



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN BAJO EL ENFOQUE
RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL
EN UN CASO DE ANSIEDAD

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

CARMEN GIANELLA GUIZADO MARCELO

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Geraldine Zidae Salazar Vargas

Presidente

Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez

Vocal

Mg. Susana Elizabeth Mamani Guerra

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. María Elena Apumayta Rosas

DEDICATORIA

A Dios,

a mis abuelos que gracias a ellos puedo tener mayores oportunidades y ser

más feliz,

a mis padres por brindarme un amor incondicional y estar presentes para

mí,

a mis hermanos que son mis amigos y contaré siempre con ellos.

AGRADECIMIENTOS

A mi papá y mamá, por brindarme una crianza con amor y dedicación, por su apoyo y brindarme la oportunidad de estudiar y cumplir mis metas, siempre alentándome a crecer profesionalmente y actuar en base a mis valores.

A mis amigas, por escucharme, apoyarme y compartir cada etapa, siendo un aprendizaje y construyendo cada anécdota que la guardo en mí y tras los años puedo contar con ustedes.

Finalmente, a mí misma, por confiar y persistir en momentos difíciles.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....1

Capítulo I. Experiencia Profesional Y Contexto3

1.1 Descripción de la Empresa o Institución.....3

1.1.1 Historia de la organización descrita6

1.2 Puesto Desempeñado7

1.2.1 Descripción del área de trabajo.....8

1.2.2 Plan de trabajo9

1.2.2.1 Actividades de la experiencia.....9

1.2.2.2 Proyección a la comunidad.10

1.2.2.3 Cursos de actualidad.10

1.2.2.4 Recursos.11

1.2.2.5 Cronograma de actividades.11

1.3 Delimitar el Área de Trabajo.....12

Capítulo II. Marco Teórico13

2.1. Teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual.....13

2.1.1 Esquema ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual15

2.1.2 Dimensiones de las Creencias Irracionales.....17

2.1.3 Estilo terapéutico21

2.2 Terapia Cognitivo Conductual De Beck	22
2.3 Terapias de la Tercera Generación	24
2.3.1 <i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	25
2.3.2 <i>La Terapia Dialéctica Conductual</i>	25
2.3.3 <i>Psicoterapia Analítica Funcional</i>	26
2.4 Pensamientos Irracionales	27
2.5 Ansiedad.....	28
2.5.1 <i>Abordaje de TREC</i>	29
2.5.2 <i>Abordaje de TCC</i>	30
2.6 Tristeza.....	31
2.7 Antecedentes	32
2.7.1 <i>Antecedentes nacionales</i>	32
2.7.2 <i>Antecedentes internacional</i>	34
Capítulo III. Metodología	37
3.1 Contextualización del Problema.....	37
3.1.1 <i>Problema de estudio</i>	37
3.1.2 <i>Estrategias de evaluación y medición</i>	40
3.1.3 <i>Procedimiento de la evaluación</i>	42
3.1.4 <i>Diagnóstico del problema</i>	43
3.2 Intervención	48
3.2.1 <i>Problema delimitado</i>	48

3.2.2 <i>Objetivos de la intervención</i>	49
3.2.3 <i>Técnicas</i>	50
3.2.3.1 <i>Selección y sustento de las técnicas empleadas</i>	55
3.2.4 <i>Ejecución</i>	61
3.2.5 <i>Indicadores de logro</i>	77
3.2.6 <i>Monitoreo y evaluación de la intervención</i>	78
3.2.7 <i>Consideraciones éticas</i>	80
Capítulo IV. Resultados	81
4.1 Resultados	81
4.1.2 <i>Análisis de los resultados encontrados con fuentes</i>	<i>89</i>
4.2 Reflexión De La Experiencia	91
4.2.1 <i>Limitaciones encontradas en el proceso de intervención</i>	<i>91</i>
4.2.2 <i>Impacto en la institución con los resultados hallados</i>	<i>92</i>
4.2.3 <i>Aporte en el área psicológica y en el contexto</i>	<i>92</i>
4.2.4 <i>Demandas profesionales requeridas</i>	<i>93</i>
4.2.5 <i>Autoevaluación y autocrítica personal e institucional</i>	<i>95</i>
RECOMENDACIONES	97
CONCLUSIONES	98
REFERENCIAS	99

RESUMEN

La finalidad del presente estudio fue desarrollar estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual en la consultante a fin de disminuir su ansiedad. La intervención se realizó a una persona de 23 años que presentaba ansiedad a raíz de una ruptura de pareja, los cuales eran acompañados de pensamientos irracionales constantes. Para tal motivo, se realizó la intervención en 18 sesiones virtuales desde la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Los resultados obtenidos indicaron que la paciente disminuyó el nivel de ansiedad a partir de la incorporación de estrategias. Así mismo, reestructuró los pensamientos irracionales por un sistema de pensamientos flexibles, adaptativos y realistas. Por último, desarrolló estrategias que le permiten solucionar los diferentes conflictos que pueda vivenciar.

Palabras clave: Terapia Racional Emotiva Conductual, Ansiedad, Creencias irracionales, Intervención, Gestión emocional, Pensamientos racionales, Estrategias.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to develop strategies at the cognitive, emotional and behavioral level in the consultant in order to reduce her anxiety. The intervention was carried out on a 23-year-old person who presented anxiety as a result of a couple breakup, which were accompanied by constant irrational thoughts. For this reason, the intervention was carried out in 18 virtual sessions from Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT). The results, that we obtained, indicated that the patient decreased the level of anxiety after the incorporation of strategies. Likewise, the patient restructured irrational thoughts into a system of flexible, adaptive and realistic thoughts. Finally, she developed strategies that allow him to solve the different conflicts that he may experience.

Keywords: Rational Emotive Behavioral Therapy, Anxiety, Irrational Beliefs, Intervention, Emotional Management, Rational Thoughts, Strategies.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es el resultado de sensaciones que experimenta una persona o la alteración del estado emocional ante diferentes situaciones cotidianas. Además, abarca diferentes procesos que interrelacionan aspectos fisiológicos, afectivos, conductuales y cognitivos. Sin embargo, la ansiedad puede ser una respuesta desproporcionada en función a la situación percibida como amenaza, proveyendo de un sistema cognitivo disfuncional el cual atribuye un valor erróneo, activa pensamientos inadaptativos y genera un impacto negativo en la calidad de vida de las personas (Díaz y De la Iglesia, 2019). Así mismo, a partir de la cuarentena por el COVID-19 (coronavirus 2019) se encontró que más del 50% de jóvenes presentaron indicadores de ansiedad media a moderada (Sánchez, Yarlequé, Alva, Núñez, Arenas, Matalimares, Gutierrez, Egoavil, Solis y Fernández, 2021). También, se observa incremento de los niveles de ansiedad en jóvenes (Sangüeza y Vílchez, 2021). Frente a esta problemática se evidencia la necesidad de intervenciones efectivas que brinden a las personas estrategias para afrontar las problemáticas como la vivencia de la pandemia a raíz del COVID 19.

Ante este panorama, el presente trabajo propone abordar la ansiedad mediante el desarrollo de estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual a fin pueden afrontar las problemáticas diarias. El modelo de intervención tiene el enfoque de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), la cual ayuda a las personas a reducir las emociones perturbadoras y conductas disfuncionales. Así mismo, la TREC propone que las creencias irracionales son las que generan dificultades emocionales y conductuales. Ante ella busca establecer pensamientos racionales que favorezcan abordar situaciones negativas. Para ello se enseña

herramientas a las personas, tanto en la modificación de los pensamientos como herramientas para afrontar las diferentes situaciones del día, brindando la aceptación incondicional hacia sí mismo y una nueva filosofía de vida (Palomino, Santiago y Zarate, 2017).

El presente trabajo se ha organizado en cuatro capítulos. En el primero se describe el centro donde se desarrolló la experiencia profesional, observando información relevante de la misma, como datos generales, análisis FODA y delimitación del área de trabajo.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico con las variables abordadas en el caso de estudio y el fundamento teórico del enfoque de intervención e investigaciones nacionales e internacionales.

En el tercer capítulo se describe la metodología empleada, se muestra la contextualización del problema, observando el problema de estudio, las estrategias de intervención, el procedimiento de evaluación y el diagnóstico del caso. Además, se visualiza la intervención del caso detallando el problema delimitado, los objetivos de intervención, las técnicas empleadas, la descripción del plan de trabajo, los indicadores de logro y el monitoreo y evaluación de la intervención.

