicoeducación

Esta técnica se utilizó debido a que es una técnica que permite explicar a detalle la presunción diagnóstica del consultante, tanto a él como a sus familiares. Consiguiendo así un mejor entendimiento de la problemática presentada; permitiendo definir el foco del tratamiento y decidir el procedimiento a seguir. explicar en que se enfocaría el tratamiento. La técnica consiste en:

- Primer lugar, describir la problemática del consultante y sus características.
- En segundo lugar, las estrategias de afrontamiento de la persona y la propuesta de tratamiento
- Finalmente, en tercer lugar, se aclaran dudas.

2.3.2. Diario emocional

Se utilizó el diario emocional para permitir al consultante poder nombrar y reconocer sus emociones y las reacciones fisiológicas que le acompañan. También

poder ampliar su vocabulario emocional. La técnica consiste en llevar un registro de su estado emocional, en este caso en específico se le pidió realizarlo 2 veces al día, en el que se le pide que nombre la emoción (con ayuda de un glosario emocional), describa las reacciones fisiológicas y la intensidad de esta, en una escala del 0 al 10.

2.3.3. Diario de preocupaciones

Esta técnica se empleó para poder observar los argumentos que dan soporte a las preocupaciones y ver qué tan útiles son para la resolución de estas. Esto también permitió al consultante notar que a veces las preocupaciones en vez de ayudarlo a sentirse seguro, termina teniendo el efecto contrario generando mayor sensación de inestabilidad. Consiste en llevar un registro diario en el que se coloca las preocupaciones que presenta durante el día y responder si se hicieron realidad o no y que tal útil fue pensar en ello.

2.3.4. Hechos vs Interpretaciones

Esta técnica ayuda a diferenciar los hechos (sucesos reales, observables y comprobables) y las interpretaciones (la valoración subjetiva de un suceso), con la finalidad de tener una visión más descriptiva de las situaciones vividas y de esta forma ser más objetivos al momento de verbalizar lo sucedido. Esta técnica consiste en explicar teóricamente al consultante que es un hecho y una interpretación, luego se le presentan ejemplos de verbalizaciones para que aprenda a diferenciarlos, una vez aprendida la diferencia se procede a trabajar con sus descripciones de lo sucedido en la semana o el día para que logre diferenciar ambos elementos dentro de su relato.

2.3.5. Reestructuración cognitiva

La reestructuración es una técnica muy útil para cambiar las creencias irracionales, pensamientos distorsionados e interpretaciones, lo que a su vez disminuye el malestar generado por dichas cogniciones. Consiste en identificar los pensamientos desadaptativos, para posteriormente realizar una serie de preguntas o afirmaciones que permiten al consultante dudar y generar nuevos pensamientos alternativos más adecuados, flexibles y objetivos. Cabe resaltar que en la reestructuración se busca evaluar si el pensamiento es lógico, empírico y funcional

2.3.6. Ejercicios de respiración

La respiración es una de las técnicas más utilizadas para la regulación de respuestas ansiosas. Puesto que al practicar ejercicios de respiración profunda y pausada se genera una respuesta de relajación, debido a la activación del sistema nervioso parasimpático. Además, a medida que se repiten los ejercicios de respiración disminuye el ritmo cardiaco y con ello la activación física. Durante la intervención se utilizó distintas técnicas de respiración como: La respiración cuadrática, diafragmática y profunda. Todas ellas tienen en común los siguientes pasos: primero, inhalar el aire lentamente por la nariz (entre 5 a 8 segundos), aguantar y mantener el aire en los pulmones (entre 5 a 8 segundos) y exhalar por nariz o boca lentamente (entre 5 a 8 segundos); este proceso se debe repetir entre 4 a 10 veces como máximo.

2.3.7. Ejercicios de relajación muscular

Es una técnica que favorece la regulación de la ansiedad a través de la tensión y relajación de diferentes grupos musculares en un orden en particular, esto permite que el consultante diferencie la tensión de la relajación muscular. Para ello se procede a realizar tensión en los grupos musculares en el siguiente orden:

- Extremidades inferiores
- Tronco
- Extremidades superiores
- Cabeza y Hombros

2.3.8. Mindfulness

El mindfulness tiene una serie de ejercicios o técnicas para lograr concentrarse en el momento presente, si bien es cierto su objetivo no es disminuir la ansiedad sino centrarse en el aquí y ahora permite al consultante no preocuparse de sobremanera en el futuro.

2.3.9. Escala de catástrofes

Es una técnica que permite al consultante replantear el grado de catástrofe de una situación en particular en una escala del 0 al 10, se busca que la persona entienda que lo que está viviendo o que posiblemente suceda no es lo peor del momento, año o vida. Para ello se sigue la siguiente serie de preguntas:

- Cuando te sientes mal por, en una escala del 0 – 100, siendo 100 lo peor que te puede pasar, 50 más o menos mal, 10 un poco mal (no tan mal). ¿Qué tan malo es ser??

- Eventos catastróficos (90 – 100)
- Eventos catastróficos moderados (60 -70)
- Eventos no tan catastróficos (- 10)
- Ahora que haz completado tu escala de catástrofes, ¿qué tan malo es que? (¿ahora dónde ubicarías que?)
- Nueva creencia racional: "....."

2.3.10. Resolución de problemas

La técnica de resolución de problemas sirve para guiar a través de una serie de preguntas a solucionar determinada dificultad. Consta de 6 partes:

- La primera es definir el problema en la que se responden 9 preguntadas orientadas a identificar el problema.
- La segunda consiste en proponer alternativas u opciones implementar.
- Luego en la tercera parte la persona debe elegir dentro de todas las alternativas, aquella que le parezcan más razonables.
- Después, en la cuarta parte se desarrolla un plan o estrategia para implementar.
- Posteriormente en la quinta parte, se ejecuta el plan.
- Finalmente, en la sexta parte, se evalúan los resultados.

2.3.11. Autoinstrucciones

Esta técnica consiste en elaborar frases o pensamientos de afrontamiento para guiar el diálogo interno en pos de regular las emociones desagradables. Para ello, se identifica la situación que le genera ansiedad. Luego se preparan mensajes

o frases que le ayuden a afrontar la situación en tres momentos diferentes (Antes, Durante y Después). Finalmente, estas se practican y repiten varias veces en el tiempo correspondiente.

2.4.Ejecución

2.4.1. Sesión modelo

El manejo de las sesiones seguía el siguiente orden:

- A. Inicio: En esta primera parte se recibe al consultante, se revisa la tarea asignada y se da un feedback. Luego se le pregunta por el desarrollo de su semana y cómo lo había pasado.
- B. Desarrollo: Se realiza las actividades de la sesión según el objetivo de la misma y se asigna la tarea para realizar durante la semana.
- C. Cierre: Se pregunta si tienen dudas o si necesita comentar algo y se pide que mencione una frase de lo aprendido en sesión. Finalmente se brinda reforzamiento de sus logros de sesión y se hace un resumen de lo visto en sesión.

2.4.2. Descripción del plan de intervención

Las sesiones se coordinaron con el mismo consultante, se acordó llevar las citas una vez por semana empezando la intervención en el mes de mayo y concluyendo en noviembre 2021; desarrollándose un total de 24 sesiones. Así mismo se acordó que las sesiones tendrían una duración de una hora y se darían en formato virtual sujetas a las disposiciones de gobierno frente al COVID-19 y sus horarios de trabajo. Conviene señalar que el plan de intervención fue presentado y revisado por la directora del centro psicológico quien dio el visto bueno para empezar el tratamiento.

2.4.3. Consideraciones éticas

Beneficencia

En el presente estudio se buscó realizar una intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual que ayude a reducir los síntomas de ansiedad generalizada en el consultante y de esta forma se busca generar en él un beneficio brindando las estrategias ad hoc para su problemática.

No maleficencia

Desde el inicio de la intervención se asumió la responsabilidad de no generar algún tipo de daño o perjuicio en el consultante, se utilizaron técnicas comprobadas científicamente, además se recibió constante feedback por parte del usuario sobre el proceso de intervención, así como también por parte de la supervisora del caso.

Autonomía

Para dar inicio a la intervención, se comunicó al participante mediante una carta de compromiso las obligaciones como parte del proceso terapéutico, así como los derechos a respetarse como por ejemplo la participación voluntaria en el proceso y el respeto en caso considere necesario abandonar el proceso terapéutico. Todo ello fue descrito y entregado al consultante con la finalidad que acepte y firme dicho documento.

Confidencialidad

Con la finalidad de salvaguardar los datos personales de consultante se decidió compartir solo la información relevante para la exposición de la

intervención. Evitando revelar información personal o privada a con el fin de proteger al consultante.

Principio de verdad

En todo el estudio se mantuvo la honestidad y veracidad de la intervención realizada, compartiendo todos los datos reales y relevantes para el desarrollo de esta.

2.4.4. Cronograma de trabajo

Tabla 8:

Cronograma de trabajo

Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales
Sesión 1: “Psicoeducación”	Psicoeducar sobre la ansiedad patológica y la diferencia con la ansiedad normal.	-Presentar las fichas psicoeducativas sobre la ansiedad normal y patológica. -Dar a conocer los síntomas de ansiedad (generalizada) - Fichas con ejercicios y casos para diferenciarlas -Resolver dudas.	-Ficha psicoeducativa
Sesión 2: “Mis emociones”	Psicoeducar sobre la funcionalidad de las emociones.	-Explicar sobre la importancia de las emociones. -Aprender a identificarlas y diferenciarlas -Explicar sobre el diario emocional. -Asignar la tarea semanal	-Diario emocional -Modelo de las emociones.

<p>Sesión 3: “Mis respuestas de ansiedad”</p>	<p>Identificar las respuestas de ansiedad</p>	<p>-Revisión de tarea -Explicar sobre las respuestas somáticas y conductuales su ansiedad para aprender a diferenciar a la preocupación de la ansiedad. -Asignar la tarea semanal</p>	<p>-Figura del cuerpo humano.</p>
<p>Sesión 4: “Mis preocupaciones”</p>	<p>Identificar los argumentos de las preocupaciones y buscar soluciones realistas.</p>	<p>-Revisión de tarea -Explicar cómo funciona el diario de preocupaciones y realizar una práctica sobre cómo evaluar los argumentos de dichas preocupaciones y su utilidad. -Asignar la tarea semanal.</p>	<p>-Ficha de diario de preocupaciones</p>
<p>Sesión 5: “Respiración cuadrática”</p>	<p>Enseñar y practicar el ejercicio de respiración cuadrática</p>	<p>-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste la respiración cuadrática y se realiza una práctica en vivo. -Asignar la tarea semanal</p>	<p>-Ficha de la respiración cuadrática -Registro de tareas.</p>

Sesión 6: “Respiración abdominal”	Enseñar y practicar el ejercicio de respiración abdominal.	-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste la respiración abdominal y se realiza una práctica en vivo. -Asignar la tarea semanal	-Ficha de la respiración abdominal -Registro de tareas.
Sesión 7: “Respiración profunda”	Enseñar y practicar el ejercicio de respiración profunda.	-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste la respiración profunda y se realiza una práctica en vivo. -Asignar la tarea semanal	-Ficha de la respiración profunda -Registro de tareas.
Sesión 8: “Relajación muscular progresiva”	Enseñar y practicar el ejercicio de relajación muscular progresiva.	-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste la relajación muscular progresiva y se realiza una práctica en vivo. -Asignar la tarea semanal	-Ficha de relajación muscular progresiva. -Registro de tareas.

Sesión 9: “Mindfulness de los sentidos”	Enseñar y practicar el ejercicio de mindfulness de los sentidos.	-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste el mindfulness de los sentidos y se realiza una práctica en vivo. -Asignar la tarea semanal	-Ficha de mindfulness de los sentidos. -Registro de tareas.
Sesión 10: Visualizar la calma	Enseñar y practicar el ejercicio de visualización de la calma.	-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste la visualización de la calma y se realiza una práctica en vivo. -Asignar la tarea semanal	-Ficha de visualización de la calma. -Registro de tareas.
Sesión 11: “Resolución de problemas”	Enseñar y practicar la resolución de problemas	-Revisión de tarea -Explicar en qué consiste la técnica de resolución de problemas pasos por paso y se practica con una situación de su semana. -Asignar la tarea semanal	-Ficha de resolución de problemas. -Registro de tareas.

<p>Sesión 12: Modelo ABC</p>	<p>Explicar el modelo ABC</p>	<p>-Revisión de tarea -Se explica el modelo ABC. -Se resalta la conexión B con C. -Se realiza un ejemplo con un caso imaginario y luego con uno del consultante. -Asignar la tarea semanal</p>	<p>-Ficha de resolución de problemas. -Registro de tareas. -COGNI</p>
<p>Sesión 13: Hechos vs Interpretaciones</p>	<p>Diferenciar los hechos de las interpretaciones</p>	<p>-Revisión de tarea -Se explica la diferencia entre hechos e interpretaciones. -Se practica con casos ficticios y luego con situaciones reales del consultante. -Asignar la tarea semanal</p>	<p>-Ficha de hechos vs interpretaciones. problemas. -Registro de tareas. -COGNI</p>
<p>Sesión 14: Escala de catástrofes</p>	<p>Explicar y practicar la escala de catástrofes</p>	<p>-Revisión de tarea -Se explica sobre la escala de catástrofes, se realiza una práctica con un ejemplo del consultante.</p>	<p>-Ficha de escala de catástrofes. -Registro de tareas.</p>

		-Se reflexiona sobre cómo podría afrontar las supuestas catástrofes. -Asignar la tarea semanal	-COGNI
Sesión 15: Autoinstrucciones	Explicar y practicar las autoinstrucciones.	-Revisión de tarea. -Se explica sobre cómo funciona la autoinstrucción y cuál es la utilidad. -Se elabora autoinstrucciones para 2 situaciones estresantes a las que se enfrenta. -Asignar la tarea semanal.	-Ficha de autoinstrucciones. -Registro de tareas. -COGNI
Sesión 16: Pensamientos flexibles	Explicar y practicar sobre la flexibilidad de pensamientos.	-Revisión de tarea. -Explicar cómo generar pensamientos alternativos y flexibles. -Practicar los pensamientos flexibles con casos imaginarios y reales. -Resaltar la importancia de tener pensamientos flexibles.	-Registro de tareas. -COGNI

		-Asignar la tarea semanal.	
Sesión 17: Reestructuración cognitiva	Brindar psicoeducación sobre la reestructuración cognitiva y los estilos de debate	-Revisión de tarea. -Se explica qué es, para qué sirve y cómo practicar la reestructuración cognitiva, además de explicar cómo utilizar los estilos de debate. -Asignar la tarea semanal.	-Registro de tareas. -COGNI
Sesión 18, 19 20: Práctica de reestructuración cognitiva	Fortalecer la identificación de creencias irracionales y la reestructuración cognitiva	-Revisión de tarea. -Se escoge una creencia identificada en la tarea. -Se debate la creencia junto con el consultante y él genera pensamientos adaptativos. -Asignar la tarea semanal.	-Registro de tareas. -COGNI
Sesión 21, 22, 23: Mis actividades	Incrementar el número de actividades saludables.	-Revisión de tarea. -Se plantean 2 actividades que desea retomar durante la semana.	-Registro de tareas. -Lista de cotejo

		<p>-Se establece un horario para realizarlas.</p> <p>-Asignar la tarea semanal.</p>	
<p>Sesión 24: Aprendizajes</p>	<p>Revisión de los logros obtenidos y los aprendizajes de terapia</p>	<p>Revisión de tarea.</p> <p>Se realiza una revisión de los aprendizajes obtenidos y se apuntan en la ficha.</p> <p>Luego se completa la ficha “Mis logros en terapia”.</p> <p>Se refuerza sus avances y que siga realizando actividades agradables y acciones dirigidas a sus objetivos.</p> <p>Se escribe una carta para otra persona que desee empezar terapia.</p>	<p>Ficha de aprendizajes de terapia.</p> <p>Ficha “Mis logros en terapia”</p>

2.5.Indicadores de logro

Los indicadores de logro que se espera que el consultante alcance luego de la intervención son los siguientes:

- El consultante logra reducir los síntomas de ansiedad generalizada a un nivel normal.
- El consultante logra poner en práctica durante la semana por lo menos 2 técnicas de regulación emocional de manera exitosa.
- Durante la semana el consultante identifica al menos un pensamiento irracional y por cada uno de estos es capaz de elaborar por lo menos un pensamiento alternativo.
- El consultante logra enfrentarse a eventos estresantes y es capaz de encontrar por lo menos una alternativa efectiva de resolución de problemas por cada evento.
- El consultante incrementa el número de actividades saludables como: ir gimnasio, salir con sus amigos, pasear a sus perros, leer y estudiar cursos para su carrera.