En el cuarto capítulo se detallan los resultados encontrados y la reflexión de la experiencia, las limitaciones encontradas en la intervención, el impacto en la institución, el aporte en el área psicológica y contexto, las demandas profesionales requeridas, la autoevaluación, y autocrítica personal e institucional. Por último, se detallan las conclusiones y recomendaciones del caso abordado.

Capítulo I. Experiencia Profesional Y Contexto

1.1 Descripción de la Empresa o Institución

La organización donde se realizó la experiencia profesional es una institución ubicada en Lima, Perú. Se dedica a la formación de terapia racional emotiva conductual y brinda atención psicoterapéutica al público en general.

A continuación, se detallan la misión y visión de la institución, cabe mencionar que la institución no cuenta con objetivos y valores.

Misión: Colaborar con las personas en su crecimiento, siendo un recurso de los individuos, familias y las organizaciones, en el proceso de convertirse en arquitectos y protagonistas de sus propias vidas.

Visión: Ser una institución que se centra en la investigación, desarrollo y formación de la Psicoterapia y el Coaching como modelos de intervención profesional para el desarrollo del ser humano empleando un marco conceptual cognitivo y estrategias de investigación integrativas.

A partir de la experiencia profesional en la sede se presenta el análisis situacional mediante el FODA, analizando las características internas de la institución (fortalezas y oportunidades) y la situación externa (debilidades y amenazas).

En cuanto a las fortalezas se encuentra que la escuela de formación racional emotiva conductual desarrolla las competencias terapéuticas brindando experiencias vivenciales a los estudiantes mediante ejercicios, dinámicas y role playing. Además, durante los años de formación se brinda acompañamiento emocional a cada estudiante mediante sesiones individuales a fin de que pueda preservar su bienestar emocional. Así mismo, se realizan sesiones de coaching

acompañando a cada alumno para que tenga la experiencia de ser terapeuta. También, participa otro estudiante que tiene la oportunidad de ser paciente, brindado la oportunidad de ejecutar las competencias terapéuticas. Otra fortaleza de la institución es la asignación de casos a los estudiantes mediante su programa de proyección social, permitiendo la consolidación de los aprendizajes adquiridos y el desarrollo de las competencias terapéuticas. En esa misma línea, brinda acompañamiento a cada estudiante mediante supervisiones individuales y grupales. Además, la institución y los colaboradores están acreditados por el Albert Ellis Institute de Nueva York, consolidando el prestigio del centro. Agregando a lo anterior, el centro psicológico cuenta con una infraestructura adecuada para las actividades académicas, teniendo todos los materiales que aseguran el aprendizaje de los estudiantes y las sesiones al público. Así mismo, culminando los niveles de formación se les brinda a los estudiantes la certificación internacional de Primary and Advanced Certificate in Rational Emotive Behavior Therapy por Albert Ellis Institute de Nueva York. Continuando con las fortalezas, la institución cuenta con el programa de Apoyo Social dirigido a personas que no cuentan con los recursos económicos para costear un proceso terapéutico. Por último, la institución realiza diferentes charlas internacionales para los estudiantes y exalumnos, permitiendo tener una visión más amplia del proceso terapéutico.

Por otro lado, las oportunidades que se encuentran es que existe la necesidad por parte de los profesionales de salud mental de formarse a nivel terapéutico para obtener mayores oportunidades laborales. Así mismo, una parte de la población se encuentra buscando un espacio para intervención psicológica y mejorar su calidad de vida. De igual forma, la institución se encuentra ubicada cerca de universidades

con carreras de salud y centros laborales, lo que permite tener mayor contacto con alumnos y pacientes potenciales. Otra oportunidad es que en la actualidad hay mayor promoción a tomar acciones para cuidar la salud mental y prevenir; sin embargo, no todas las personas tienen los recursos económicos para adquirir el servicio. Finalmente, la institución cuenta con terapeutas especializados en diferentes grupos etarios y problemáticos, lo que permite atender a una mayor cantidad de personas.

En lo que respecta a las debilidades de la institución, se encuentra que el centro no cuenta con una plataforma educativa virtual donde pueda verse la programación y los materiales de las clases. Otra debilidad es que, una vez finalizada la formación psicoterapéutica, el instituto brinda pocos programas de formación continua para que el estudiante se especialice. Así mismo, no se observan publicaciones científicas en revistas nacionales. De igual manera, la página web no se encuentra actualizada, se visualiza información con fechas vencidas. Por último, la atención a los usuarios o interesados en los servicios de la institución es lenta.

Finalizando el análisis FODA, las amenazas de las instituciones es que existen otras instituciones que brindan formación terapéutica con el mismo enfoque de Terapia Racional Emotiva Conductual. Además, existen centros que ofrecen otras corrientes de formación terapéutica (humanista, cognitivo conductual, sistémica, psicoanalítica, etc.). Otra amenaza encontrada es que existen formaciones *online* que permiten que los estudiantes tengan la libertad de estudiar de acuerdo con su disponibilidad. Así mismo, otras instituciones brindan los mismos servicios con un menor costo económico. Finalmente, existen otros espacios y especialistas que brindan acompañamiento emocional.

1.1.1 Historia de la organización descrita

El instituto se inició como un centro de atención psicoterapéutica en Lima, Perú. En 1995 se funda la escuela, cuyo propósito es formar terapeutas cognitivos que ayuden a sus pacientes a interpretar y evaluar de forma racional y flexible las situaciones que generen perturbación emocional.

A inicios del 2007, inicia de manera oficial su escuela de formación en *life coaching*, ofreciendo el primer curso de *coaching* basado en el modelo cognitivo. La formación está dirigida a personas ajenas al ámbito de la salud mental que buscan construir una carrera profesional centrada en ayudar a otros.

El instituto forma anualmente un número promedio de sesenta psicoterapeutas y *coaches*, los cuales pueden acceder a la certificación internacional del Albert Ellis Institute de Nueva York y pertenecer al movimiento de Terapia Racional Emotiva Conductual en Perú y el resto del mundo. Además, ofrece a sus alumnos un programa único que se centra tanto en transmitir conocimientos teóricos y técnicos, como en formar competencias personales y profesionales claves para el ejercicio de la psicoterapia y el coaching.

El instituto ofrece la posibilidad a sus alumnos de atender pacientes del área de proyección social, fomentando la práctica supervisada de los conocimientos y habilidades transmitidos para ayudarlos a ayudar de forma competente y eficaz.

Desde 1998, el instituto tiene presencia en muchos eventos nacionales e internacionales relevantes para la comunidad de la psicoterapia y el *coaching*. Además de participar en múltiples congresos y eventos de diferente índole en Perú y otros países del mundo, el instituto ha ofrecido su programa de formación en Terapia Racional Emotiva Conductual a grupos de ciudades del mundo, por

ejemplo, Guayaquil, Buenos Aires, San José, Madrid, Barcelona, Mozambique, etc. Del mismo modo, ha organizado múltiples eventos que han contado con la participación de destacados profesionales nacionales y extranjeros.

1.2 Puesto Desempeñado

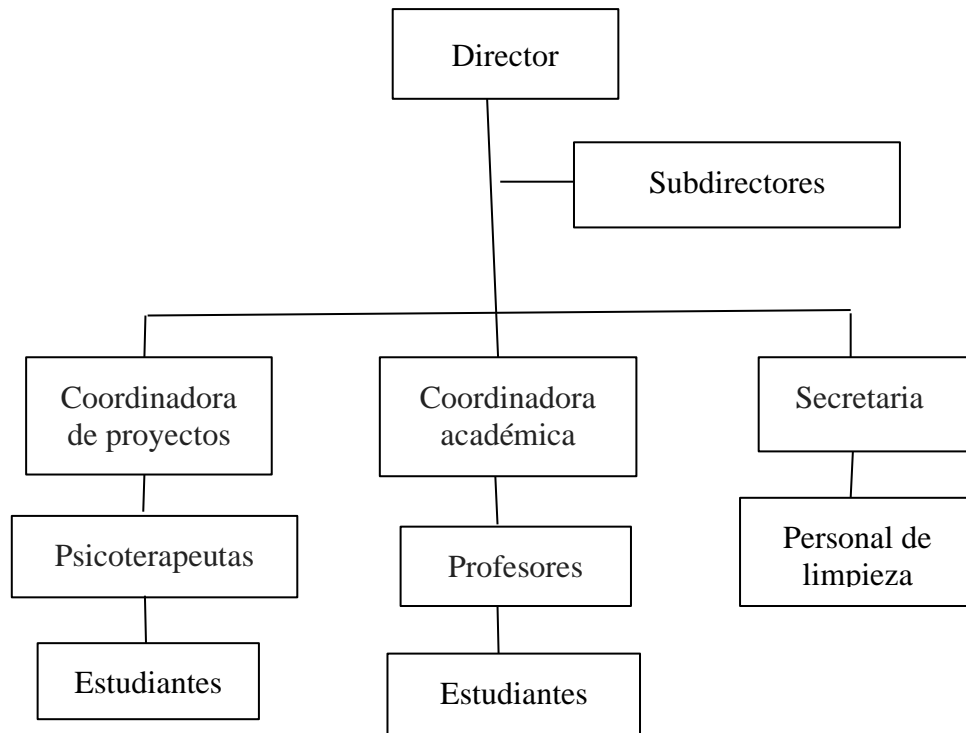
Durante los años de formación, se participó del programa de proyección social como psicoterapeuta. El objetivo es brindar psicoterapia bajo el enfoque de Terapia Racional Emotiva Conductual a personas con dificultades económicas. Así mismo, la jefa inmediata fue la coordinadora de proyectos de la institución.