2.6.Monitoreo y evaluación de la intervención

Para el monitoreo y evaluación se utilizaron los siguientes recursos:

- **Pruebas Pre y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck**, con la finalidad de poder responder al primer indicador e identificar las diferencias entre los puntajes obtenidos.
- **Lista de cotejo del progreso de síntomas**, consiste en una lista de 12 síntomas presentes en el inventario de ansiedad de Beck empleado para realizar un

chequeo mensual; esta herramienta evalúa la intensidad de los síntomas más significativos en una escala de 0 (no presenta) a 3 (está presente la mayor parte del tiempo). Utilizado para responder al primer indicador.

- **Registros de tareas semanales**, se utilizó esta herramienta para dar respuesta al segundo indicador. Esta herramienta recopila la información de la técnica practicada durante la semana, además de la experiencia del consultante y valoración de la técnica. Es necesario señalar que en esta herramienta permite anotar el ejercicio realizado por día, llegando a alcanzar registro máximo de 7 estrategias a la semana.
- **Aplicativo COGNI**, que se empleó para obtener los resultados del tercer indicador; esta herramienta permite al consultante registrar situaciones, pensamientos, estados emocionales y conductas de forma práctica, sencilla e ilimitada.
- **Fichas de resolución de problemas**, destinado a recolectar resultados del cuarto indicador. Este instrumento incluye una serie de pasos para poder pensar en soluciones y elaborar un plan de acción para resolver los problemas que se presentan. En ella se pueden visualizar las técnicas seleccionadas, así como la valoración de sus resultados.
- **Lista de cotejo para actividades saludables**, para el quinto indicador esta herramienta permitió corroborar el registro de las actividades saludables por semana, a través de una lista de actividades con tipo de respuesta dicotómica (si practicó, no practicó). Adicionalmente cuenta con un espacio para observaciones.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. RESULTADOS

1.1. Descripción de resultados hallados

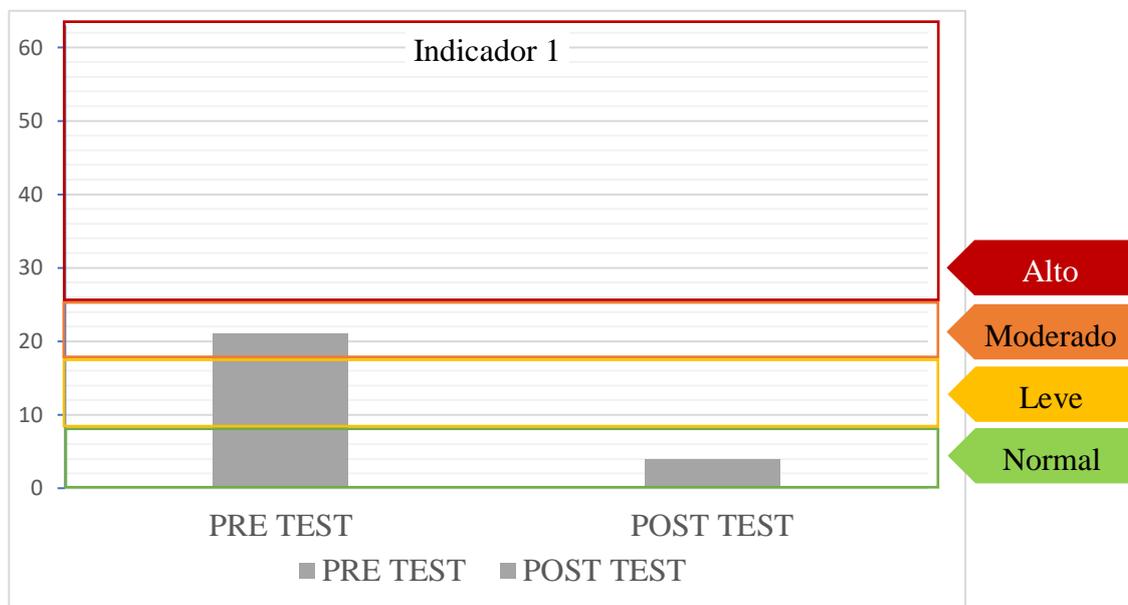
El caso fue abordado en un total de 27 sesiones, de las cuales fueron 3 sesiones de evaluación individual y 24 sesiones de intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual. La cual se dividió de la siguiente forma: los dos primeros meses se intervino en la parte emocional (autoconciencia y regulación emocional), el siguiente mes (estrategias de aceptación y resolución de problemas), los dos meses consecuentes (se abordó los pensamientos irracionales y reestructuración cognitiva) y el último mes (reestructuración de rutina, retomar actividades agradables y aprendizajes de la intervención).

Referente al primer indicador **“El consultante logra reducir los síntomas de ansiedad generalizada a un nivel normal”**, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck como instrumento para medir el nivel de ansiedad y presencia de síntomas antes y después de intervención psicológica realizada. Cabe resaltar que el monitoreo de este indicador se realizó en todo el proceso del tratamiento.

En la siguiente figura se observa los resultados obtenidos del pre y post test.

Figura 6

Evaluación de pre y post test del Inventario de Ansiedad de Beck



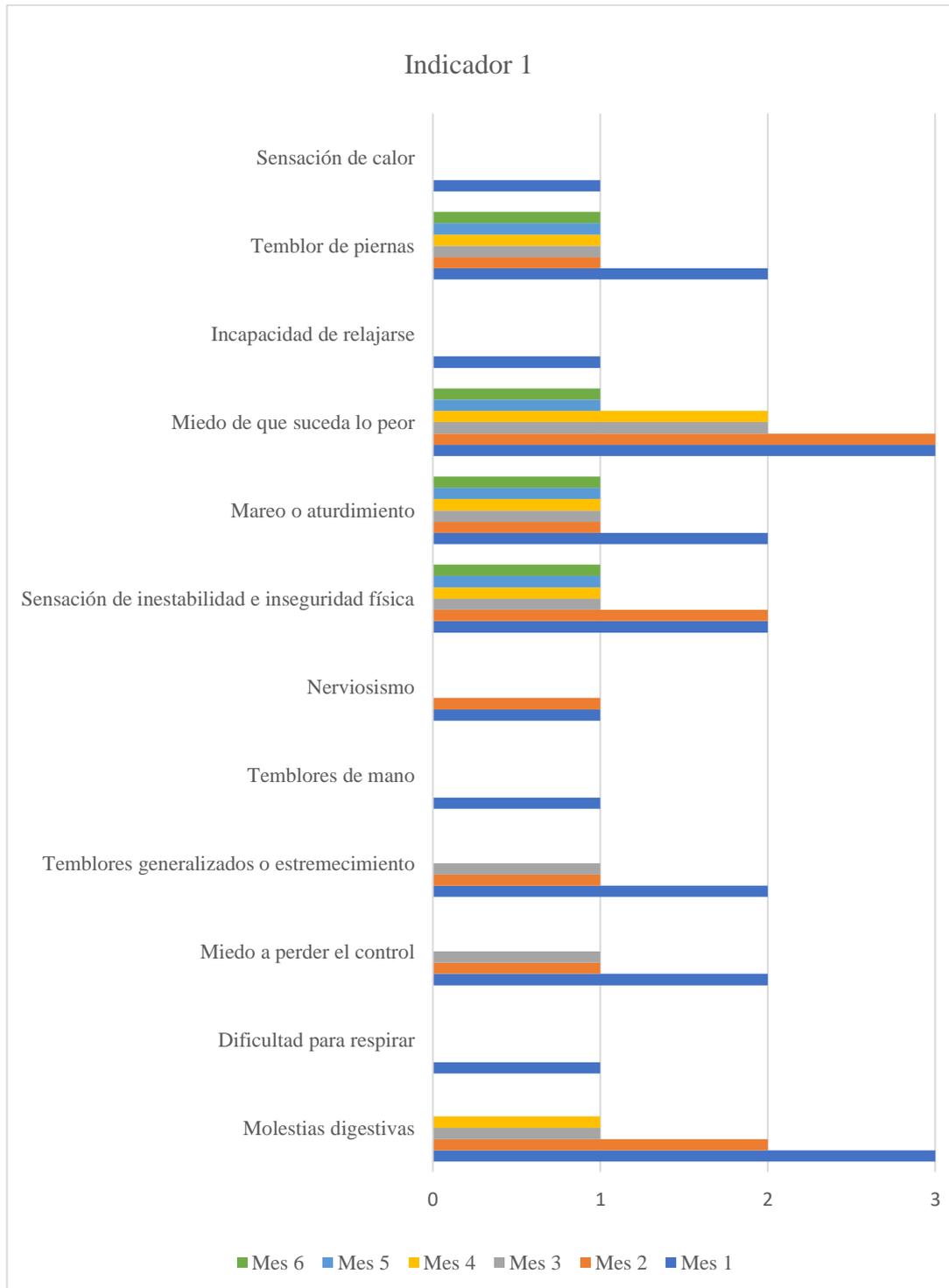
Los resultados observados en la figura anterior nos muestran un puntaje de 21 puntos en el pre test significando un nivel moderado de ansiedad, es decir, presentaba síntomas como: miedo de que suceda lo peor, molestias digestivas, temblor de piernas, mareo, sensación de inseguridad física, temblores generalizados y miedo a perder el control. Adicionalmente, los datos recabados en la entrevista reflejan que los desencadenantes de dichos síntomas son situaciones como: recibir críticas por parte de su familia, amigos o ex pareja, conversar con una figura de autoridad (en el entorno laboral), compararse con los demás, rechazar una petición (amistades o compañeros de trabajo) y pensar en el futuro, basándose en una perspectiva catastrófica. Además, cabe resaltar que a estas situaciones les acompañan los siguientes pensamientos: “Y si me equivoco”, “Debería saberlo”, “¿Por qué dije eso?”, “no voy a encontrar un buen trabajo”, entre otros.

Sin embargo, luego de la intervención se evaluó el post test el cual refleja un puntaje de 4, representando un nivel normal de ansiedad, no obstante, prevalecieron los siguientes síntomas: temblor de piernas, miedo a que suceda lo peor, mareo y sensación de inseguridad física; cabe mencionar que todos ellos se manifestaron en una intensidad leve, en otras palabras, no representaron un malestar significativo para el consultante. Este logra regular dichas manifestaciones físicas a través de ejercicios de respiración, tensión-relajación muscular y mindfulness. Sumado a ello, el participante termina la intervención siendo capaz de regular sus emociones, reestructurar sus pensamientos, ejecutar soluciones efectivas frente a situaciones estresantes e incrementar sus actividades saludables. Todo ello, resulta en un mejor desenvolvimiento en su campo laboral, social y familiar.

En base a estos resultados se elaboró una lista de cotejo basada en el inventario de ansiedad de Beck. En esta se evaluaron los síntomas representativos en los 6 meses de intervención, como lo demuestra la siguiente figura.

Figura 7

Lista de cotejo de síntomas por mes

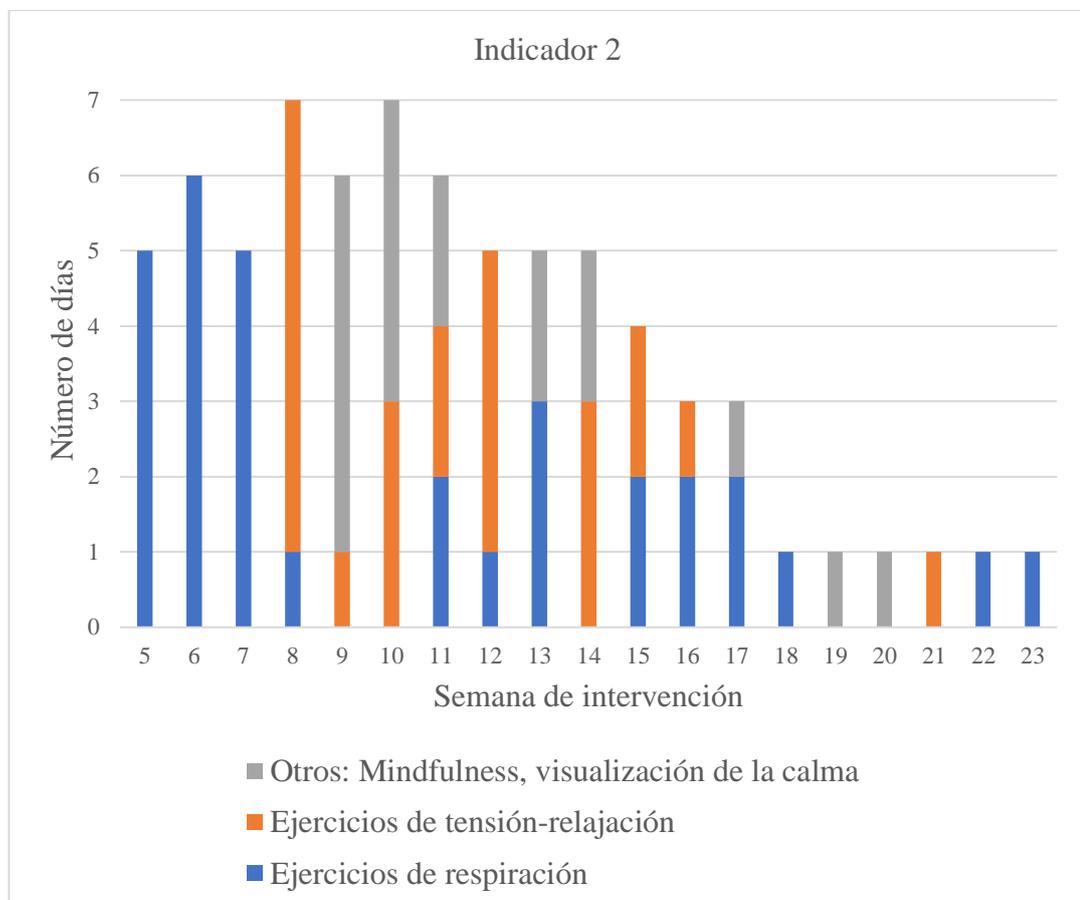


Como se muestra en la figura anterior, respecto a los síntomas *sensación de calor, incapacidad de relajarse, temblores en la mano y dificultad para respirar* el consultante logró reducir de 1 a 0 puntos en el primer mes y este resultado se mantuvo hasta el final de la intervención. Además, se observó que los síntomas de *temblor en las piernas y mareo o aturdimiento* disminuyeron en un punto en el primer mes, pasando de 2 a 1 punto, siendo este último puntaje el que se permanece hasta la última sesión. Adicionalmente, referente al síntoma *miedo a que suceda lo peor* se evidenció que los dos primeros meses se mantuvo en 3 puntos debido a que durante estos meses no se había intervenido sobre el tema. Sin embargo, en el tercer y cuarto mes estos redujeron a 2 puntos y posteriormente en el quinto y sexto disminuyeron a 1 punto. Pese a que este síntoma se mantiene en situaciones estresantes es capaz de lidiar con ellas. En relación al síntoma *sensación de inestabilidad e inseguridad física*, el consultante logró pasar de un puntaje de 2 en el primer y segundo mes a un puntaje de 1 en el tercer mes, este cambio permaneció hasta el sexto mes. Asimismo, respecto al síntoma *nerviosismo* se ve presente en el primer y segundo mes con 1 punto, pero a partir del tercer mes este se elimina por completo. De la misma forma, los síntomas *temblores generalizados o estremecimientos y miedo a perder el control* se presentan con un puntaje de 2 en el primer mes, posteriormente reducen a 1 en el segundo y tercer mes y a partir del cuarto mes se erradican. Finalmente, en cuanto al síntoma *molestias digestivas o abdominales*, el primer mes el consultante alcanzó un puntaje de 3 puntos, el cual disminuye a 2 en el segundo mes, este sigue reduciendo a 1 en el tercer y cuarto mes, hasta que logra desaparecer a partir del quinto mes.

Del mismo modo para determinar el segundo indicador de logro sobre “**El consultante logra poner en práctica durante la semana por lo menos 2 técnicas de regulación emocional de manera exitosa**”. Cabe resaltar que, las técnicas de regulación emocional se abordaron en las sesiones de la 5 a la 10; no obstante, el monitoreo se dio de manera continua desde la sesión 5 a la 23. Para evaluar este indicador se utilizaron registros de tareas que se revisaban semanalmente.

Figura 8

Resultados del registro semanal de tareas sobre las técnicas de regulación emocional



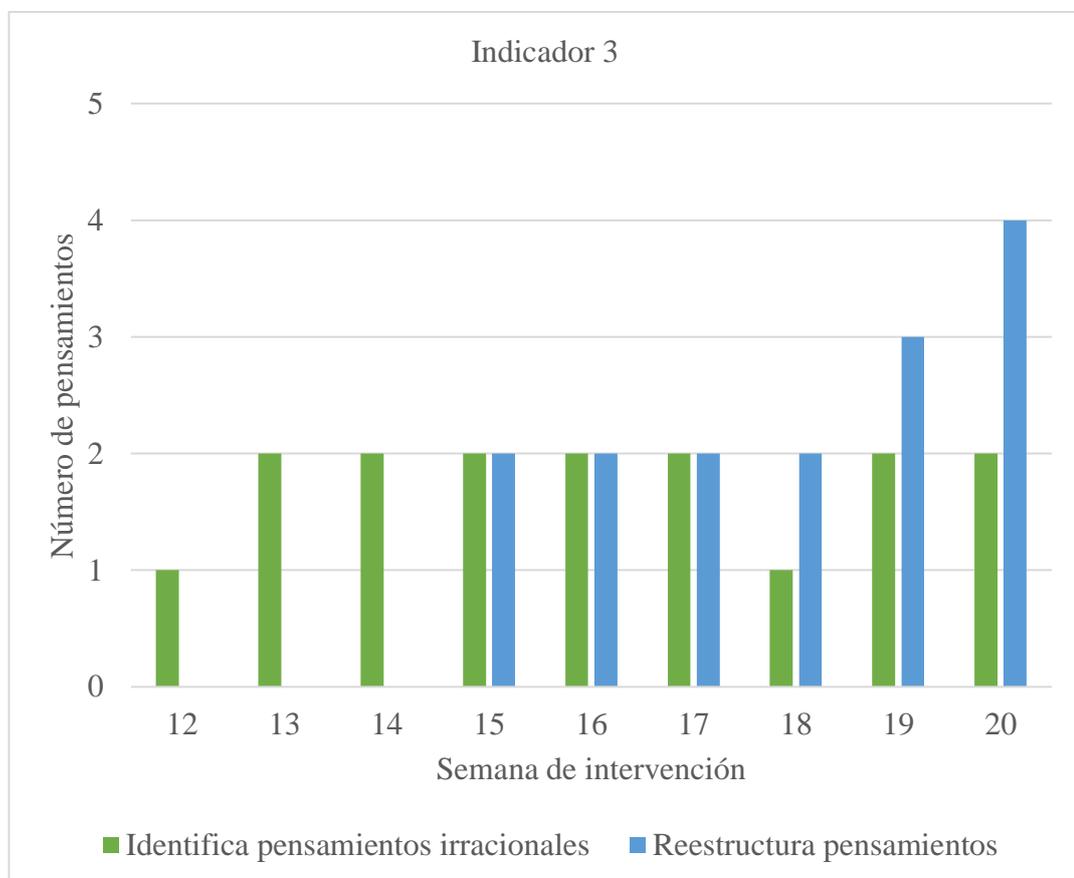
En la figura anterior se observa que en las semanas 5, 6 y 7 el consultante solo aplicó una técnica de regulación emocional (ejercicios de respiración) con una

frecuencia de 5 a 6 días durante la semana, debido que hasta ese momento solo se había trabajado dicha técnica. En las semanas 8, 9 y 10 empezó a emplear dos técnicas de regulación emocional (ejercicios de mindfulness, de respiración y de tensión-relajación) con una frecuencia de 6 a 7 días durante la semana, además se evidenció mayor interés por los ejercicios de mindfulness por lo que los practicó de manera constante. Resalta que en la semana 11 supera lo esperado, es decir, logró practicar tres técnicas de regulación emocional de forma uniforme durante la semana. Asimismo, en las semanas 12 a la 17 continuó practicando dos técnicas de regulación a la semana; aunque la frecuencia semanal disminuyó, empezando por 5 días en la semana 12 a 3 días en la semana 17. Es preciso señalar que, durante estas semanas empleó con mayor frecuencia los ejercicios de tensión y relajación. Esto se explicaría puesto que durante esas semanas se inició el trabajo en el área cognitiva y el consultante empezó a aplicar otras estrategias de afrontamiento. Además, desde la semana 18 a la 24 se observó una reducción en la frecuencia de aplicación de las técnicas, siendo ejecutada un día a la semana; teniendo mayor predilección de los ejercicios en el siguiente orden: respiración, tensión-relajación y mindfulness. Esto responde a que el consultante, durante ese periodo, empezó a utilizar otro tipo de estrategias de índole cognitiva y conductual, que corresponden a las sesiones planteadas en el cronograma de trabajo. Cabe resaltar que el consultante, en la última sesión, manifestó que estas técnicas de regulación emocional le fueron útiles para regular su ansiedad y otras emociones. Además, mencionó que prefirió utilizar los ejercicios de respiración puesto que no le requerían mucho tiempo y puede practicarlos en cualquier situación.

Adicionalmente para responder al tercer indicador **“Durante la semana el consultante identifica al menos un pensamiento irracional y por cada uno de estos es capaz de elaborar por lo menos un pensamiento alternativo”**. Para medir este indicador se utilizó el aplicativo COGNI, se empleó en las sesiones de la 12 a la 20, puesto que durante este periodo se realizó la intervención en el área cognitiva. Cabe mencionar que los pensamientos con los que se trabajó son propios del paciente.

Figura 9

Resultados del COGNI sobre la reestructuración de pensamientos



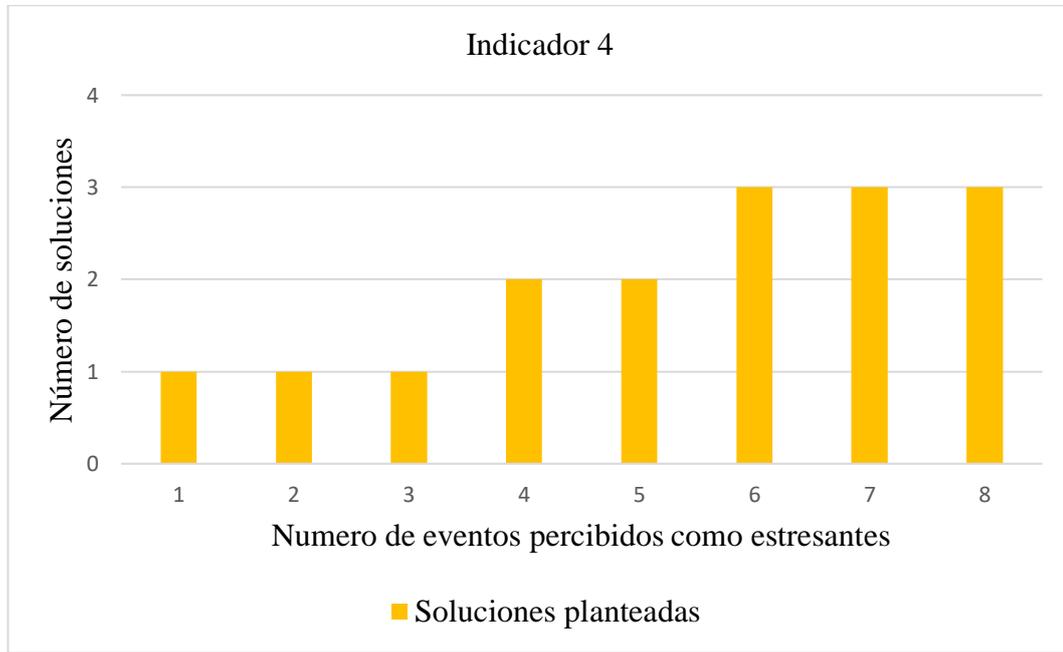
Los resultados nos muestran que en las semanas 12, 13 y 14 el consultante logró identificar de uno a dos pensamientos irracionales, aunque no consiguió

modificar el pensamiento debido a que hasta la semana 14 no se había abordado el tema de cómo cambiar el pensamiento. Posteriormente, en las semanas 15,16 y17 el usuario fue capaz de identificar dos pensamientos irracionales y empezó a cambiar dichos pensamientos por dos más adaptativos, utilizando técnicas cómo: autoinstrucciones, flexibilidad de pensamientos y reestructuración cognitiva. Del mismo modo, se observó que en la semana 18 disminuyó la identificación de pensamientos irracionales encontrando solo uno, pero logró elaborar dos pensamientos flexibles. Además, en la semana 19 se evidenció un progreso ligero donde el consultante logró reconocer dos pensamientos irracionales e incrementó el número de pensamientos adaptativos a tres. Finalmente, en la semana 20 se constató que el consultante logró registrar dos pensamientos irracionales e incrementó su habilidad para formular pensamientos alternativos y realistas, logrando realizar cuatro. Cabe resaltar que, en las 3 últimas semanas, el consultante fue capaz de incrementar los pensamientos adaptativos, esto pudo deberse a una interiorización de las estrategias cognitivas, siendo capaz de extrapolar el uso ante sus propios pensamientos.

Del mismo modo respecto al cuarto indicador **“El consultante logra enfrentarse a eventos estresantes y es capaz de encontrar por lo menos una alternativa efectiva de resolución de problemas por cada evento”**. El tema de resolución de problemas se abordó en la sesión 11, realizándose el monitoreo desde la semana 11 hasta la 23. Para evaluar este indicador se utilizó la ficha de resolución de problemas y los resultados se organizaron teniendo en cuenta el número de eventos estresantes a los que el consultante se vio expuesto durante todo el tiempo de monitoreo.

Figura 10

Resultados de la ficha de solución de problemas sobre los eventos percibidos como estresantes



Los resultados observados en la gráfica muestran que, frente al primer evento estresante, logró aplicar una solución priorizando sus necesidades personales, pese a ello, refirió sentirse incomodo por los pensamientos rumiativos derivados de esa decisión. Además, en el segundo evento relacionado a un problema familiar, el consultante fue capaz de proponer una solución que implicó la comunicación asertiva con los miembros de su familia, manifestó sentirse aliviado al aplicar su plan de acción. Asimismo, en el tercer evento que implicó el rechazar de una petición de sus amigos (salida a un bar), el usuario logró poner por delante

su necesidad (descanso); aunque refirió que pese a sentirse triste por rechazarlos, valoró esta decisión como la más favorable para su bienestar físico.

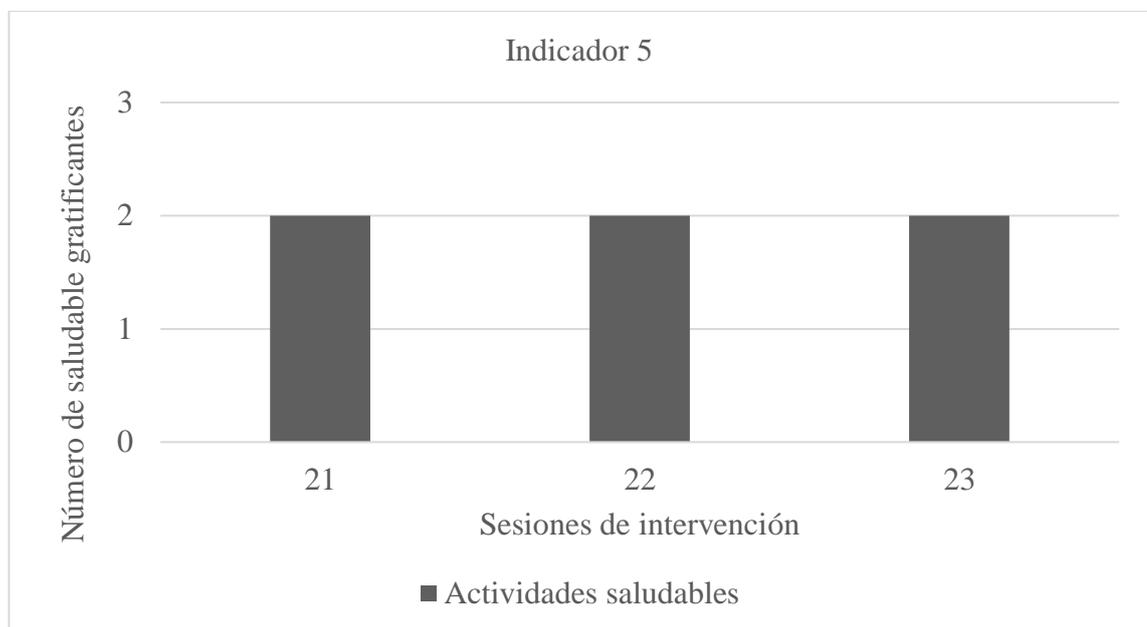
Del mismo modo, en el cuarto evento ligado a al entorno laboral el consultante fue capaz de proponer dos soluciones a su jefe directo para enfrentar la problemática, aplicando ambas (a pesar de sentir miedo e inseguridad, 3/10) consiguiendo así reconocimiento por parte del equipo de trabajo. En el quinto evento, el usuario fue capaz de proponer dos soluciones relacionadas a los quehaceres del hogar. También, en el sexto evento en el que recibe un mensaje de su ex enamorada, el consultante logró proponer dos soluciones: Establecer límites y cortar la comunicación. Es necesario subrayar que, sintió inseguridad (3/10), pero reconoce que es la mejor decisión en favor de su bienestar. En cuanto al séptimo evento, concerniente a un problema económico que le impidió iniciar una maestría, el consultante fue capaz de lidiar con su frustración y ansiedad. Logró reconocer que se trataba de situación de la cual no tenía el control, esto le ayudó a buscar alternativas razonables. Finalmente, en el octavo evento, el usuario fue capaz de tomar una decisión sobre su situación laboral, aceptando el nuevo trabajo y buscando estrategias para adaptarse a los cambios que este requirió. Este cambio, aunque representó para él uno de sus mayores retos, lo llega a vivir desde una actitud positiva y esperanzadora. En pocas palabras, el consultante logró aumentar de forma gradual las soluciones propuestas siendo 16 en total, además aprendió a elaborar planes de acción, lidiar con situaciones en las que no tiene control y valorar

objetivamente sus esfuerzos; no permitiendo que sus pensamientos e inseguridades sobre el entorno interfirieran.