Las principales funciones que se realizaron fueron completar mensualmente la ficha de seguimiento de los casos, pasar por supervisión de los casos asignados para su tratamiento y llevar las sesiones grabadas para ser supervisadas por el jefe inmediato. Además, se elaboró el programa de tratamiento para los casos asignados, se realizaron sesiones psicoterapéuticas con las personas asignadas siendo monitoreadas por los especialistas de la Institución. En la misma línea, otra función era realizar breves reportes sobre la ayuda social durante el aislamiento y realizar orientación y consejería a las personas contactadas durante la ayuda social.

Así mismo, se presenta el organigrama de la institución para una mejor visión de la estructura interna.

Figura 1

Organigrama de la institución



Nota: La figura muestra el organigrama de la institución que se realizó la experiencia profesional

1.2.1 Descripción del área de trabajo

Durante los años de formación se integró el programa de proyección social, cuyo objetivo es ofrecer psicoterapia a personas con dificultades económicas. Además, brinda a los estudiantes oportunidades para aplicar los conocimientos y competencias adquiridas durante la formación terapéutica. También, está conformado por estudiantes del último nivel de la formación y exalumnos. Por otro lado, las personas interesadas en recibir las sesiones tienen que completar un formulario que se encuentra en la página web de la institución, detallando el motivo por el cual desean empezar una intervención psicológica y contestar algunas

preguntas orientadas a la problemática del caso. Posteriormente, se envía el caso a los psicoterapeutas disponibles, una vez aceptado, se procede a tener el contacto directo con los usuarios.

Cuando se empieza con la intervención a los usuarios, se realizan las supervisiones en las clases asignadas. Así mismo, se tiene que enviar una ficha mensual con las sesiones trabajadas y los objetivos. Debido a la pandemia y a la declaración del estado de emergencia las intervenciones con los pacientes se realizaron de manera virtual desde el hogar de cada persona, para lo cual era necesario contar con un dispositivo tecnológico y una red de internet.

1.2.2 Plan de trabajo

El plan de trabajo detalla las actividades que se llevaron a cabo durante el periodo de estudio y participación de proyección social bajo la supervisión de la coordinadora de proyectos. Se presentan las principales actividades que se realizaron, tales como descripción de las principales, actividades realizadas, investigación, cursos, actividades de proyección a la comunidad, recursos humanos y materiales y cronograma de actividades.

1.2.2.1 Actividades de la experiencia.

- Evaluación: en las primeras sesiones se realizaban la evaluación racional emotiva con el propósito de conceptualizar el problema mediante una entrevista semiestructurada y si el terapeuta lo deseaba podía utilizar el inventario de creencias irracionales de Ellis. Así mismo, se determinó los objetivos de intervención y se centró en desarrollar el vínculo terapéutico.

Además, los terapeutas orientan a que sean objetivos que se logren en la sesión y aporten al bienestar de la persona.

- Intervención terapéutica: en las sesiones restantes con los usuarios, se realizaron las intervenciones individuales desde el enfoque de la institución, centrándose en el área cognitiva (trabajar los pensamientos irracionales) y emocional (gestionar las emociones perturbadoras). Así mismo, se utilizaban las herramientas enseñadas en clases. Cabe mencionar que se realizó las intervenciones en acompañamiento con un terapeuta del centro psicológico.

1.2.1.2 Proyección a la comunidad.

Debido al estado de emergencia por la pandemia, la institución brindó capacitaciones previas sobre los primeros auxilios psicológicos, así como el servicio de sesiones gratuitas para la gestión emocional durante el aislamiento. Las personas interesadas completaron un formulario con sus datos personales, para posteriormente serles asignado un voluntario, que terminada la sesión tenía que realizar un breve reporte sobre las intervenciones realizadas.

1.2.1.3 Cursos de actualidad.

Las clases brindadas por la institución eran semanales, algunos de los temas trabajados fueron la intervención en ansiedad, depresión, problemas de conducta alimentaria, adicciones, intervención en familias y diferentes grupos etarios (niños y adolescentes). Así mismo, se realizaron charlas por parte de la institución que reforzaban lo aprendido.

1.2.1.4 Recursos.

- Recursos humanos: se contó con la supervisión de la coordinadora de proyectos y la coordinadora académica. Así mismo, los profesores tenían la apertura de responder las dudas que pudieran existir.
- Recursos materiales: la institución cuenta con una biblioteca con publicaciones de psicología y manuales de intervención.

1.2.1.5 Cronograma de actividades.

Tabla 1

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	PERIODO DE PARTICIPACIÓN										
	3/2	4/2	5/2	6/	7/2	8/2	9/	1	11	12	1/2
	0	0	0	20	0	0	20	0/	/2	/2	1
								2	0	0	
								0			
Completar mensualmente la ficha de seguimiento de los casos.			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pasar por supervisión de los casos asignados para su tratamiento.			x	x	x	x	x	x			

Llevar las sesiones grabadas para ser supervisadas por el jefe inmediato.	x	x	x	x	x	x
Elaborar el programa de tratamiento para los casos asignados.	x	x	x	x		
Realizar sesiones psicoterapéuticas con las personas asignadas.	x	x	x	x	x	x
Realizar las sesiones gratuitas a las personas afectadas por el aislamiento social.	x	x	x	x		

Nota: En la presente tabla se visualiza el cronograma de actividades con los meses de participación entre el mes de Marzo de 2020 hasta Enero del 2021.

1.3 Delimitar el Área de Trabajo

El caso que se describe a continuación pertenece al servicio de bienestar psicológico y salud mental. Esta línea investiga 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.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual

Ellis presentó un modelo de intervención psicoterapéutica que denominó Terapia Racional, en el que se enfatizaba el rol de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, postulando que el cambio de creencias irracionales puede producir un cambio emocional y conductual. Posteriormente, complementó su modelo terapéutico y lo llamó Terapia Racional Emotiva. Sin embargo, volvió a cambiar el nombre por Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), en dicho enfoque se establece la conducta también es un objetivo terapéutico (Palomino, Santiago y Zarate, 2017).

Cabe señalar que la TREC considera a la persona como un organismo complejo y biopsicosocial, con una clara tendencia a definir metas y objetivos que trata de conseguirlos. La primera meta básica es permanecer vivo y la segunda, obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. Adicionalmente, se reviran el resto de submetas que el ser humano se va proponiendo a lo largo de la vida y que le da cierto sentido a su vida.

Cabe señalar que la idea central de la teoría de la TREC gira en torno a la distinción entre creencias racionales e irracionales y su influencia en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales (Ellis, 1994).

Asimismo, Dryden y Ellis (1987) señalan que durante el proceso terapéutico pueden cambiar o eliminar ciertas creencias irracionales situacionales o globales. Sin embargo, si no se cambia la filosofía de base pueden surgir nuevas creencias

irracionales que causan nuevos trastornos emocionales. De igual manera, la TREC sostiene que, si bien una filosofía de vida basada en absolutismo y demandas está en la base de muchas perturbaciones psicológicas, una filosofía basada en el relativismo y en lo deseable es una particularidad central de la persona psicológicamente saludable.

Además, Neenan y Dryden (2021) argumentan que las dificultades emocionales no son simplemente creadas, pero que el impacto de los eventos adversos puede verse muy exacerbado por los pensamientos y creencias irracionales que interfieren en la capacidad de la persona para enfrentar constructivamente dichos eventos. Así que, la TREC ayuda a desarrollar pensamientos alternativos y adaptativos para abordar los problemas.

En efecto, la TREC enmarca que no todas las emociones negativas son disfuncionales, ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. De hecho, las emociones adecuadas son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que van experimentando los seres humanos durante el transcurso de sus vidas que no generan estancamiento ni dificultades en la consecución de las metas.