Por último, para responder al último indicador que corresponde a: **“El consultante incrementa el número de actividades saludables como: ir gimnasio, salir con sus amigos, pasear a sus perros, leer, estudiar cursos para su carrera”**. Este indicador se planteó en las semanas finales de la intervención (sesión 21, 22 y 23) para lo cual se utilizó una lista de cotejo para verificar el cumplimiento de las actividades saludables.

Figura 11

Resultados de la lista de cotejo sobre las actividades saludables



En la figura anterior se puede visualizar que el consultante presentó un aumento gradual en la ejecución de actividades saludables, alcanzando al indicador planteado. En la semana 21, el usuario logró retomar las actividades de ir al gimnasio y limpiar su habitación; manifestó sentirse “más activo” y mejoró su

gestión de tiempo. Además, en la semana 22 retomó las salidas con sus amigos y pasear a sus perros; refirió sentirse alegre de estar en contacto nuevamente con sus amistades y disfrutar ayudando a su familia en el cuidado de sus mascotas. También, en la semana 23 el consultante realizó 2 nuevas actividades saludables que son: leer un libro y estudiar cursos para su carrera; comentó que estas actividades le permitieron distraerse y acercarse a sus objetivos. Es importante destacar que se plantearon estas actividades con la finalidad de generar recursos de seguridad, adquirir hábitos saludables y lograr gestionar su tiempo generando un balance entre las responsabilidades personales, laborales y sociales. Cabe mencionar que este tema se aborda en las últimas sesiones con el objetivo de mantener los resultados obtenidos a un mediano plazo.

1.2. Análisis de los resultados encontrados con fuentes.

Con la finalidad de responder al objetivo general ***“Reducir los síntomas de ansiedad generalizada en el consultante a fin de contribuir en la mejora su calidad de vida”***. Se observó que luego de la intervención psicológica realizada bajo el enfoque cognitivo conductual, mediante el uso de las técnicas: Psicoeducación, diario emocional, diario de preocupaciones, ejercicios de respiración, ejercicios de relajación muscular, mindfulness, resolución de problemas, hechos vs interpretaciones, escala de catástrofes, reestructuración cognitiva y planteamiento de actividades saludables. Se logró la reducción importante de los síntomas, puesto que en el pre test se observó un nivel de ansiedad moderado (21 puntos) y en el post test se obtuvo un nivel de ansiedad normal (4 puntos). Conviene destacar que, si bien la mayoría de síntomas desaparecieron, algunos aún siguen presentes en una intensidad leve, es decir, no representa un

malestar significativo para el consultante, estos son: temblor de piernas, miedo a que suceda lo peor, mareo o aturdimiento y sensación de inestabilidad e inseguridad física; dichos síntomas se manifestaron en las siguientes situaciones: el cambio de residencia y el inicio en un nuevo trabajo.

Se observa en los resultados que el consultante logró disminuir mes a mes la sintomatología de ansiedad generalizada. Todo ello significó un cambio en su estilo y calidad de vida. A nivel social y familiar mejoró sus relaciones interpersonales, siendo capaz de expresarse de manera asertiva, manejando mejor los conflictos y disfrutando de tiempo de calidad con ellos. A nivel profesional y académico, manifestó tener mayor seguridad al momento de tomar decisiones y mayor aceptación ante eventos adversos.

La intervención psicológica desde el enfoque de terapia cognitiva conductual, ha demostrado mayor eficacia en la reducción de síntomas de los trastornos de ansiedad (Fullana, Fernandez, Bulbena y Toro, 2011 & Gil y Cano, 2011). En el caso específico de la ansiedad generalizada Capafons (2001) afirma que las terapias cognitivo-comportamentales consiguen resultados más exitosos debido a que presenta mayor adherencia al tratamiento y alcanza efectos observables a mediano plazo. Además, Alonso & García (2011) mencionan que la terapia cognitivo-conductual es uno de los métodos más útiles para el tratamiento de la ansiedad generalizada debido a su superioridad sistemática, sobre otros enfoques y su efectividad en la reducción de los síntomas (Gonzales & Pozo, 1992)

Esto es consistente con la investigación realizada por Gil & Cano (2001), en la que comprobaron la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales (relajación progresiva, detección de pensamiento, reestructuración cognitiva,

exposición y entrenamiento en habilidades) en un caso de ansiedad generalizada. Esto tuvo como resultado que, posterior a la intervención, se lograron cambios conductuales los cuales se mantuvieron en el tiempo. El autor resalta que la importancia de la correcta aplicación de las técnicas y la alta motivación del consultante como factores cruciales para el cambio.

Del mismo modo, en el estudio de caso realizado por Maraví (2020) se demostró que la intervención desde el enfoque cognitivo conductual consiguió respuestas positivas para la reducción de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, es este caso en particular los síntomas mostraron una reducción de un 54% a un 14%. Todo ello fue posible gracias a la correcta aplicación de técnicas de resolución de problemas, relajación progresiva, respiración diafragmática, modificación de pensamientos distorsionados y entrenamiento en habilidades sociales

Así también, en la investigación de Espinoza (2019) se evidenció que, luego de 17 sesiones con un paciente con trastorno de ansiedad, trabajando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y habilidades sociales, imaginación racional emotiva. Este pudo adquirir mayores habilidades para controlar la sintomatología ansiosa y desarrolló un mejor desenvolvimiento a nivel social, familiar y personal.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se evidenció la efectividad en el tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad generalizada. Asimismo, se emplearon técnicas similares a los estudios previamente citados. Cabe resaltar que, si bien el presente caso se enfoca en reducir la

sintomatología ansiosa, las técnicas utilizadas han sido igualmente eficaces y consigue impactar positivamente en las diferentes áreas de su vida

Del mismo modo, respondiendo al primer objetivo específico: *“Favorecer el desarrollo de técnicas de regulación emocional”*. Se evidenció que el consultante fue capaz de practicar las técnicas aprendidas en sesión y utilizarlas de manera constante en su día a día. Cabe resaltar que, demuestra mayor predilección por las técnicas de respiración puesto que fueron las que más empleó; además de comentar que le han sido de mucha ayuda no solo para regular su ansiedad, sino también para relajarse en algunas situaciones estresantes. En particular, destaca que le agradan más porque no requieren mucho tiempo y pueden ser practicados en cualquier lugar. Por otra parte, respecto a los ejercicios de tensión-relajación (segundo ejercicio más utilizado), refiere que mediante estos ejercicios es capaz de identificar y relajar algunos grupos musculares de manera eficaz. Finalmente, sobre los ejercicios de mindfulness, manifiesta que le fueron útiles para centrarse en el momento presente cuando sus pensamientos se enfocaban en el futuro (usualmente con una visión catastrófica). También le permitieron adoptar una postura de aceptación a las situaciones difíciles y una actitud de no juzgarse a sí mismo.

Según Hervás (2011) las personas diagnosticadas con ansiedad generalizada, respecto al área emocional tienen una característica en común, presentan dificultades para reconocer, comprender y diferenciar emociones. Esto los lleva a emplear estrategias de afrontamiento deficientes como la evitación y el rechazo de situaciones estresantes. Esto se relaciona a lo expuesto por Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg (2007) quienes plantean cuatro áreas de déficit emocional en esta población: una elevada intensidad emocional, una limitada

comprensión de las emociones, un rechazo a la propia experiencia emocional y uso de estrategias de regulación emocional inadecuado. Como resultado de ello, la persona con ansiedad generalizada presenta síntomas somáticos intensos que afectan significativamente a las distintas áreas de su vida. Por ese motivo, Hervás (2011) sugiere centrar parte de la intervención psicológica a reducir dichas dificultades emocionales con el objetivo de disminuir el malestar producido por los síntomas fisiológicos y así poder incrementar el uso de técnicas de regulación emocional adecuadas y efectivas, que permita a la persona ser funcional ante situaciones de su cotidianeidad.

Lo expuesto por los autores anteriores se evidencia en la investigación de Lara (2019) quien estudia los beneficios de la respiración consciente frente a la ansiedad generalizada. Resalta que el efecto de la respiración pausada ayuda a estabilizar la activación del organismo, produciendo un estado de relajación, debido al incremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático. Es necesario subrayar que, esta técnica favorece a la disminución de los síntomas fisiológicos de la ansiedad por cualidades como: versatilidad, tiempo breve de aplicación y no depender de otros recursos. Sin embargo, no es capaz de resolver en su totalidad la problemática por lo que debe ser considerada como una herramienta complementaria en el tratamiento.

Del mismo modo, Gil & Cano (2011) refiere que parte de la disminución de la sintomatología fisiológica de la ansiedad de su paciente con ansiedad generalizada, se debió a la correcta aplicación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Destaca que fue de utilidad realizar varios ensayos durante las sesiones. Estos resultados son consistentes con los hallados por Gordillo (2020) en

su investigación acerca de la técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad, llegando a la misma conclusión que Gil & Cano, que la aplicación de dicha técnica permite disminuir los estados de ansiedad por las respuestas de relajación que produce el tensar y distender voluntariamente los grupos musculares.

Igualmente, respecto al mindfulness como técnica de regulación emocional; la revisión bibliográfica sistemática de Hodann-Caudevilla & Serrano (2016) evidencia que las intervenciones psicológicas basadas en mindfulness son eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo al trastorno de ansiedad generalizada. Debido a que, le permite enfocar su atención al momento presente y evitar caer en pensamientos rumiativos.

En este sentido, en base a las investigaciones descritas anteriormente se puede destacar que las técnicas de regulación emocional forman parte fundamental para el tratamiento de ansiedad generalizada. No obstante, no pueden ser consideradas como únicas estrategias de intervención psicológica; puesto que, si bien apoyan a la reducción de la sintomatología somática, no llegan a establecer cambios a nivel cognitivo.

Asimismo, sobre el segundo objetivo específico: ***“Desarrollar la capacidad para identificar pensamientos irracionales ligados a la ansiedad y modificarlos por pensamientos adaptativos, realistas y flexibles”***. Para el logro del objetivo se trabajó con las creencias que mantenía el consultante, logrando identificar 16 pensamientos irracionales, de los cuales logró reestructurar 11 por pensamientos más adaptativos. Para esto, se utilizaron las técnicas de psicoeducación, el modelo

ABC, hechos vs interpretaciones, escala de catástrofes, autoinstrucciones, pensamientos flexibles, y reestructuración cognitiva.

Luego de la intervención en el área cognitiva, el consultante es capaz de diferenciar los hechos de las interpretaciones, logrando percibir los acontecimientos de manera objetiva y realista. En otras palabras, el usuario consigue cambiar pensamientos como: “¿Y si me equivoco?”, “Debí saber lo que iba a pasar”, “¿Por qué hice eso?” por pensamientos más adaptativos como: “No todo tiene que estar bajo mi control”, “No puedo predecir el futuro, pero puedo resolver las situaciones que vengan”, “Cada error trae un aprendizaje” y “No soy responsable al 100% de las reacciones de los demás”. El paciente subraya que, estos pensamientos adaptativos le permiten desempeñarse mejor en su trabajo y en sus relaciones interpersonales.

Lodoño, Jiménez, Juárez, & Marín. (2011) investigaron los componentes de vulnerabilidad cognitiva en la ansiedad generalizada, evidenciando la presencia de esquemas de abandono, desconfianza, autoexigencia y autodisciplina. Generando en este tipo de pacientes sensación de inseguridad en las distintas áreas de su vida. Además, menciona que dichos esquemas influyen de manera negativa en las estrategias de afrontamiento, fomentando el uso de recursos de evitación o agresividad frente a una situación percibida como peligrosa.

Asimismo, Beck y Clark (2012) subrayan la importancia de romper la cadena de pensamientos-emociones-conducta que producen las creencias irracionales asociadas a la ansiedad generalizada. De esta forma, el consultante será capaz de generar pensamientos alternativos más adecuados, flexibles y objetivos,

que le permitan desarrollar creencias constructivas para afrontar situaciones reto sin recurrir a la evitación.

En la investigación de Rojas (2021) luego de la intervención realizada bajo el enfoque cognitivo conductual se evidencia una disminución en un 60% de los síntomas de ansiedad generalizada del paciente. Es importante resaltar que, en el área cognitiva el participante logró controlar sus pensamientos distorsionados mediante el uso de técnicas como el autorregistro, eliminación del pensamiento catastrófico y limitación de la rumiación.

De la misma manera, León (2019) destaca que, para la intervención en casos de ansiedad generalizada, es necesario realizar la psicoeducación resaltando la influencia de los pensamientos en el mantenimiento y desarrollo del trastorno. Además, recomienda aplicar la técnica de reestructuración cognitiva para identificar y cuestionar las creencias irracionales, lo cual permite al paciente generar pensamientos adaptativos y disminuir las perturbaciones cognitivas.

En resumen, el presente estudio al igual que en las investigaciones presentadas anteriormente, coinciden que la intervención en área cognitiva debe basarse en redirigir la atención del consultante a sus creencias irracionales para modificarlas y obtener una valoración más equilibrada y realista. Ello sumado a las técnicas de regulación emocional podrían significar en un mantenimiento de los cambios positivos a mediano y largo plazo.

De igual forma, respecto al tercer objetivo específico: ***“Favorecer el uso de técnicas de solución de problemas para afrontar situaciones percibidas como estresantes”***. El usuario es capaz de formular soluciones efectivas y aplicarlas en situaciones estresantes. Luego del entrenamiento en la técnica de solución de

problemas el consultante identifica con claridad el problema, propone diversas acciones de solución, evalúa la opción más viable, decide que solución aplicará, elabora un plan de acción y valora sus resultados. Estas técnicas le han ayudado al consultante a enfrentarse a situaciones reto, a pesar de sentir preocupación y salir de ellas con éxito o con un aprendizaje. Algunas de las situaciones a las que se enfrentó fueron: hacer notar un error a su jefe, decir lo que piensa pese a que los demás no estén de acuerdo, decir no a peticiones y enfrentar obstáculos que interrumpen sus metas.