La TREC sostiene que la tendencia biológica a pensar irracionalmente no se manifiesta igual en todas las personas ni son similares a pesar de estar en el mismo contexto. Por el contrario, las experiencias personales repercuten en la adquisición y mantenimiento de las perturbaciones psicológicas (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

Asimismo, la TREC postula cómo se mantienen o perpetúan los trastornos psicológicos, señala tres *insights* de los que carecen las personas que mantienen los trastornos emocionales. De ahí que, el primero postula que las perturbaciones

psicológicas vienen establecidas por determinadas creencias irracionales que se van a activar frente a eventos vitales negativos. No obstante, si el sujeto que padece algún trastorno emocional llega a considerar que se deben a eventos negativos que le suceden, tratará de cambiar las situaciones, pero no las creencias que se activaron y son las responsables reales de sus malestares. El segundo postula que, si el sujeto continúa reafirmando sus creencias rígidas y extremas, estas permanecerán. A su vez, si se trabaja de manera constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar (Lega, Sorribes y Calvo, 2017). Por último, la TREC considera que la percepción y valoración del coste y beneficio influyen en la persona para que decida hacer cambios sobre las creencias y sus consecuencias emocionales.

2.1.1 Esquema ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual

En el momento que la persona intenta alcanzar sus metas en las diversas áreas que forman su entorno, hallará acontecimientos activadores (A) que le propician o complican el logro de sus metas según sean las valoraciones que emita de las circunstancias. En ese sentido, resulta importante estudiar la interacción entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias, por ello Ellis (1984) postula el modelo ACB, donde “A” son los acontecimientos activadores o desencadenante de la vida a los que se da respuesta; “C” son la consecuencia cognitiva, conductual o emocional que se efectúe; y “B” representa las creencias que se tiene sobre “A”, las cuales justifican la respuesta “C”.

El acontecimiento activador “A” consiste en prestar atención a una situación real y específica, la cual ha sido desencadenante de una alteración emocional. Los

eventos pueden ser de naturaleza interna (malestares físicos o una imagen mental) o externa (problema con otra persona), una situación del presente (conflicto con alguien), una situación del pasado (evento traumático), un hecho subjetivo (sin evidencia empírica) o hecho objetivo (con evidencia empírica). Cabe mencionar que el acontecimiento activador no determina de forma directa las consecuencias emocionales o conductuales, sino lo que representa tal experiencia para la persona.

El sistema de creencias “B” abarca múltiples inferencias a partir de determinados acontecimientos, los cuales están asociados a pensamientos (conscientes e inconscientes) de experiencias tempranas, predisposición biológica y comportamientos aprendidos. Así mismo, las interpretaciones adoptan formas diversas, puesto que cada sujeto presenta cogniciones particulares. La TREC tiene como objetivo central las creencias racionales que se caracterizan por tener base empírica, sentido lógico y ser funcional, es decir, responsables a conductas de autoayuda; mientras que las creencias irracionales son ilógicas, no empíricas y disfuncionales, es decir, conducen a conductas de autodestrucción.

Las consecuencias “C” representan las reacciones tanto emocionales, comportamentales (fisiológica-somática) y cognitivas, siendo respuestas con cierta tendencia ante particulares eventos. Con respecto a las emociones, existen del tipo saludable que dirigen a la persona a conductas constructivas, mientras que del tipo no saludable conducen a conductas destructivas. Es relevante que se comprenda de forma clara que los acontecimientos no generan directamente las consecuencias, sino que es el significado que el sujeto le da a la situación (creencias) lo que causa determinadas reacciones.

Finalmente, la TREC se ha enfocado en destacar la repercusión directa que las creencias tanto irracionales como racionales de la experiencia tienen sobre las consecuencias (cognitiva, emocional y conductual), definiéndose de esta manera la consecución de las metas.

2.1.2 Dimensiones de las Creencias Irracionales

Para la TREC existen tres niveles de pensamientos (Ellis y MacLaren, 2004):

- Inferencias: es una tendencia innata de efectuar interpretaciones erradas que dirigen a emociones y conductas disfuncionales, las cuales son el resultado de creencias dogmáticas como condena a sí mismo, a los demás y al mundo, baja tolerancia a la frustración. Por tanto, este tipo de cogniciones inflexibles son inferencias provenientes de demandas autoritarias. Asimismo, las inferencias son consideradas como pensamientos automáticos, dado que van más allá de la información empírica y se utilizan con la finalidad de proporcionar significado a las experiencias. En conclusión, las inferencias son hipótesis que se obtienen de observaciones y pueden ser tanto verdaderas como falsas.
- Evaluaciones: son valoraciones que guardan relación con los objetivos de la persona. Cuando se realizan las evaluaciones es conveniente conocer que las inferencias suelen estar encadenadas, por ello es relevante identificar la inferencia más importante de toda la cadena. Existen cuatro evaluaciones: la primera es la Visión Catastrófica, consiste en evaluar los sucesos desde una perspectiva

negativa, considerando que es lo peor que puede estar ocurriendo. La segunda es la de Baja Tolerancia a la Frustración, la persona califica la situación como una sensación de frustración, considera que no puede experimentar ninguna sensación de agradabilidad. La tercera, las Demandas son exigencias que percibe la personas, siendo necesidades vitales. La cuarta, Evaluación Global, que está orientada hacia uno mismo y los demás, comparando cada conducta.

- Creencias irracionales: se consideran esquemas irracionales que actúan en varios niveles como expectativas, creencias respecto al hecho, así como lo que debería ser el mundo. De manera que, no presentan evidencia empírica como para demostrar validez; por ende, no se ajustan a los principios lógicos, dado que se basan en interpretaciones inadecuadas. Además, son cogniciones automáticas donde el sujeto no es consciente de la función que tienen sobre pensamientos, emociones y conducta. En resumen, se manifiestan mediante demandas autoritarias que con el paso del tiempo interrumpen el desarrollo normal de la persona generando problemas psicológicos.

Ellis (1980) elaboró diez tipos de creencias irracionales, las cuales serán mencionadas a continuación:

Necesidad de aprobación: se manifiesta en un adulto mediante la necesidad extrema de tener la aprobación y afecto de sus pares, convirtiéndose en un requerimiento el tener la aprobación de cada persona significativa. Sin embargo, en

este proceso la persona hace un desgaste físico y mental, llegando a generar desequilibrio emocional y autosabotaje para obtener la aprobación del resto.

Altas autoexpectativas: se manifiestan con un conjunto de ideas que enmarca que la persona debe ser perfecta en casi todo lo que se propone y realiza, convirtiéndose en una necesidad extrema el sentirse competente, capaz, intelectual y eficaz. Dando como resultado, un pensamiento caracterizado por el hecho de ser calificado para conseguir logros de reconocimiento y ratificar que es valioso por sí mismo.

Culpabilización: conjunto de ideas que configuran un pensamiento caracterizado por la existencia de determinadas personas que llevan a cabo actos nefastos, viles y atroces, y que las personas que lo realizan deberían estar avergonzadas y castigadas. De ahí que, busquen impedir estos actos haciéndoles sentir culpables y castigándose.

Frustración: conjuntos de ideación que configuran pensamientos rígidos y centralizados en que la persona no es capaz de sobrellevar determinados eventos, lo cual genera que sean circunstancias intolerables. Asimismo, la persona también aceptará acontecimientos pese a que no sean de su agrado.

Incontrolabilidad: se refiere a conjunto de ideas que enmarcan la creencia irracional que los individuos pueden lograr la felicidad ante cualquier circunstancia y que la desgracia humana se origina por causas externas, sin poca capacidad de controlar las penas y perturbaciones, siendo la propia persona la que construye su infierno interior.

Miedo o ansiedad: conjunto de ideas que giran en torno a que lo desconocido necesariamente puede ser algo peligroso o temible, lo cual desencadena que la persona deba sentirse terriblemente inquieta, preocupada por ese peligro real o en potencia. Además, la ansiedad a lo desconocido se manifiesta por preocupaciones excesivas que generan inconvenientes significativos para enfrentarse a diversas situaciones.

Evitación al malestar: conjuntos de ideas que giran en torno a que la persona debe evitar a toda costa, como determinadas circunstancias desagradables, a pesar de que exista evidencia de las consecuencias negativas que traería. Asimismo, estas creencias irracionales se caracterizan por considerar que es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades propias de la vida.

Dependencia: se manifiesta en un adulto mediante pensamientos irracionales que giran en torno a que se debe depender de los demás y de la necesidad extrema de contar con alguien más fuerte en quien confiar.

Influencia del pasado: conjunto de ideas que giran en torno a que los acontecimientos del pasado son determinados y decisivos de los sucesos y comportamientos presentes. Este se repetirá en retiradas ocasiones, afectando a la persona indefinidamente.

Pasividad: pensamientos irracionales que giran en torno a que la felicidad incrementará con la inactividad, pasividad y el ocio.

2.1.3 Estilo terapéutico

Ellis y Grieger (1990) indican que existe una serie de elementos asociados al estilo y la actitud que adoptará el terapeuta en la TREC, entre los que cabe señalar:

Ser activo y directivo, en especial con los pacientes que presenten cierta resistencia o un alto grado de trastorno emocional. Asimismo, Ellis indica que para contribuir con la corrección de las creencias irracionales y comportamientos disfuncionales se emplean muchos recursos, una mayor actividad y directividad por parte del terapeuta, con el propósito de contrastar el fuerte arraigo sujeto a la enorme tendencia a la repetición que tiene el ser humano.

Ser verbalmente muy activo y promover, de igual manera, la participación del paciente. Dado que, un elemento crucial de la TREC es la discusión y el debate. El terapeuta está constantemente haciendo preguntas y cuestionando pensamientos para estimular al paciente a repensar todas aquellas creencias que puedan estar en la base de su trastorno emocional o conductual.

Ser didáctico, dado que se necesita emplear un lenguaje claro, asequible y optar por recurrir a diversos materiales de lectura o grabación que contribuya a incrementar el entendimiento teórico de la TREC para que el paciente pueda comprometerse con la intervención que busca generar cambios en su vida.

Saber promover cambios en la filosofía de vida, dado que, el terapeuta al indicar de manera concisa y didáctica al paciente, la influencia positiva de optar por

un estilo de vida saludable, basada principalmente, en los trece valores y actitudes que promueve la TREC.

No fomentar la catarsis, en vista de que considera que sus efectos durante el proceso de intervención psicoterapéutica son muy limitados y escasos. Sin embargo, puede que en el momento contribuya a aliviar el malestar, pero a mediano y largo plazo puede resultar contraproducente al reforzar las creencias irracionales subyacentes a las emociones.

Ser flexible, para Ellis, el carácter antidogmático y no absolutista junto a la flexibilidad son elementos claves de la TREC y, por ello, un claro requisito para un terapeuta. Asimismo, Ellis y Dryden (1987) recomiendan no adoptar un estilo directivo con pacientes dependientes. Es preferible, un estilo amigable con personalidades histéricas, un estilo activo con personas muy pasivas y, por último, un estilo intelectual con personas obsesivas.

2.2 Terapia Cognitivo Conductual De Beck

En 1976, Beck publicó la Terapia Cognitiva y los trastornos emocionales, donde plantea la existencia de un enfoque de intervención a otros trastornos emocionales. Posteriormente, Beck, Emery y Greenberg (1985) publican *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*, donde extienden su enfoque terapéutico a otras patologías. Por ello, el planteamiento de estos autores presenta un sistema de intervención psicológica o psicoterapia con una teoría de personalidad y de la psicopatología, con respaldo en evidencia empírica sólida (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

Cabe señalar que, la Terapia Cognitiva tiene sus fundamentos en el modelo cognitivo, donde se postula empíricamente que las emociones y conductas de los individuos se encuentran influenciadas por su percepción de los acontecimientos, de ahí que, los eventos por sí mismos no establecen cómo se sienten y actúan los sujetos, sino que la interpretación de las circunstancias, y la forma de estructurar su mundo, mediará las respuestas emocionales y conductuales (Beck, 1976).

También, el modelo cognitivo de Beck proporciona una conceptualización cognitiva de los casos, tomándose en cuenta como un marco de referencia para el terapeuta sobre la comprensión del paciente. Esto implica, en primer lugar, llegar al diagnóstico, comprender cuales son los problemas actuales, cómo se fueron desarrollando y cómo se mantienen; identificar qué creencias o pensamiento disfuncionales o distorsionados guardan relación con el problema (Beck, 2000).

Así mismo, la Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, organizado y de tiempo definido que se emplea para intervenir en una serie de alteraciones psiquiátricas. De igual manera, el terapeuta comenzará a construir una conceptualización cognitiva a partir del primer contacto con el paciente, ampliando su conocimiento sobre la problemática y cómo se produce dicha formulación será pulida en la medida que avancen las sesiones.

Cabe señalar que la Terapia Cognitivo Conductual de Beck considera que las perturbaciones psicológicas proceden de pensamientos disfuncionales o distorsionados. De ahí que, cuando se comienza el proceso terapéutico se busca identificar tres niveles de organización cognitiva del paciente: pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares. Además, esta

intervención psicológica constituye el método del cuestionamiento, donde se entrena al paciente a observar y registrar sus pensamientos automáticos, para luego aprender a cuestionarlos (Beck, 2000).

En efecto, la intervención cognitivo conductual de Beck da inicio con la identificación de los pensamientos automáticos. Para lograr esto, el terapeuta entrena al paciente por medio de la visualización, juego de roles y la hipotetizarían. También se le entrena en distinguir entre pensamientos automáticos y emociones. Posteriormente, el terapeuta enseña al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas, una vez que se logró este objetivo, se enseña al paciente a utilizar el registro de pensamientos disfuncionales.

Después, se da inicio al trabajo con las creencias intermedias, modificando las viejas creencias y reemplazándolas por otras nuevas más funcionales. Para ello se utiliza el diálogo socrático, los experimentos conductuales, juego de roles y autorreferencias. Posteriormente, la intervención cognitiva gira en torno a trabajar con el paciente las creencias centrales, las cuales se organizan en categorías.

2.3 Terapias de la Tercera Generación

Las terapias de tercera generación hacen su distinción con las terapias cognitivas tradicionales, ya que brindan una propuesta contextual otorgando énfasis en la funcionalidad de la persona. Así mismo, consideran la adaptación frente a los problemas que se vivencian, en lugar de desaparecer síntomas, y dejan de considerar las etiquetas de los diagnósticos tradicionales. Además, consideran conceptos como

conciencia plena, valores, aceptación, desactivación cognitiva y relaciones (Ruiz, 2019).

2.3.1 Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se describe como una terapia experiencial, cognitiva y conductual. Se basa en dos principios centrales, uno de ellos es que la evitación experiencial usualmente mantiene el malestar de la persona. El segundo principio son los valores personales, siendo guías conductuales hacia el desarrollo personal. Así mismo, la ACT considera que el problema de la persona no son sus pensamientos o emociones, sino la manera en que se relaciona con ellos. Además, la consigna de tener que estar bien no se adapta a la realidad de la vida. La ACT propone que el malestar psicológico se produce por vivencias esperadas en el transcurso de la vida, por lo tanto, evitar experiencias es perjudicial para la persona. También, brinda importancia al contexto terapéutico donde el rol del terapeuta se caracteriza por acompañar, cuidar y ayudar al paciente en el proceso de desarrollo de su vida. Por lo tanto, la ACT plantea reducir y gestionar la evitación experiencial de las conductas aceptando los sucesos críticos, desarrollando compromiso en función a los valores personales de manera que puedan generarse contextos y comportamientos funcionales (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

2.3.2 La Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se desarrolla a partir de la necesidad de un tratamiento de la conducta en personas con trastorno límite de personalidad debido a la dificultad para gestionar sus emociones y presentar conductas autodestructivas. La TDC considera dos elementos importantes para la

comprensión de la problemática, siendo la vulnerabilidad y el contexto invalidante. Así mismo, emplea aspectos de la terapia cognitivo conductual tradicional.

La TDC considera aceptar y validar la conducta que se presenta, además, considera la relación paciente – terapeuta como pilar para el desarrollo de las sesiones. Por último, incorpora la práctica del mindfulness para adquirir y emplear conductas funcionales ante situaciones de malestar a través de la tolerancia y validez de las experiencias.

2.3.3 Psicoterapia Analítica Funcional

La Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) brinda importancia a la relación entre el terapeuta y la personas, enfatizando el uso de ello con el objetivo de emplear las situaciones de aprendizaje que suceden en el contexto terapéutico. De acuerdo con la PAF, el cambio se produce mediante las contingencias de los reforzamientos se presentan en la relación terapéutica. Además, plantea tres formas de conductas clínicamente relevantes. La primera son las problemáticas de la persona en la sesión, la segunda son los avances de la persona en la sesión y la tercera son las que comenta la persona sobre su propio comportamiento y los estímulos y reforzamiento asociados. Ante ello, la PAF utiliza diferentes técnicas, siendo tres los pilares principales. La primera estrategia es dirigir la atención a las conductas clínicamente relevantes, la siguiente estrategia es provocar las conductas clínicamente relevantes y la última estrategia consiste en reforzar las conductas de mejora (Ascanio, Ferro y Rodríguez, 2020).