Una de las características de las personas con ansiedad generalizada es el miedo ante situaciones “peligrosas” en diferentes entornos de su vida, generando frecuentemente una respuesta de evitación, la cual se mantiene debido a un reforzamiento negativo. Por ello, es importante el entrenamiento en técnicas de solución de problemas como recurso de afrontamiento para pacientes con ansiedad generalizada.

Los resultados obtenidos se pueden verificar en los de León (2019), quien menciona la necesidad de mejorar la capacidad de solución de problemas, para reducir los niveles de ansiedad generalizada en su paciente. De esta manera el autor considero necesario mejorar su capacidad de análisis para la toma de decisiones, consiguiendo que su paciente afronte eficazmente aquellas situaciones problemáticas que le generan ansiedad, las cuales le permitieron establecer relaciones interpersonales más saludables y fortalecer la autopercepción de logro.

Del mismo modo, García, Bados & Saldaña (2012) emplearon la técnica de resolución de problemas la cual valoran como una técnica beneficiosa para sumar a los recursos de afrontamiento de su paciente. Lo cual es consistente con el estudio

de Maraví (2020) que resalta la aplicación de la técnica de resolución de problemas en la reducción de la preocupación excesiva y en el fortalecimiento de la búsqueda de alternativas adecuadas de solución.

Los logros de los autores mencionados en líneas anteriores ratifican las bondades de la técnica de resolución de problemas, pues, por un lado, estos no solo lograron la reducción del grado de ansiedad, sino que también el mejoramiento de su capacidad para brindar soluciones eficaces ante situaciones preocupantes, incrementándose así la autoconfianza.

Finalmente, en relación al cuarto objetivo específico: ***“Fortalecer la capacidad de gestión de tiempo a fin de realizar actividades saludables”***. El consultante logra incrementar sus actividades saludables y mejorar su gestión de tiempo. Retoma las actividades de ir al gimnasio, limpiar su habitación, pasear a sus perros y salir con sus amigos, también empieza nuevas actividades como: leer un libro y estudiar cursos para su carrera. Refiere que el plantearse todas las actividades del día, lo hace sentir más productivo y responsable, comenta también que le ha ayudado en su desempeño laboral, percibe mayor confianza en sí mismo y acumula emociones agradables.

En general, se puede decir que la importancia de las actividades saludables en los pacientes con ansiedad generalizada consiste en que recuperan una asociación muy positiva con el tiempo. Debido a que pueden asignar y priorizar las actividades de esparcimiento que producen mayores estados de relajación, satisfacción, y bienestar; o, dicho de otra manera, hacia actividades que reducen su sintomatología ansiosa. (Gonzales, Negrin & Suarez, 2020)

Adicionalmente, Ruiz (2012) resalta que la programación de actividades y el cumplimiento de estas permite al paciente ser responsable de la gestión de su tiempo. Generando una mayor percepción de dominio de sí mismo, promoviendo estados emocionales positivos y contrarrestando pensamientos negativos (“No puedo”, “Soy incapaz”, “Es imposible”). A sí mismo, la realización constante de dichas actividades permite mantener los cambios obtenidos en el tratamiento y hacerlos perdurables en el tiempo.

Así mismo Coto et. al (2020) resalta que las actividades deportivas (correr, nadar, entre otras) ayudan a reducir los niveles de tensión muscular. Mientras que actividades como leer una novela, hacer paseos estaba relacionado a emociones agradables. Todo ello favorece a la reducción de síntomas de ansiedad generalizada.

Además, con esto se consigue que el consultante presente estados mayores de relajación. De esta forma, será capaz de centrar su atención en dichas actividades dejando de lado pensamientos negativos y aportando mayor control a la gestión de su tiempo (García y Noguerras, 2013).

2. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

- La principal limitación encontrada fue realizar la intervención en modalidad virtual. Por un lado, para el consultante significó un reto, puesto que percibía que en su hogar no contaba con la privacidad necesaria para poder hablar de su problemática. Por ello, junto con él, se elaboró un plan para poder llevar las sesiones en locaciones más tranquilas y conversar con sus familiares para que respeten su privacidad durante la hora de terapia. Por otro lado, para mi como terapeuta, también implicó un desafío dado que el material del centro

se encontraba en formato físico; adaptando semanalmente el material requerido. Adicionalmente, al momento de realizar la observación de conducta, se encontró otra limitación, ya que esta estuvo sujeta a lo percibido a través de la pantalla.

- Además, se presentaron problemas de conectividad lo que en pocas ocasiones dificultaba la comunicación fluida. Por esa razón, se llegó a un acuerdo con el consultante para que, en caso sucedan estos problemas, se recurra al uso de datos móviles o terminar las sesiones por llamada telefónica.
- Del mismo modo, una limitación durante la intervención fue el hecho de no haber empleado la herramienta de autorregistro (utilizada en la línea base) para poder conocer el impacto de la intervención (reducción de la sintomatología) desde la perspectiva del paciente. Sin embargo, se utilizó la lista de cotejo de síntomas mes a mes para registrar el progreso del consultante.
- Adicionalmente, se presentó una dificultad para realizar el correcto seguimiento del caso, debido a que su condición laboral cambió se vio obligado a mudarse a una zona lejana la cual no goza de buena conexión.
- Finalmente, otra limitación fue el poco involucramiento de la familia en el tratamiento del consultante. Para ello se elaboraron fichas psicoeducativas y recomendaciones que se le entregaron en un único encuentro a la mitad del tratamiento.

2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados

Del consultante:

Después de la intervención el consultante consiguió reducir la sintomatología de ansiedad generalizada. Si bien se mantienen algunos los síntomas, ya no tienen una mayor repercusión en su vida diaria, ni la intensidad es elevada. Asimismo, logró modificar sus creencias irracionales por pensamientos adaptativos, enfocarse más en las soluciones que en los problemas y regular sus emociones en especial la ansiedad. Adicionalmente, logró gestionar mejor su tiempo, equilibrando sus actividades recreativas y de crecimiento personal.

En el área laboral, le permitió desempeñarse mejor y postular a un cargo mayor en otra empresa.

En lo social, retomó las actividades con amigos y, ahora, es capaz de establecer nuevas relaciones.

En el ámbito familiar, ahora, puede mantener una comunicación asertiva y disfrutar actividades saludables con ellos.

En el área del desarrollo personal, se encuentra retomando hobbies como ir al gimnasio y leer. Así mismo, busca seguir aprendiendo cosas de su carrera, por lo que lleva cursos y capacitaciones afines.

Del centro:

En una época donde la virtualidad es la nueva normalidad, en muchos casos, contar con herramientas digitales es de gran ayuda para minimizar las limitaciones que esta presenta. Por ello, se adaptó el material físico a un entorno

virtual logrando elaborar material como presentaciones de diapositivas de temas varios, fichas psicoeducativas, estrategias y tareas, audios de ejercicios de mindfulness y hojas de cálculo con información de asistencia de los usuarios. Adicionalmente, se introdujo una herramienta virtual (aplicación) llamada COGNI, para que los miembros del equipo puedan utilizarlos con otros consultantes.

2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto

Aporte al área Psicología Clínica

El presente trabajo es una evidencia de cómo los consultantes con sintomatología de ansiedad generalizada pueden verse beneficiados y mejorar su calidad de vida a partir de la intervención con el enfoque cognitivo conductual. Además, demuestra que el trabajar la sintomatología de un consultante puede prevenir el desarrollo futuro de un Trastorno.

Otro aporte a la psicología clínica son las fichas y materiales virtuales creados. Estos pueden ser utilizados por profesionales para sus intervenciones en esta población, siempre y cuando sean adaptados a la problemática y contexto del consultante.

Asimismo, el trabajo resalta la importancia de mantener un monitoreo constante y elaborar indicadores de logro a alcanzar. Se presentan distintos ejemplos de indicadores de logros que futuros investigadores pueden utilizar para replicar estudios.

Además, el presente estudio de caso puede ser útil para la psicoeducación a familiares de los consultantes con sintomatología de ansiedad generalizada, en el

que se puede brindar información sobre la problemática, el proceso del tratamiento y los logros que se obtienen desde el enfoque cognitivo conductual.

Finalmente, puede ser utilizada como base para futuras investigaciones dada la amplia revisión bibliográfica realizada sobre la intervención.

Aporte al Contexto

La intervención generó un impacto positivo en distintas áreas del contexto del consultante.

Con respecto a su entorno familiar, se mejora la relación intrafamiliar. El consultante es capaz de mantener una comunicación asertiva y pone en marcha técnicas de solución de conflictos.

Respecto al área profesional, el consultante es capaz de tener un buen desempeño e incluso conseguir otro trabajo con un mejor puesto, sueldo y responsabilidades. Sus colegas reconocen sus esfuerzos y, sobre todo, la orientación hacía la resolución de problemas; habilidad aprendida y mejorada durante la intervención.

Por último, en el área social, se denota un incremento visible en sus habilidades sociales. Ahora es capaz de retomar contacto con amistades y planificar actividades recreativas juntos.

2.4. Demandas profesionales requeridas (competencias) Capacitaciones técnicas

Habilidades blandas

La principal habilidad adquirida durante el desarrollo de la intervención realizada fue la adaptabilidad. Esta habilidad se necesitó para poder llevar de

manera satisfactoria la intervención en la modalidad virtual y para responder las demandas del consultante (eventos inesperados que requieren solución) sin perder el perder el foco de la sesión, redirigiendo los temas a los objetivos de la misma.

Otra habilidad aprendida fue aplicar el sentido del humor de forma estratégica durante las intervenciones. Esto favoreció la alianza terapéutica, liberando al consultante de sus autoexigencias y favoreció el debate el pensamiento, puesto que alivió la frustración ante sus problemas.

Una tercera habilidad desarrollada fue la creatividad. Esta se manifestó al momento de elaborar material para el consultante, al crear metáforas y preguntas que faciliten la reestructuración cognitiva.

En cuarto lugar, reforzó mis habilidades de empatía, validación y escucha activa, fortaleciendo la alianza terapéutica. Durante todo el proceso fui capaz de utilizar estratégicamente dichas habilidades, viendo el impacto en el consultante y en su avance. Además, me apoyé en el uso de recursos como la paráfrasis y resumen.

Adicionalmente, pude desarrollar mi capacidad de elaborar preguntas con la finalidad de: Promover el cambio de pensamientos, clarificar lo relatado por el consultante, generar reflexión sobre lo aprendido y adquirir nueva información. Todas estas habilidades fueron desarrolladas y mejoradas, permitiéndome incrementar la confianza en mí misma como profesional y como terapeuta.

Competencias Técnicas

Respecto a las competencias técnicas, el trabajo realizado requirió un extenso estudio sobre la sintomatología de ansiedad generalizada y de las estrategias de intervención desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual, para

ello se realizó varias revisiones bibliográficas. Además, se puso en práctica lo aprendido durante la carrera profesional de psicología y la formación psicoterapéutica en Terapia Racional Emotivo Conductual. Adicionalmente, se llevó capacitaciones de mindfulness para profesionales, cursos de regulación emocional y se realizaron supervisiones de caso (tanto en el centro laboral como en el instituto de formación) para afinar las estrategias y habilidades utilizadas en el proceso de intervención.

2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

Autoevaluación y autocrítica personal

El proceso de intervención ayudó a mi crecimiento profesional de distintas maneras. Uno de los aprendizajes más resaltantes que me llevo de esta experiencia, fue la responsabilidad que conlleva el terapeuta al momento de realizar una intervención. Adicionalmente, fue muy enriquecedor asistir a supervisiones de casos para poder pulir mis habilidades como terapeuta.

Además, en el contexto pandémico en el que se llevó a cabo la intervención también me enseñó la importancia de la adaptabilidad. Me permitió conocer distintas herramientas como COGNI, que registra las emociones, pensamientos y conductas del consultante.

En cuanto a los aprendizajes técnicos, me vi en la necesidad de investigar y aplicar técnicas específicas para reducir la sintomatología de ansiedad generalizada. Adicionalmente, busqué más recursos para realizar una mejor intervención y poder alcanzar los objetivos del consultante. Esto último me proporciona más herramientas y experiencia para futuras atenciones.

Con respecto a mi desempeño, considero que este fue notable por 2 motivos: El primero es haber alcanzado los objetivos generales y específicos de la intervención. Debido a que, el consultante logró disminuir sus niveles de ansiedad generalizada y se desarrolló positivamente en diversas áreas, mejorando su calidad de vida. El segundo motivo fue la retroalimentación positiva relatada por el consultante sobre su proceso terapéutico.

A pesar de todo el aprendizaje y el desempeño alcanzado con la intervención, no todo fue sencillo. Por un lado, una dificultad fue efectuar la intervención en un contexto pandémico porque se presentaron problemas de conectividad y distracciones por estímulos externos. Por otro lado, una segunda dificultad fue el no haber podido trabajar con la familia, puesto que hubiera sido de mayor provecho para el consultante en su proceso de tratamiento. Finalmente, no se aplicó un instrumento específico para evaluar la ansiedad generalizada habiéndose solo aplicado el Inventario de Ansiedad de Beck. Hoy después de los conocimientos adquiridos y una mayor profundización sobre el tema, mis alternativas de instrumentos serían: La escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), El Inventario de Preocupación de Pensilvania y la nueva Escala de Ansiedad (NEA), cada una de ellas se encuentra validadas en población peruana y adulta.

En cuanto a los logros, se resalta principalmente la buena alianza terapéutica desarrollada entre el consultante y mi persona, ello favoreció la adherencia al tratamiento, permitió que se alcancen los objetivos terapéuticos y concluir con éxito su proceso de recuperación. Además, considero como otro logro que el consultante

haya alcanzado interiorizar las técnicas (regulación emocional, flexibilidad cognitiva, resolución de problemas y gestión de tiempo) y aplicarlas en su día a día.

Autoevaluación y autocrítica a la institución

Respecto a las oportunidades de mejora del centro resaltan 3 aspectos: El primero, es implementar una plataforma para automatizar las citas (programar las sesiones, mandar recordatorios a los consultantes y facilitar los pagos). El segundo, es contar con el apoyo de una persona para poder adaptar los materiales a formato virtual. El tercero, exigir el cumplimiento de las normas de reprogramación tanto a los consultantes como al personal del centro.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda utilizar otras pruebas específicas que evalúen la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada; y tengan validez y confiabilidad en la población peruana. Esto permitirá, en primer lugar, poder realizar un diagnóstico presuntivo preciso y rápido. Adicionalmente, permitirá observar mejor los cambios conseguidos con la intervención.
- Asimismo, se recomienda ampliar el número de sesiones para reforzar los aprendizajes y técnicas aprendidas. Si bien se evidenciaron cambios positivos, el aumento de sesiones permitirá tener cambios más a largo plazo y que sean sostenibles.
- Además, se considera importante realizar el seguimiento del caso para poder monitorear los logros alcanzados, asegurar su mantenimiento en el tiempo y prevenir recaídas.
- También se recomienda profundizar más en otras técnicas de regulación emocional y de cambio de pensamiento. De esta forma, el consultante contará con más recursos para afrontar distintas situaciones y perdurar los logros alcanzados.
- Del mismo modo, se recomienda utilizar la herramienta de autorregistro como método para conocer la manifestación de la problemática (línea base) y que este también sea un método para de evaluación de la intervención.
- Por último, se recomienda incluir a la familia en el proceso terapéutico. El propósito de esto es que comprendan y acepten el proceso terapéutico, para lo cual es necesario trabajar en la concientización y sensibilización de la salud mental.