2.4 Pensamientos Irracionales

Beck (1970) denomina los pensamientos irracionales como distorsiones cognitivas, las cuales surgen a partir de esquemas negativos que conllevan a efectuar una serie de sesgos al momento de percibir la información del entorno. De esta manera se validan como afirmaciones verdaderas no distorsionadas, siendo esta una característica común entre las personas que presentan problemas emocionales. En síntesis, las distorsiones cognitivas son formas erróneas y habituales de procesar la información tanto personal, del mundo y del futuro adoptando una visión negativa.

Ellis y Grieger (1981) definen las creencias irracionales como afirmaciones no reales o sin base empírica que se plantea uno mismo, el cual está influenciado por características innatas como aprendidas. Además, estas creencias no solo provienen de la tendencia humana de percibir al mundo un poco distorsionado y realizar afirmaciones ilógicas a partir de hipótesis respecto al presente y la probabilidad del futuro, sino que dé razonamientos imperativos que interfieren en la interpretación de los hechos como “los debería” o “tengo que”, de esta manera el deseo será una necesidad absoluta, generándose alteraciones emocionales y conductuales obstaculizando así el logro de nuevas metas.

Dryden y Ellis (1989) señalan que las creencias irracionales son valoraciones de cada persona, las cuales se caracterizan por ser de naturaleza categórica, causando emociones negativas que se interponen en la búsqueda y consecución de objetivos, así como conductas disfuncionales como la ansiedad,

miedo, depresión, aislamiento, demora, culpabilidad, abuso de sustancias entre otros factores que pueden dificultar o limitar el estado de bienestar del sujeto.

Digiuseppe, Doyle, Dryden y Backx (2014) definen los pensamientos irracionales como la expresión cognitiva de la falta de voluntad para aceptar resultados no deseados relacionados con el esfuerzo de la persona por lograr un objetivo o bloquear algo negativo. Así mismo, son demandas sobre la realidad para quitar el resultado negativo para las personas. Así mismo las creencias irracionales presentan las siguientes características: son absolutos, dicotómicos y rígidos, no se basan en la lógica, no ayudan a cumplir los objetivos y conllevan a emociones disfuncionales.

Por otro lado, los pensamientos racionales son la expresión cognitiva para aceptar un resultado negativo de la realidad, independientemente del deseo que no fuera así. Se caracterizan por ser flexibles, basados en la lógica y realidad, permiten perseguir metas y conllevan a emociones sanas y funcionales, incluyendo cuando se enfrentan a eventos negativos.

2.5 Ansiedad

Ellis y Grieger (1990) indican que cuando la persona manifiesta demandas absolutistas sobre el mundo que la rodea, otras personas, incluso ellos mismo y estas fallan, se produce un malestar emocional que genera dos tipos de perturbaciones psicológicas.

En primer lugar, la ansiedad del yo, la cual se define como un malestar emocional significativo que a menudo está acompañado por fuertes sentimientos de

depresión, vergüenza, culpa o incapacidad. De hecho, la ansiedad del yo se caracteriza por un autodesprecio por cumplir con sus propias expectativas, las de otros y el mundo. En segundo lugar, la ansiedad perturbadora se define como el malestar emocional significativo que experimentan las personas cuando consideran que su vida o bienestar se encuentran amenazados, consideran que deben llevar a cabo lo que necesariamente lo que desean.

De acuerdo con el modelo de ansiedad de Beck (1976) las creencias de la persona sumado a la interpretación que realiza de los estímulos a los que le teme, desempeña un rol crucial como fuentes ansiógenas. Asimismo, las respuestas de ansiedad oscilan entre reacciones fisiológicas normales hasta reacciones exageradas ante un peligro percibido.

2.5.1 Abordaje de TREC

En relación con la intervención psicoterapéutica enfocada en la ansiedad, Ellis y Grieger (1981) proponen un plan que incluye técnicas y herramientas para abordar casos de ansiedad. De ahí que, en la fase inicial se debe explicar al paciente aspectos conceptuales acerca de la ansiedad. Del mismo modo, dar a conocer la diferencia entre una ansiedad patológica y otra sana. Además, es crucial especificar las diferentes creencias irracionales subyacentes a las ideas sobre ansiedad o situaciones temidas con el propósito de identificar estas creencias que generan las respuestas ansiosas o evitan que se exponga a determinadas situaciones.

En la segunda fase del proceso, Ellis recomienda llevar a cabo debates con el paciente sobre la existencia o no de estas creencias irracionales, encaminándolo

hacia la realidad basada en evidencias. Una vez que el paciente comienza a darse cuenta, y cuestiona sus creencias y demandas impuestas por sí mismo, estas irán perdiendo credibilidad.

De igual manera, señalan que en las fases siguientes se debe enseñar al paciente técnicas de relajación con la distracción cognitiva. Adicionalmente, se le debe proporcionar herramientas de resolución de problemas. También, el terapeuta TREC recurre a la utilización de la técnica imaginación racional emotiva.

En la recta final del proceso terapéutico, el paciente ya será capaz de tolerar y asumir que determinados eventos le van a generar ansiedad, dado que es una emoción parte de la supervivencia, sin embargo, no tiene por qué ser catastrófica. Cabe señalar que, de ser necesario, se pueden utilizar registros de pensamiento.

2.5.2 Abordaje de TCC

Beck (2000) presenta un plan terapéutico enfocado en la ansiedad, en el que se establece que el terapeuta planificará un plan de intervención con una duración determinada, comenzando con la explicación de la terapia cognitiva, mediante psicoeducación. Posteriormente, se comenzará con el entrenamiento y aplicación de técnicas de respiración abdominal como herramienta para reducir la ansiedad. A ello, se procede con la identificación de pensamientos irracionales y conductas que generan malestar funcional en el paciente. Cabe agregar que, entre sesión, se le asignará tareas para la casa, que consisten en ejercicios y llenado de autorregistros.

Luego, el terapeuta TCC evaluará los pensamientos distorsionados y detectará los acontecimientos que generan mayores niveles de ansiedad. Luego de

ello, se entrenará y aplicará las técnicas de relajación como otro método para reducir la ansiedad. Tras haber culminado con estos objetivos, se procede a implementar las autoverbalizaciones positivas para utilizarlas en la vida diaria.

También, se empleará el reconocimiento y análisis de distorsiones cognitivas mediante las tareas de autorregistros con el propósito de detectar y modificar las creencias nucleares. De igual manera, se reforzará el entrenamiento de las autoinstrucciones positivas y eficaces para toda situación.

Finalmente, se evaluarán los tipos de pensamientos, se comprobará los cambios, así como, optar por el cambio por miedos más positivos, finalizando la intervención con el mantenimiento de pensamientos realistas y funcionales.

2.6 Tristeza

La Teoría Racional Emotiva Conductual considera que los sujetos pueden presentar creencias irracionales como racionales de manera simultánea. Cabe señalar que las emociones negativas apropiadas están relacionadas con las creencias racionales, mientras que las emociones inapropiadas van asociadas con las creencias irracionales (Ellis, 1994).

La tristeza, según la TREC forma parte del grupo de emociones negativas apropiadas, debido a que provienen de evaluaciones racionales en “B”, de manera que motivan al sujeto para que busque un cambio positivo de eventos perjudiciales en “A”, las cuales conducirán a sentimientos y conductas funcionales. Además, aquella emoción negativa se va experimentando durante el transcurso de la vida y

no interferirá con la determinación y logro de metas personales (Ellis y MacLaren, 2004).

2.7 Antecedentes

2.7.1 Antecedentes nacionales

El siguiente estudio fue elaborado por Sullcahuamán (2020). El objetivo principal fue determinar la relación entre las creencias irracionales y la dependencia emocional en la población evaluada. La población estaba conformada por 543 estudiantes de psicología que deben de mantener o haber tenido una relación sentimental. El instrumento fue el inventario de conducta racional y el cuestionario de dependencia emocional. Los resultados indican que existe una correlación significativa entre las variables. Así mismo, las creencias que se relacionan son las siguientes: frustración, perfeccionismo, sentimiento de culpa, inercia y evasión, grado de independencia, ideas de infortunio, necesidad de aprobación y confianza en el control de las emociones. Por último, el 49 % presenta niveles altos y moderados de dependencia emocional.

Machacuay y Rodriguez (2021) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre las creencias irracionales y dependencia emocional en estudiantes de un Instituto Privado de Huancayo. La población estaba integrada por 91 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron el Registro de opiniones forma A-Regopina y el Inventario de dependencia emocional. Los resultados muestran que el 35 % de los estudiantes poseen niveles bajos de dependencia emocional, 28 % tienen un nivel significativo, 18 % manifiestan un nivel moderado y 20 %

exhiben indicadores altos. Con los resultados se utilizó el estadístico de Spearman encontrando que existe una correlación significativa entre las variables.

Además, Buiklece (2019) estudió la relación entre la dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja. La muestra estuvo compuesta por cien mujeres que pertenecen a un centro que trabaja con personas en situación de violencia. El objetivo fue determinar la relación entre las variables de estudio. Se utilizó el Inventario de dependencia emocional y el Inventario de creencias irracionales. Los resultados indicaron que el 86 % de la muestra tiene niveles altos de dependencia emocional, 5 %, niveles moderados, 5%, niveles significativos y el 4 %, un nivel bajo. Por último, se encontró una correlación significativa entre la dependencia emocional y las creencias irracionales de necesidad de amor y aprobación y dependencia.

Sánchez, Artica y De la Cruz (2017) realizaron una investigación con el objetivo de conocer las creencias y pensamientos automáticos que se presentan en una pareja conformada por un hombre de 23 años y una mujer de 27 años, ambos tienen que haber asistido a cinco sesiones de consulta. Se utilizó la Historia Psicológica Cognitiva Conductual, Registro de Opiniones Forma A, para identificar las creencias irracionales y el Inventario de Pensamientos Automáticos. Los resultados mostraron que las creencias irracionales con mayor presencia en la evaluada son las siguientes: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”, “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, “Ciertos actos no son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”. Mientras que en el evaluado son los siguientes: “Ciertos actos no son

malos, sino que son condenables o viles, y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”. Finalmente, los pensamientos automáticos de la participante son los siguientes: filtraje, culpabilidad, falacia de justicia y etiqueta global; y del participante es el de falacia recompensa divina.

Por último, Gálvez (2019) realizó una tesis de grado con el objetivo de determinar las creencias irracionales y autoconcepto en estudiantes de una Universidad de Trujillo. La muestra estaba constituida por 371 estudiantes de una universidad privada. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Autoconcepto Forma cinco de García y Musitu y el Test de Creencia Irracionales de Calvete y Cardeñoso. Los resultados exhiben una correlación negativa entre las variables, principalmente las creencias de Necesidad de aprobación y Dependencia. Así mismo, respecto a la creencia de Necesidad de aprobación, 40 % presenta un nivel medio y 28 % un nivel alto. Mientras que el 60 % muestra un nivel medio referente a la creencia de altas expectativas. Adicionalmente, en la dimensión social del autoconcepto, se observan las creencias de necesidad de aprobación, altas expectativas y culpabilización. emocional dependencia e influencia del pasado

2.7.2 Antecedentes internacional

Balkis y Duru (2018) buscaron examinar el rol moderador de las creencias racionales en la relación entre las creencias irracionales y los estados emocionales (estrés, depresión y ansiedad). La muestra estuvo conformada por 440 estudiantes universitarios. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-42) y la Escala de pensamientos y actitud general (GABS-55). Los resultados obtenidos indican que las creencias orientadas a la necesidad de

aprobación, exigencias/demandas y la baja tolerancia a la frustración, están relacionadas y pueden desencadenar estrés, depresión y ansiedad. Además, se encontró que existe una correlación negativa entre las creencias racionales y estrés, depresión y ansiedad.

Chan y Sun (2020) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre las creencias irracionales y la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios de Hong Kong. La población evaluada estuvo conformada por 655 estudiantes universitarios de diferentes facultades. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y la Escala de actitud racional y creencias irracionales chinas (CIBRAS). Dentro de los resultados se encontró que las personas con mayor nivel de creencias irracionales son más propensas a desarrollar depresión, ansiedad y estrés. En conclusión, las personas que estudiaban programas de cinco años presentaban mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como pensamientos irracionales.

Buschmann, Horn, Blankenship, Garcia y Bohan (2017) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre las creencias irracionales, los pensamientos automáticos como predictores de la ansiedad y estrés, para lo cual se propuso un modelo que explica el origen de la ansiedad y depresión a través de los pensamientos automáticos que conllevan las creencias irracionales. La muestra estuvo conformada por 541 estudiantes universitarios de psicología en Estados Unidos que se encuentran en la temporada de exámenes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de actitudes y pensamientos (ABS2-AV), Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y el Cuestionario de

pensamientos automáticos. Los resultados muestran que las creencias irracionales de Demandas son las que se observan más en la depresión y ansiedad. Además, las creencias de baja tolerancia a la frustración están asociadas a los pensamientos automáticos y a las conductas depresivas y ansiosas. Así mismo, las creencias de Autodestrucción están mediadas por los pensamientos automáticos en la depresión. Por último, se encontró que las creencias irracionales tienen una correlación positiva entre los pensamientos automáticos, la ansiedad y la depresión.

Llerena (2017) realizó una tesis de grado con el objetivo de determinar la relación entre las creencias irracionales y la dependencia emocional. La población estaba conformada por 120 estudiantes universitarios de medicina. Para la obtención de información utilizaron el inventario de creencias irracionales de Albert Ellis y el Cuestionario de dependencia emocional de Lemos y Londoño. Como resultado se obtuvo que las creencias irracionales se relacionan con la dependencia emocional. Además, la creencia irracional más representativa es la de perfección, esto quiere decir que consideran que uno tiene que ser siempre muy competente y casi perfecto en todas las áreas de la vida.

Capítulo III. Metodología

3.1 Contextualización del Problema

3.1.1 Problema de estudio

Se realizó el primer contacto con la usuaria a través de una llamada telefónica explicando los detalles de las sesiones. Posteriormente, se tuvo la primera sesión, cabe resaltar que todas se hicieron cuando empezó la pandemia del 2020 por lo cual toda la intervención se desarrolló virtualmente por la plataforma de Zoom.

La persona por intervenir es una joven de 23 años, nacida en 1998 en la ciudad de Lima. Actualmente se encuentra en el último año de una carrera de ciencias de la salud en una Universidad. Además, vive con su familia nuclear en Lima, compuesta por su padre, madre y sus dos hermanos de 35 y 9 años.

La joven solicitó intervención psicológica a raíz de la ruptura de una relación sentimental de cinco años con un joven, frente a ello desea sentirse mejor y trabajar en sus temas personales, refiriéndose a mejorar la relación con ella misma, ya que no le agrada la manera en la que está sobrellevando la ruptura. Además, explica que su estado emocional ha cambiado, está experimentando ansiedad y tristeza a partir de la ruptura. Al comienzo, experimentaba llanto, náuseas, bajo apetito, insomnio; sin embargo, luego de un mes manifiesta llanto acompañado con un dolor en el pecho o estómago con frecuencia de casi todos los días.

Así mismo, revisa las redes sociales de su pareja todos los días durante las noches, tomándole entre una a dos horas aproximadamente porque entra a los perfiles que él sigue y ve las interacciones que da. Cuando observa que él está interactuando con otra joven, comenta que siente presión en el pecho y empieza a

pensar: “Seguro ha estado hablando con ella cuando estábamos juntos”, “¿Y si me engañó?”, “¿Y si me mintió todo este tiempo?” y “Me ha visto la cara de tonta”.

Además, ha empezado a aislarse de su entorno social; si bien describe que la relación con su madre es cercana y con su padre y hermano mayor es distante, prefiere estar más tiempos en su cuarto para evitar tener contacto con su familia debido a que ellos le han comentado: “Debes ser fuerte”, “No es para tanto”, “Ponte bien” y “Tú estás llorando y seguro él ya está con otra”. Frente a ello, presenta pensamientos: “Soy una tonta, ¿cómo puedo sentirme mal frente a esto?” y “Ellos tienen razón”. Con lo que respecta a sus amistades, comenta que tiene amigos del mismo círculo social de su expareja y prefiere no contarles porque considera que pensarán: “Es exagerada”, “Algo ha tenido que hacer” y “Ya debería superarlo”. Por otra parte, no desea comentarles a sus amigos de la universidad porque interpreta que ellos dirán: “Si eres profesional de la salud, deberías regular tus emociones” y “Es exagerada, debe tranquilizarse”. Ante ello, comenta: “Tengo que dar una imagen positiva”.