CONCLUSIONES

- Después de la evaluación realizada al consultante se concluye que como diagnóstico presuntivo: sintomatología de ansiedad generalizada.
- La intervención psicológica realizada estuvo bajo el enfoque de la terapia Cognitivo Conductual, la cual cuenta con evidencia científica que abala ser efectiva para trastornos de ansiedad.
- Referente al objetivo general del estudio, el consultante logra reducir los síntomas de ansiedad generalizada de un nivel moderado a un nivel normal, que tienen un impacto positivo en la percepción de sí mismo, en sus relaciones interpersonales y su desempeño laboral y académico.
- Con respecto al primer objetivo específico, se constata que el consultante es capaz de aprender y aplicar las diferentes técnicas de regulación emocional; las cuales estuvo utilizando en el siguiente orden de preferencia: ejercicios de respiración, ejercicios de tensión-relajación y ejercicios de mindfulness.
- En cuanto, al segundo objetivo específico el consultante consigue identificar 16 de sus pensamientos irracionales y alcanza a modificar 11 pensamientos adaptativos, realistas y flexibles.
- En lo que concierne al tercer objetivo específico, el consultante consigue enfrentarse a 8 eventos estresantes, y logra proponer y aplicar por lo menos una alternativa de solución
- Finalmente, respecto al cuarto objetivo específico se evidencia que el consultante logra realizar más actividades saludables dentro de su rutina, lo que le permite sentirse mejor consigo mismo y aumentar su confianza.

REFERENCIAS

- Agüera, L. (2021). Entrevista clínica y exploración psicopatológica. En *Psiquiatría geriátrica* (69-99). ClinicalKey:
<https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9788491131489000068>.
- Alonso, R. N; García, F. (2011). La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada. *Metas enferm*, 14, pp 70 - 73.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-93563>
- American Psychological Association. (2010). Trastornos de ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. enero 26, 2022, Sitio web:
<https://www.apa.org/topics/anxiety/tratamiento?partner=nlm>
- American Psychological Association. (2017). División 12: Sociedad de Psicología Clínica. Recuperado de: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Araujo, E. (2014). Cuestionario de personalidad situacional: estudio psicométrico y comparativo en adolescentes de Lima. *Revista Psicológica Trujillo*, 2, 16.
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Behar, E., Zullig, A. y Borkovec, T. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36(2), 157-168
- Borkovec, T., Alcaine, O., y Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). Guilford.

- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16
- Capafons. A., (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, pp. 442-446.
- Chang, A. (2015). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de ansiedad ante el desempeño musical de Kenny (IADM-K). Facultad de Comunicación, Carrera de Psicología, Universidad de Lima.
- Clark, D., y Beck, A. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica. *Estudios de Psicología*, 4(16), 31-45. <https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- Coto, R., Fernández, C. y González, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100063>
- Delgado, B. (2009). *Psicología del desarrollo desde la infancia a la vejez*. España: McGraw-Hill
- Díaz García, M. I. Ruiz Fernández, M. D. L. Á. y Villalobos Crespo, A. (2020). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/127910?page=86>.
- Díaz, L. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42 – 50 doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393

- Dugas, M., Marchand, A. y Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorder*, 19, 329-343.
- Dugas, M., y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Taylor y Francis.
- Ellis, A., & Joffe-Ellis, D. (2019). *Rational emotive behavior therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Espinoza, G. (2019). Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual. Facultad de ciencias de la comunicación, turismo y psicología escuela profesional de psicología, Universidad San Martín de Porres, Lima Perú.
- Froxán, M., Alonso, J., Trujillo, C. & Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36, pp. 1-2.
- Fullana, M.A., Fernández, L., Bulbena, A. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138, pp. 215 - 219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>.
- García J. & Delval, J. (2019). *Psicología del desarrollo I (2a. ed.)*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/121366?page=310>
- García, J. y Noguera, N. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad: Aprenda a controlar los pensamientos negativos*. España: Servicio de Andaluz de Salud.

- García, S., Bados, A.& Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42, pp. 245-258. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97026840008.pdf>
- Gil, A. & Cano, A. (2001). artículos Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Psiquiatría*, 5, https://www.researchgate.net/publication/230577083_Aplicacion_de_tecnicas_cognitivo-conductuales_en_un_caso_de_ansiedad_generalizada
- Gonzales, G., Negrin, C.& Suarez, D. (2020). Eficacia de la Terapia de Activación Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión sistemática. Facultad de Psicología y Logopedia , Universidad de La Laguna, <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20518/Eficacia%20de%20la%20Terapia%20de%20Activacion%20Conductual%20en%20el%20Trastorno%20de%20Ansiedad%20Generalizada%20Una%20revisi%20on%20sistem%20atica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- González, P. & Pozo, M., (1992). Las terapias cognitivo-conductuales: una segunda revisión crítica. *Clínica y Salud*, 3(2), 117. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/las-terapias-cognitivo-conductuales-una-segunda/docview/2478603282/se-2>
- Gordillo, M. (2020). La técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad. Universidad central del ecuador, facultad de ciencias de la discapacidad, atención prehospitalaria y desastres carrera de terapia ocupacional. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22743/1/T-UC-0020-CDI-516.pdf>.

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). Recolección y análisis de datos cualitativos. En Metodología de la investigación(pp.394-406). México: EsiMc Graw Hill Education.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos¹. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 19, PP. 347-372.
- Hodann-Caudevilla, R. & Serrano, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. Ansiedad y Estrés, 22, 39 -45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.001>.
- Jiménez, G. (2012). Teorías del desarrollo III. Mexico: Red tercer milenio.
- Lara, M. (2019). Beneficios de la Respiración consiente contra la ansiedad generalizada y el estrés. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Escuela de Ciencias Artes y Humanidades ECSAH Psicología, <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/28047/1085321145.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- León, L. (2019). Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada. Facultad de Psicología Bucaramanga, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana.
- Lodoño, N., Jimenez, E., Juarez, F.&Marín, C. (2011). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. International Journal of Psychological Research, 3, 43-54.
- Maraví, A. (2020). Intervencion cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada. Facultad de Psicología, Universidad

Nacional Federico Villarreal,
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4492/Maravi_Escurre_Angel_David_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302

Ministerio de Economía y Finanzas. (2021). ¿Qué son las mipymes y cómo se encuentran en Perú? Noviembre 18, 2021, de Gob.pe Sitio web: <https://www.gob.pe/279-registro-de-la-micro-y-pequena-empresa-remype>

Ministerio de Educación. (2021). Así nos encontró: las juventudes peruanas ante la pandemia. Secretaría Nacional de la Juventud Ministerio de Educación, 1, <https://juventud.gob.pe/>.

Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. México, D.F, Mexico: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/39731?page=288>.

Otiniano, F. (2012). Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del inventario clínico multiaxial de MILLON III (MCMIII). Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universitaria Católica del Perú. Recuperado de: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/1479/OTINIANO_CAMPOS_FIORELLA_VALIDEZ_CONSTRUCTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pabuena, M. (2019). Evaluación e Intervención Clínica de un Paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el Modelo Cognitivo Conductual. Universidad Pontificia Bolivariana, Especialización en Psicología Clínica, Bolivia.
- Prieto, M. (2015). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en Infancia Maltratada. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos, universidad de Murcia. Recuperado de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/373197/TMPL.pdf?sequence=1>.
- Roemer, L. y Orsillo, S. (2002). Expandiendo nuestra conceptualización y tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada: integrando enfoques basados en la atención plena/aceptación con modelos cognitivo-conductuales existentes. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 9 (1), 54–68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Rojas, P. (2021). Caso clínico de trastorno generalizado de ansiedad. Facultad de Psicología y Humanidades, Escuela Profesional de Psicología, Universidad Femenina del Sagrado Corazón.
- Rosales, M. y Rebok, F. (2016). Trastorno de ansiedad generalizada. En C. J. Garay (Comp.), *Terapia cognitivo conductual y psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental* (pp. 151-181). Akadia
- Ruiz, E. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región callao en el 2020. Facultad de ciencias

humanas, escuela profesional de psicología. Universidad Autónoma del Perú.

Ruiz, M. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.

<https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/47976?page=83>

Seidah, A. & Dugas, M., & Leblanc, R. (2007). El tratamiento Cognitivo Comportamental del Targ: Modelo conceptual y casos clínicos. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVI (1),39-48. [fecha de Consulta 28 de

Enero de 2022]. ISSN: 0327-6716. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832005>

Swartz, M. (2021). Preguntas del entrevistador. En Tratado de semiología (2-29).

ClinicalKey: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B978849113944700001X>.

Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología. (2021). Líneas de investigación vigentes. Facultad de Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia,

Lima-Perú.

Uriarte, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes.

International Journal of Developmental and Educational Psychology, 3, pp.145-160.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press.

World Health Organization. (2018). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. (10ª. ed.). Editorial Médica Panamericana.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Zuluaga, D. (2018). Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente. Facultad de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

17	Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		
18	Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.		
19	Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.		
20	He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.		
21	Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.		
22	Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.		
23	Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.		
24	Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.		
25	Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.		
26	Los demás envidian mis capacidades.		
27	Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.		
28	Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.		
29	La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.		
30	Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.		
31	Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.		
32	Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
33	Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.		
34	Últimamente he perdido los nervios.		
35	A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.		
36	Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
37	Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.		
38	Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.		
39	Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.		
40	Creo que soy una persona miedosa e inhibida.		
41	He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.		
42	Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.		

43	A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.		
44	Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.		
45	Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.		
46	Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.		
47	Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.		
48	Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.		
49	Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.		
50	No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.		
51	Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.		
52	Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.		
53	Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.		
54	Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.		
55	En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.		
56	Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.		
57	Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.		
58	Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.		
59	Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.		
60	Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.		
61	Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.		
62	Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.		
63	Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.		
64	No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.		
65	En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.		
66	En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.		
67	Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.		

68	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.		
69	Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.		
70	Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.		
71	Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.		
72	Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.		
73	A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.		
74	No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como <i>al</i> acostarme.		
75	Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.		
76	Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.		
77	Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.		
78	Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.		
79	Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.		
80	Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.		
81	Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.		
82	Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.		
83	Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.		
84	Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.		
85	No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.		
86	Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.		
87	A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.		
88	Cuando estoy en una fiesta nunca me aísló de los demás.		
89	Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.		
90	Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.		
91	El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.		
92	Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.		
93	Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		

94	La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.		
95	A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes,		
96	En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.		
97	Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".		
98	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.		
99	Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.		
100	Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.		
101	Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.		
102	Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.		
103	Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.		
104	No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.		
105	Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.		
106	He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.		
107	He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.		
108	Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.		
109	El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.		
110	El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.		
111	Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.		
112	He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.		
113	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.		
114	Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.		
115	A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.		
116	He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.		
117	La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.		
118	Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.		

119	La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.		
120	Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.		
121	Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.		
122	Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.		
123	Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.		
124	Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.		
125	A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.		
126	Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.		
127	No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.		
128	Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.		
129	Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.		
130	Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.		
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.		
132	Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.		
133	Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.		
134	Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.		
135	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.		
136	Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".		
137	Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.		
138	Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.		
139	Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.		
140	Creo que hay una conspiración contra mí.		
141	Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.		
142	Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.		
143	Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.		
144	Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.		

145	Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.		
146	Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.		
147	Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.		
148	Pocas cosas en la vida me dan placer.		
149	Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.		
150	Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.		
151	Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.		
152	Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.		
153	Alguien ha estado intentando controlar mi mente.		
154	He intentado suicidarme.		
155	Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.		
156	No entiendo por qué algunas personas me sonrían.		
157	No he visto un coche en los últimos diez años.		
158	Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.		
159	Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.		
160	Mi a afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.		
161	Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.		
162	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.		
163	La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.		
164	Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.		
165	No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.		
166	Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.		
167	Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.		
168	Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.		
169	Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.		

170	Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.		
171	Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.		
172	La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.		
173	Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.		
174	Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.		
175	A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.		

Anexo 2:

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre: Edad:.....

Fecha:.....

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: A.F. A.S.

Anexo 3:

Anexo 3:

ANAMNESIS PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES			
Apellidos y nombres:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Edad:		Sexo:	
Nº de hermanos:		Lugar que ocupa:	
Dirección:			
Teléfono:		Grado de instrucción:	
Informante:		Derivado por:	

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. ENFERMEDAD ACTUAL	
Tipo de enfermedad:	
Forma de inicio:	
Síntomas:	
Antecedentes clínicos:	

IV. HISTORIA FAMILIAR			
1. Padre:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
2. Madre:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
3. Hermanos:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
4. Hermanos:			
Nombre y apellidos:			

Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
5. Hermanos:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
6. Otras personas que viven en el hogar:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
7. Otras personas que viven en el hogar:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
8. Otras personas que viven en el hogar:			
Nombre y apellidos:			
Edad:		grado de instrucción:	
Ocupación:		carácter:	
9. Vive con:			
a) Ambos padres: b) Solo con papá: c) Solo con mamá: d) Otros: _____			
10. Relación con:			
Papá:	Buena	regular	mala
Mamá:	Buena	regular	mala
Hermano 1:	Buena	regular	mala
Hermano 2:	Buena	regular	mala
Hermano 3:	Buena	regular	mala
Otros:	Buena	regular	mala

V. DESARROLLO

a) Prenatal

¿Cómo fue su embarazo? _____ ¿Fue planificado? _____

Tipos de control durante el embarazo

____ Médico ____ Partera ____ Otros : _____

En su embarazo tuvo Ud.

Tiene apetito: _____ come solo: _____ mastica: _____ Alergias alimentarias: _____
g) Entrenamiento en hábitos urinarios y fecales
Edad de comienzo: _____ Manera en que se condujo: _____ Reacción del niño: _____ edad de control urinario: _____ Diurno: _____ nocturno: _____ Creencias de los padres sobre el control de esfínteres: _____
h) Alteraciones de conducta
Presenta conductas inadaptativas Comerse las uñas _____ succionar los dedos _____ rapietas _____ Temores _____ sudor de manos _____ temblor en manos y piernas _____ Agresión sin motivo: _____ caerse con frecuencia _____ Golpearse con frecuencia: _____ Tartamudez _____ Empuja: _____ pateo _____ escupe: _____ araña: _____
i) Sueño
Como era el sueño del niño en los primeros 4 meses Durante los primeros años de vida _____ Actualmente duerme bien: _____ cuantas horas: _____ siestas: _____ Se resiste a acostarse a una hora determinada: _____ Se despierta con frecuencia: _____ con quien duerme: _____ Cuando duerme habla: _____ traspira: _____ Grita: _____ ronca: _____ tiene temores nocturnos: _____ Tiene pesadillas: _____ insomnio: _____ Sonambulismo: _____ Cuantas horas duerme actualmente: _____ Normas y actitudes de la familia hacia el sueño del niño: _____ _____

VI. EDUCACIÓN
Edad en que asistió al colegio: _____ Demostró agrado al asistir: _____ Tiene dificultades con la maestra: _____ Compañeros: _____ Dificultades de aprendizaje: _____ Es zurdo: _____ diestro: _____ Conducta en el salón de clase: _____ Conducta en el recreo: _____ A repetido algún año: _____ cual: _____ Tiene dificultades en algún curso: _____ cual: _____ Tiene muchos amigos: _____ grado de instrucción ha terminado: __ Primaria, __ Secundaria, __ Superior ¿Abandonó el colegio? _____ Volvió a retomar _____ ¿Qué aspiraciones tiene? _____ <u>Historia de la actitud de los padres y familia hacia la conducta escolar del hijo</u>

VII. ADOLESCENCIA

Sientes que tus padres te comprenden _____

Sientes que tus padres en tu hogar te quieren _____

Que cosas cambiarías de ti _____

Te agrada reunirte con personas: __ Misma edad ____ Mayores que tú
____ Menores que tú

Haces amigos con facilidad

Como te consideras: __ Tímido __ Divertido __ Irritable __ Agresivo
____ Complaciente

Haz tenido deseo de irte de tu casa _____

Como te llevas con:

Amigos _____

Amigas _____

Te sientes capaz de solucionar los problemas principales de tu vida _____

Te cuesta recuperarte después de haber sufrido algún problema ____

Te consideras físicamente simpático (a) como los demás _____

Porque _____

VIII. SEXUALIDAD

* A que edad se percató la diferencia entre el hombre y la mujer ____

* Que pensaba _____

* De cómo nacen los niños _____

* A que edad tuvo su 1ra. información sobre sexualidad _____

* Por quien _____

* A que edad empezó a masturbarse _____

* Actitud hacia su masturbación _____

* Se masturba todavía algunas veces _____

* A que edad fue su 1era. Relación Sexual _____

* Actitud hacia ellos _____

* Porque: _____

* A que edad comenzó Ud. A

menstruar _____

Se asustó _____ Estaba preparada _____

* Como lo asumiste: _____

* ¿Te has sentido alguna vez confundido acerca de tu sexualidad?

¿Cuándo? _____

* ¿Has tenido muchos enamorados (as)? SI NO

¿Porque? _____

* Has tenido experiencias sexuales con personas de tu mismo sexo

SI NO

* Tienes pareja actualmente _____

* Toma precauciones en su práctica sexual activa

SI NO

* Su R. sexual actual con su pareja la califica como

Buena Regular Mala

* ¿Porque? _____

* ¿Qué piensa Ud.?

Mujeres _____

Frecuencia: ___ todos los días ___ Cada 15 días ___ Fin de semana
 ___ Cada mes
 ___ Otros

Cantidad _____
 Reacción cuando consume _____

Actividades libres
 A que se dedican: ___ Deporte ___ Salir con amigos ___ Salir con la familia
 ___ Ver televisión
 ___ Otras

¿Qué opinan sus padres de las actividades que realiza?

XII. ASPECTOS DE VIVIENDA

___ Alquilada ___ Propia ___ Otros
 ___ Adobe ___ Material noble ___ Otros

No de habitantes _____
 Nº de dormitorios _____
 Nº de miembros de familia _____

Con que servicio básico cuenta: ___ Agua ___ Desagüe ___ Luz
 ___ Teléf.

Servicios higiénicos: ___ Wáter ___ Silo ___ Otros

Animales domésticos: _____

Se siente cómoda en su casa: _____

Que piensa de su hogar y su familia:

OBSERVACIONES

Anexo 5:

ANÁLISIS FUNCIONAL

Antecedente (Ed.)	Conducta problema (O)	Consecuencia (Er.)
Factores desencadenantes <i>Externos</i> • <i>Internos</i> •	Emoción: Fisiológico: • Cognitivo: • Motor: • Frecuencia: Intensidad: Duración:	Interno: • Externo: • Reforzador negativo: Reforzador positivo:

Anexo 7:

DIARIO DE MI ESTADO DE ÁNIMO

Valora tu estado de ánimo usando esta escala:

Extremadamente depresivo	Bastante depresivo	Ánimo bajo	Ánimo un poco bajo	Sintiéndome ok	Sintiéndome bien	Sintiéndome muy bien	Un poco exaltado	Bastante exaltado	Completamente exaltado
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

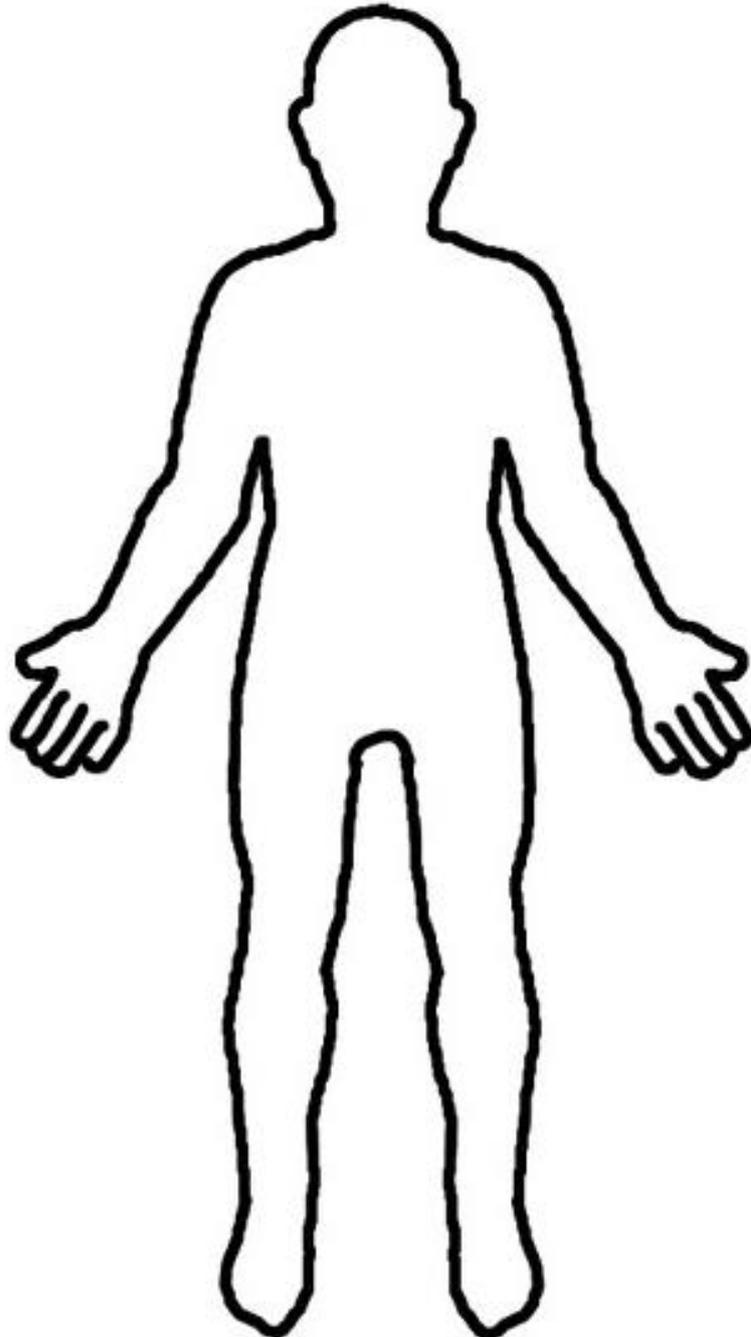
Día	Me siento		Estado de ánimo general la mayor parte del día (encierra en un círculo el número apropiado)	Comentarios
	Hora	Estado anímico		

Lunes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Martes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Miércoles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jueves	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Viernes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sábado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Domingo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Anexo 8:

MIS REACCIONES FISIOLÓGICAS DE ANSIEDAD

Dibuja, colores o marca las zonas de tu cuerpo en las que sientes ansiedad, luego describe con una flecha específicamente lo que sientes.



Anexo 9:

DIARIO DE PREOCUPACIONES

Muchas veces vivimos llenos de preocupaciones, que nos atacan a todo momento, paradójicamente cuando más intensamente demandamos sentirnos seguros. Persiguiendo una seguridad imposible que nunca alcanzamos, pagamos un alto precio por esta incertidumbre. Ansiedad, agitación, miedos intensos, insomnio, inquietud corporal, hipersensibilidad y una constante sensación de indefensión, son algunas consecuencias.

Todos deseamos sentirnos relativamente seguros pero una seguridad absoluta es algo que no existe y la vida siempre trae riesgos. Sin embargo, cuando nos sentimos atacados por la ansiedad, nuestra mente nos convence que no debemos de dejar de preocuparnos hasta sentirnos 100 % seguros que nada puede pasar. Vivimos con una sensación de peligro inminente.

Para que puedas observar el sustento de tus preocupaciones y que tanto estás realmente te ayudan, tenemos este ejercicio.

Escribe en cada bloque de tiempo del día, las preocupaciones que vienen a tu mente y observa al final del día si esas mismas preocupaciones realmente se hicieron realidad o no. Si tuvieron alguna realidad, o si fueron en vano. Llena esta segunda columna al final del día.

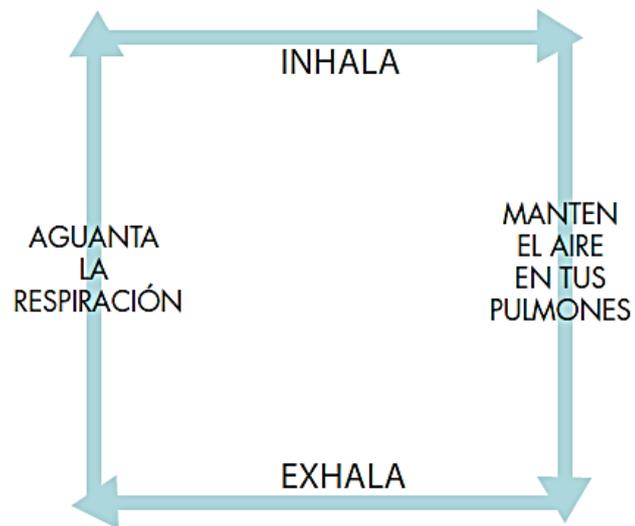
Bloque de horas	Preocupaciones	Analiza si se cumplió, si fue exagerada, si fue útil. Recuerda llenar esta columna al final del día
De 8 a 10		
De 10 a 12		
De 12 a 2 pm.		
De 2 a 4		
De 4 a 6pm		
De 6 a 8		
De 8 a 10		

Anexo 10:

RESPIRACIÓN CUADRÁTICA

**RESPIRACIÓN
CUADRÁTICA**

Coloca tu dedo en el círculo y
sigue el trazo de las flechas



Anexo 11:

RESPIRACIÓN ABDOMINAL

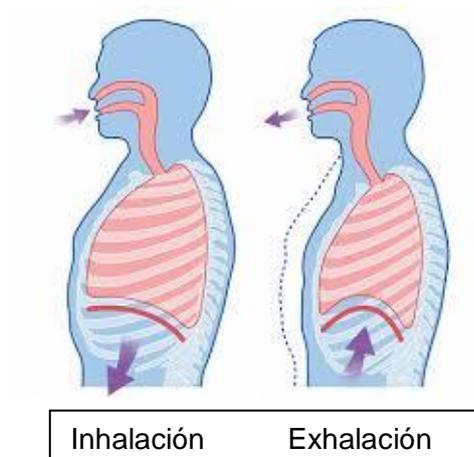
TÉCNICA DE RESPIRACIÓN

PASO 1: RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

1. Ponte una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para estar seguro de que llevas el aire a la parte de debajo de los pulmones, sin mover el pecho.
2. Al tomar el aire, lentamente, lo llevas hacia abajo, hinchando un poco el estómago y barriga, sin mover el pecho.
3. Retener un momento el aire en esa posición.
4. Lentamente sueltas el aire, hundiendo un poco el estómago y barriga; sin mover el pecho.
5. Procura mantenerte relajado un poco más al soltar el aire.

PASO 2: APRENDE A RESPIRAR MÁS LENTO

1. Tomar aire, tal como se indica en el párrafo anterior, lentamente y contando de 1 a 5, o más dependiendo de su capacidad respiratoria.
2. Retenerlo, contando de 1 a 3.
3. Soltarlo lentamente, mientras cuentas de 1 a 5, o más.



Anexo 12:

RESPIRACIONES PROFUNDAS

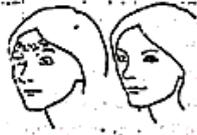
**RESPIRACIONES
PROFUNDAS**

Sigue el camino, inhalando en 6 segundos y exhalando en 8 segundos.



RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

TECNICAS DE RELAJACION PROGRESIVA



FRENTE:

Arrugue su frente subiéndola hacia arriba. Note dónde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja). Ahora relájela muy despacio poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas.



OJOS:

Cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada párpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo. Ponga especial atención a las zonas que están tensas. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda y, muy despacio, entreábralos.



NARIZ:

Arrugue su nariz. El puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Ponga mucha atención en estas zonas. Gradualmente relaje su nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera.



SONRISA:

Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos. Los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes. Gradualmente relaje los músculos de cada lado de sus mejillas y cara.



LENGUA:

Coloque su lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de su boca. Dése cuenta del lugar donde siente tensión (dentro de la boca, en la lengua así como en los músculos que están debajo de la mandíbula). Poco a poco relaje este grupo de músculos, vaya dejando caer gradualmente la lengua sobre boca, apóyela.



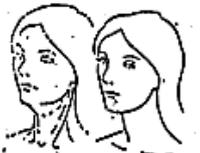
MANDIBULA:

Apriete sus dientes (los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y en las sienes). Poco a poco relaje la mandíbula y experimente la sensación de dejarla ir.



LABIOS:

Arrugue sus labios fuertemente. Note la tensión en los labios superior e inferior y en toda la zona alrededor de los labios. Ponga enorme atención en todas estas zonas que ahora están tensas. Gradualmente relaje sus labios.



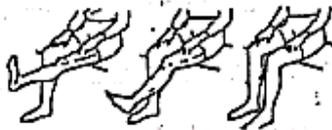
CUELLO:

Apriete y tense su cuello. Compruebe dónde siente la tensión (en el bocado de Adán y también a cada lado del cuello, así como en la nuca). Concéntrese en las zonas que ahora están tensas. Relaje poco a poco su cuello. Note cómo los músculos pierden la tensión y se relajan paulatinamente.



BRAZOS:

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejercer tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realice el máximo de tensión. Compruebe cómo se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos. Gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.



PIERNAS:

Levante horizontalmente su pierna derecha arqueando el pie derecho hacia atrás en dirección a la rodilla. Debe ejercer el máximo grado de tensión. Compruebe dónde siente la tensión (trasero, pantorrilla, muslo, rodilla y pie). Relaje lentamente todas estas zonas y baje despacio la pierna hasta que el pie derecho descansa sobre el suelo, relaje también la rodilla. Asegúrese que sus piernas están en posición de relajación. Repita el mismo ejercicio con la pierna izquierda.



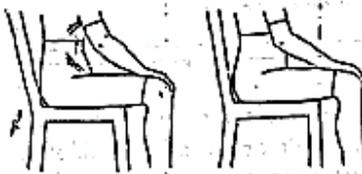
ESPALDA:

Incline hacia delante su cuerpo en la silla. Eleve los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante. Note dónde siente particularmente la tensión (en los hombros y algo más debajo de la mitad de la espalda). Relájese gradualmente llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelva a poner los brazos sobre los muslos en posición de relajación. Ahora note y sienta cómo se ha perdido, la tensión en todos estos músculos.



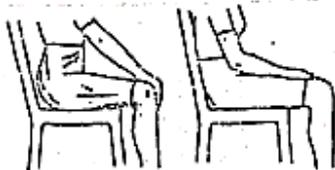
TORAX:

Tense y ponga rígido el pecho, intente constreñirlo como si quisiera reducir sus pulmones. Note dónde siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en parte superior e inferior de cada pecho). Relaja gradualmente su tórax y note como desaparece la tensión en estos músculos.



ESTOMAGO:

Tense fuertemente los músculos de su estómago comprimiéndolos hasta que lo ponga tan duro como una tabla. Note dónde siente la tensión (en el ombligo y alrededor de éste, en un círculo de unos diez centímetros de diámetro). Relájelos gradualmente hasta que su estómago vuelva a su posición natural. Sienta cómo estos músculos están perdidos, apagados y relajados.



DEBAJO DE LA CINTURA:

Tense todos los músculos que están debajo de cintura, incluyendo las nalgas y los muslos. Debe sentir como si se le elevará en la silla. Debe notar que también se tensan las piernas poco. Observe las zonas particularmente tensas (trasero, muslos y todos los músculos que están en contacto con la silla). Relaje lentamente estos músculos y vuelva a recostarse en la silla.

Anexo 14:

MINDFULNESS DE LOS SENTIDOS

Percibe lo que está a tu alrededor, observa en tu entorno, busca lo que te piden, hazlo y completa los recuadros.



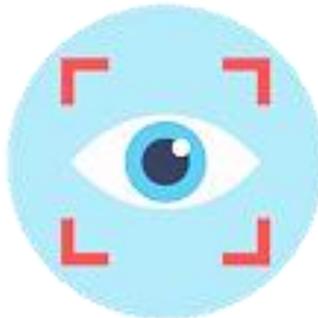
3 cosas que puedas tocar:

-
-
-



4 cosas que puedas escuchar:

-
-
-
-



5 cosas que puedas ver:

-
-
-
-
-



1 cosas que puedas degustar:

-



2 cosas que puedas oler:

-
-

Anexo 15:

VISUALIZA LA CALMA

VISUALIZA LA CALMA

Puedes utilizarlo para calmarte o contrarrestar sentimientos de ansiedad.

Recuerda algo o a alguien que te haya ayudado a encontrar paz o calma.

Puede ser un sonido, un color, una imagen, un paisaje, una canción, un miembro de tu familia, un amigo, una oración, un versículo.

Ahora toma un momento para visualizar dicho recuerdo con la mayor cantidad de detalles.

Anexo 16:

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1.- DEFINIR EL PROBLEMA:

¿En qué consiste el problema?

¿Cómo se da el problema?

¿Cuándo se da el problema?

¿Dónde ocurre el problema?

¿Quiénes están involucrados en el problema?

¿Qué sentimientos tengo respecto al problema?

¿Qué pienso acerca del problema?

¿Qué sentimientos tienen las personas involucradas en el en el problema?

¿Cómo he enfrentado el problema antes?

2.- PROPONER ALTERNATIVAS U OPCIONES A IMPLEMENTAR

→

→

→

→

→

→

→

→

3.- ELEGIR LASA ALTERNATIVAS MÁS RAZONABLES A IMPLEMENTAR

→

→

→

→

4.- DESARROLLAR UN PLAN A IMPLEMENTAR

5.- EJECUTAR EL PLAN

6.- EVALUAR LO RESULTADOS

Anexo 17:

MODELO ABC

A=Situación	B=Pensamiento	C=Consecuencias (Conductuales y emocionales)

Anexo 18:

HECHOS Y INTERPRETACIONES

Lee cada uno de los siguientes enunciados e identifica si es un hecho (H) o una interpretación (I). Marca una x donde corresponda.

Recuerda:

- **Hecho** es una descripción de algo que se puede confirmar con múltiples observadores
- **Interpretación** es un juicio que posee un valor implícito de bueno o malo. Y puede variar desde cualquier observador

	Hecho (H)	Interpretación(I)
Los huevos se cocinan de diferentes maneras		
Los huevos son muy ricos acompañados de tocino		
Tengo ___ años		
Me miró con desdén		
Yo estaba sudando		
Nunca me escuchas		
Somos muy diferentes		
Trabajas mucho		
Puse mi mano en la puerta y di vuelta a la perilla.		

Anexo 19:

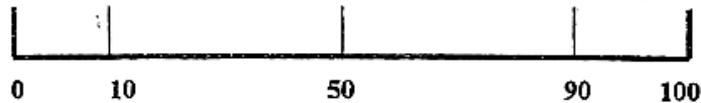
ESCALA DE CATÁSTROFES

LA ESCALA DE CATASTROFE

Este ejercicio va ayudarles a disputar las exageraciones.

Identifique una situación estresante muy desagradable (Evento Activador) que ha Experimentado recientemente en el trabajo.

En una escala de 1 a 100, coloque una "X" en el número que indique cuán malo fue para usted el evento. 100 es "totalmente malo", 50 es "medianamente malo" y 10 es "un poco malo".



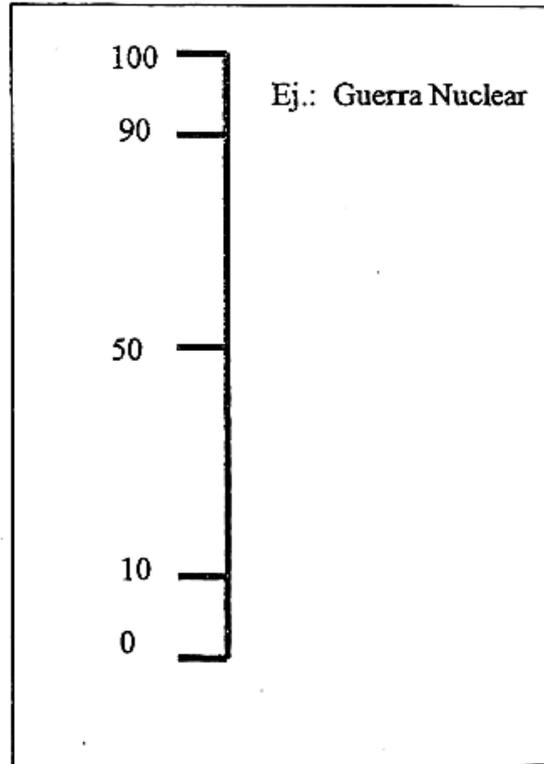
ESCALA DE CATASTROFE

En la escala de la derecha, escriba algunos ejemplos de cosas malas que pueden pasarle a usted o a otros.

Coloque las catástrofes "reales" entre 90 - 100; las cosas que son malas pero no catastróficas entre 50 - 90; y aquellas que no son tan malas alrededor de 10.

Utilizando ya la Escala de Catástrofe, ahora puede medir el evento negativo del trabajo que describió en la parte superior de esta página. Coloque una "Y" en la segunda escala allí donde *ahora* puede evaluar la situación negativa. Coloque una "X" en el punto dónde lo evaluó *antes*.

¿Hay una diferencia entre su primera y segunda medida? ¿Ha logrado una mejor perspectiva de las cosas?



Anexo 20:

AUTOINSTRUCCIONES

SITUACIÓN DESENCADENANTE DE EMOCIONES NEGATIVAS:

<i>ANTES (PREPARACIÓN)</i>	
Ejemplos:	Escriba:
Con esta reacción puedo ponerme muy tenso (a), desesperarme o perder el control.	
No tengo que centrarme en lo que causa o lo que ocasiona lo que me pasa, sino en lo que tengo que hacer.	
Puedo relajarme: voy a respirar profundamente.	
Pensaré en lo que puedo hacer al respecto.	

<i>DURANTE (MANEJO DE LA SITUACIÓN)</i>	
Ejemplos:	Escriba:
Soy capaz de enfrentar esto	
Me concentraré en el plan, un paso a la vez	
Me concentraré en mi respiración, en lo que tengo que hacer y no en la causa de mi tensión	
Pronto habrá terminado. Si cometí un error lo corregiré	

<i>DESPUÉS (REFORZAMIENTO DEL ÉXITO)</i>	
Ejemplos:	Escriba:
Pude controlar la tensión y mi cólera	
Resultó, funcionó	
La próxima vez me saldrá mejor	
Me relajé y lo conseguí	

Anexo 21:

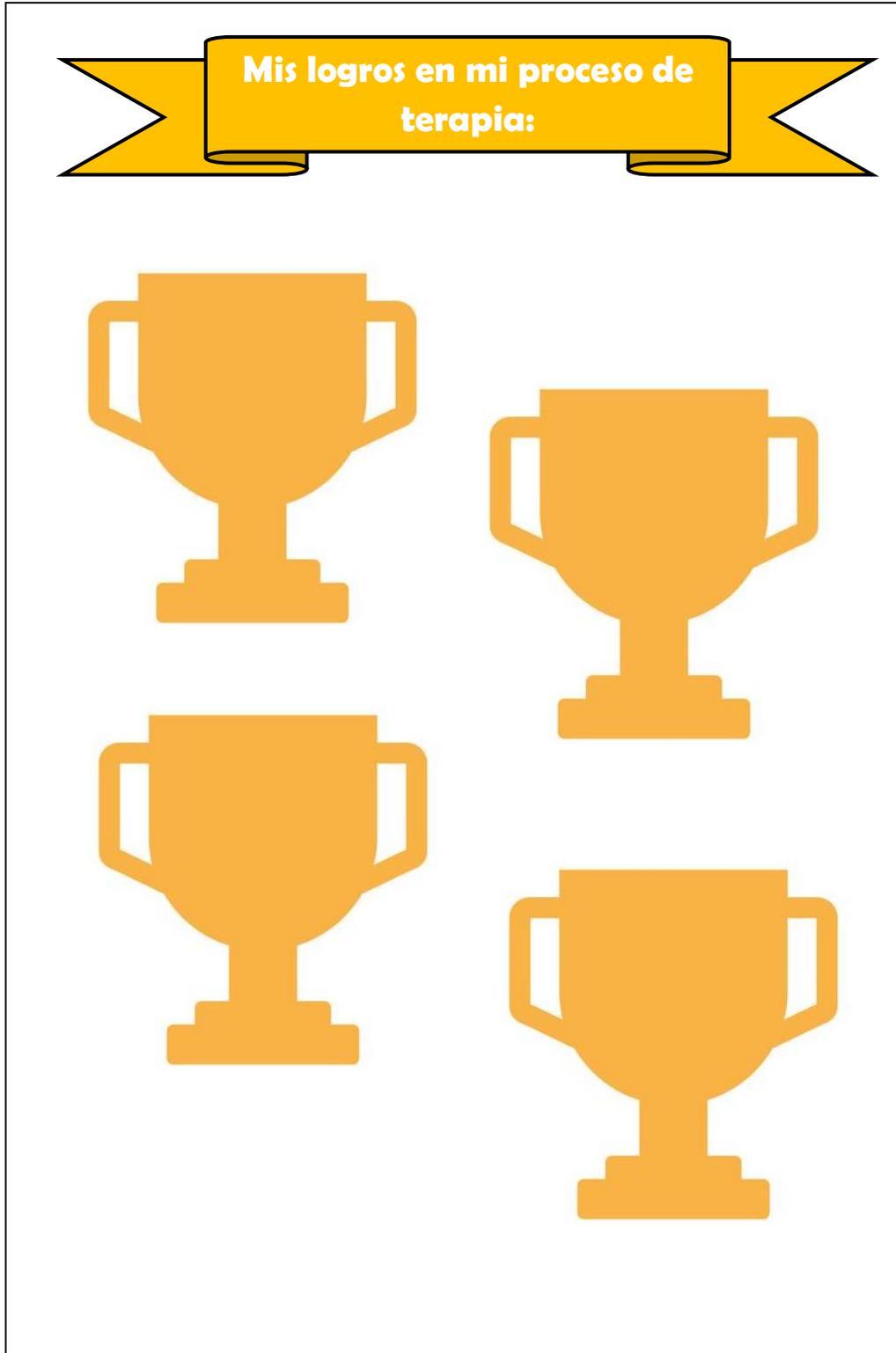
APRENDIZAJES DE TERAPIA

**Mis aprendizajes en mi
proceso de terapia:**



Anexo 22:

LOGROS EN LA TERAPIA



Anexo 23:

LISTA DE COTEJO DEL PROGRESO DE SÍNTOMAS

Marque la presencia de los síntomas al finalizar el mes

Síntoma	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Sensación de calor	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Molestias digestivas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Dificultad para respirar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Miedo a perder el control	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Temblores generalizados o estrechamiento	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Temblores de mano	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Nerviosismo	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Mareo o aturdimiento	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Miedo de que suceda lo peor	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Incapacidad de relajarse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Temblor de piernas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Anexo 24:

REGISTROS DE TAREAS SEMANALES

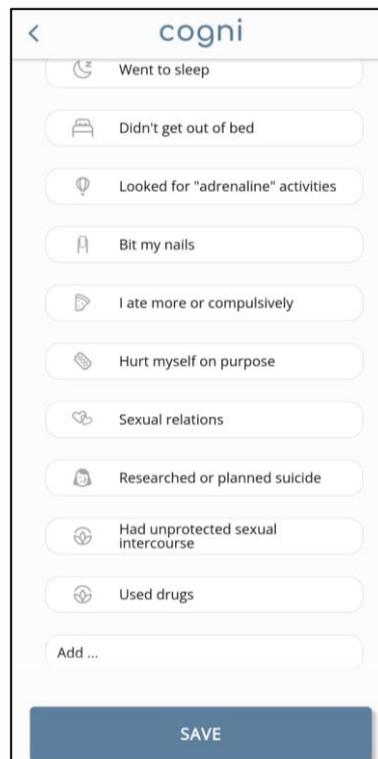
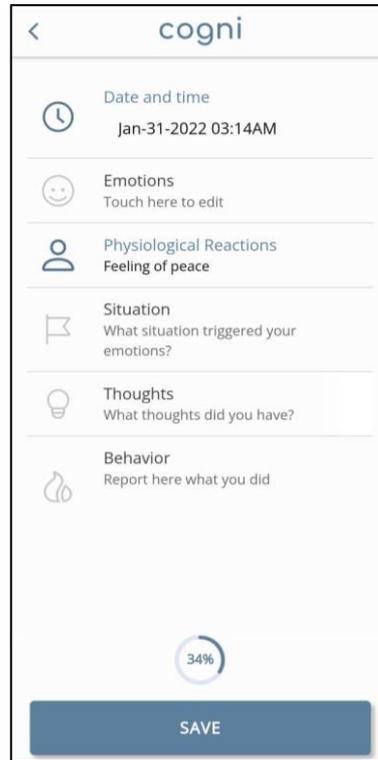
Técnica a practicar durante la semana :

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Observaciones, valoraciones u opiniones de la técnica practicada:						

¿Cuántas veces practiqué la técnica?	1 2 3 4 5 6 7
¿Cómo te sentiste?	

Anexo 25:

APLICATIVO COGNI



Anexo 26:

LISTA DE COTEJO PARA ACTIVIDADES SALUDABLES

Actividad saludable	¿Cumplió la actividad durante la semana?	Observaciones
Ir al gimnasio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Limpiar la habitación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Salir con sus amigos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Pasear a sus perros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Leer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estudiar cursos para su carrera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Anexo 27:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos.

Certifico además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del Jefe del Área Operativa:	Norma Leonor Roman Aranda
Nombre del Área Operativa:	Dirección del Centro Vivir
Firma y sello: 	Fecha: 12/10/2021 