A nivel cognitivo manifiesta pensamientos como los siguientes: “He perdido mi tiempo”, “Debo sentirme bien”, “Debemos comunicarnos” y “No le importo”. Estos son continuos, presentándose todos los días y principalmente en la noche, lo que interfiere en conciliar el sueño. Además, los diálogos internos son muy frecuentes, ella comenta que la acompañan durante casi todo el día, con mayor prevalencia en las noches, siendo algunos de estos pensamientos: “Debiste cambiar, ser diferente, que tonta”, “No eres importante para él”, “Nunca sabrás sobre él”, “Él puede estar con una chica más linda, seguro está conversando y saliendo con otras” y “No he sido importante”. Así mismo, a nivel conductual experimenta temblores

en el cuerpo, presión en el pecho y describe aumento en su respiración, sudoración y mayores palpitations. Todo lo descrito anteriormente no le permite conciliar el sueño, permaneciendo despierta hasta las 3 a 4 am, lo que hace que al día siguiente sienta cansancio, su atención disminuye para sus actividades cotidianas y se diga así misma “Tengo que estar bien” y continúa el mismo patrón cognitivo y conductual. Además, frente a las discusiones que puede tener con los miembros de su familia o eventos que no suceden como ella le agradaría, describe que los pensamientos que se presentan son autocríticos conllevando a experimentar culpa y considerando que no es capaz de cumplir sus objetivos. Así mismo, como se describe la relación con ella misma es autocrítica cuando los eventos no son de acuerdo con lo que espera, teniendo pensamientos como “No lo vas a lograr”, “No eres capaz, hay personas mejores que tú”, “¿Cómo puedes fallar?, es algo muy sencillo, era solo una oportunidad y fallaste”, “Y si siempre te va a ir mal”, “Y si no lo puedes hacer”.

Es importante mencionar que durante la relación experimentaba ansiedad y similares patrones conductuales cuando había un conflicto. Las situaciones por las que solían discutir era porque ella le comentaba algo que no le agradaba como por ejemplo que no se comunicuen. Luego de ello, él no le hablaba por algunos días, no contestaba los mensajes y tampoco respondía las llamadas. Los pensamientos que le acompañaban a la joven eran: “¿Por qué me tratas así?”, “Ya no me quiere, no soy suficiente para él”, “Encontrará a otra persona y me dejará”, así mismo, experimentaba ansiedad, sentía dolor en el pecho, temblores corporales, su apetito disminuyó, presentaba insomnio y revisaba constantemente cuando estaba en línea. Después de dos días sin ninguna comunicación, él le escribía para verse y no

volvían a hablar del problema. Durante el tiempo en la relación ella consideraba que usualmente las discusiones eran su responsabilidad porque era insegura.

Frente a ello se abordará el área emocional debido a que la emoción más frecuente es la ansiedad. Así mismo, se percibió que no cuenta con las estrategias para su gestión.

Adicionalmente, se trabajará el área cognitiva, los pensamientos que presenta son de filtraje, con una visión catastrófica, caracterizándose por los “deberías” y las falacias de control, siendo los más resaltantes “La relación fue una mentira”, “No soy lo suficientemente importante para él”, “No me quiere tanto” y “Debería cambiar, he sido otra en esta relación”; no obstante, estos tipos de pensamientos se presentan en otras áreas de su vida y son frecuentes en su día. Por lo tanto, se identificarán los pensamientos irracionales para la reestructuración cognitiva, es decir, incorporar pensamientos racionales.

3.1.2 Estrategias de evaluación y medición

De acuerdo con Ellis y Grieger (1990), el diagnóstico de la TREC tiene el objetivo de conocer las creencias que están perturbando a las personas mediante las habilidades de entrevista del terapeuta. Así mismo, se realiza la conceptualización del ABC, el objetivo es identificar la situación problema (A), las creencias irracionales (B) y las consecuencias conductuales y emocionales (C).

Por lo tanto, para el presente caso se empezó realizando la clasificación del problema mediante la formulación de preguntas, cuyo objetivo es identificar si el problema puede ser abordado por el terapeuta o necesita otra orientación profesional. Los problemas internos son cuando eventos ambientales generan

reacciones emocionales o conductuales; mientras que los problemas externos son los que dependen de los acontecimientos ambientales. Es importante mencionar que frente a los diferentes problemas que pueda tener el paciente, se selecciona en conjunto uno para abordar.

Posteriormente, se identificó las consecuencias emocionales y conductuales, en esta etapa el objetivo es que la persona comente la emoción que experimenta y determine un nivel en función de lo que está vivenciando. El otro objetivo es conocer las conductas que realiza, la frecuencia, duración e intensidad. En la siguiente etapa de la conceptualización, se determinan los pensamientos que posee la persona evaluada, cuyo objetivo es conocer los tres niveles de pensamientos (inferencias, evaluaciones y creencias), para ellos se utilizó la cadena de inferencia. Se determina si los pensamientos son exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y autodescalificación.

Además, cabe mencionar que en cada etapa de la conceptualización se realiza una entrevista semiestructurada, la cual se caracteriza porque la evaluadora tiene una serie de preguntas planteadas para recoger información; no obstante, tiene la libertad de formular nuevas preguntas en función de las respuestas de la persona evaluada. El objetivo es recolectar información más precisa que permita tener una visión más amplia del problema (Morga, 2012). Cabe destacar que se utiliza el modelo de evaluación desde la perspectiva de la TREC siendo el abordaje propuesto por la institución porque permite explorar los pensamientos y emociones que perturban a la persona, profundizando en las creencias nucleares que se relacionan, como se puede observar, la cliente tiene diversos pensamientos irracionales; sin embargo, se conoce de manera superficial. Por ende, la evaluación racional emotiva

permite conocer las creencias profundas de la usuaria y la relación con sus emociones y conductas.

Por otra parte, se utilizó el Inventario de Creencias Irracionales elaborado por Albert Ellis, el objetivo es evaluar las diez creencias irracionales de la persona. Su aplicación puede ser en adolescentes o adultos, de manera individual o grupal en un tiempo entre 20 y 30 minutos. El inventario está conformado por cien ítems, de los cuales la mitad, con puntaje directo y la otra mitad con puntaje indirecto; vale mencionar que las respuestas son dicotómicas.

La prueba tiene diez dimensiones que representan cada creencia irracional. Considerando que 5 o 6 puntos indican que la creencia limita en determinadas circunstancias y una puntuación de 7 o más, indica que la creencia está limitando a las personas en diferentes áreas de su vida.

Con lo que respecta a las propiedades psicométricas, Kuba (2017) realizó el análisis de confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo 0.81. Asimismo, Tang (2011) realizó la validez de contenido mediante el criterio de jueces, empleando la V de Aiken, obteniendo una validez de 0.90. Además, la prueba es la que se emplea en el instituto psicológico.

3.1.3 Procedimiento de la evaluación

Primero se realiza la conceptualización del caso, como se ha explicado en el apartado anterior, se empieza explorando la situación activadora en la paciente. Posteriormente, con los datos obtenidos, se empieza a explorar las consecuencias emocionales y conductuales que tiene la consultante. Luego, se empieza a indagar los pensamientos irracionales con los que cuenta, para ellos el proceso de

evaluación racional emotiva se culminó en la tercera sesión, llegando a identificar las creencias irracionales. Finalmente, el inventario de creencias irracionales se desarrolló terminando la primera sesión.

3.1.4 Diagnóstico del problema

La persona es de sexo femenino, tiene 23 años, es estudiante de los últimos ciclos en una universidad en Lima, contextura normal, cabello oscuro y largo, aparenta su edad cronológica y vive con su familia, conformada por su padre, madre y hermanos. Además, se mostró orientada en persona, espacio y tiempo. Su lenguaje era ligeramente rápido y tenía un adecuado tono de voz. Exhibió una actitud colaborativa y amable, en ocasiones sus expresiones faciales mostraban tristeza.

A partir de la conceptualización del problema se identificó que la situación activadora fue cuando la pareja de la paciente decidió terminar la relación, debido a que este suceso ocurrió hace un mes y las conductas y emociones prevalecen en el tiempo. Las emociones que experimenta de acuerdo con la percepción de la paciente son la ansiedad en un nivel 9 (siendo 1: bajo y 10: máximo) y la tristeza en un nivel 8 (siendo 1: bajo y 10: máximo). Así mismo, las consecuencias conductuales que acompañan la ansiedad son náuseas con frecuencia de una a dos veces al día, llanto y dolor en el pecho durante las noches con una frecuencia de casi todos los días presentándose en rangos durante el día y principalmente en las noches, bajo apetito, aislamiento de su círculo social, evita conectarse a las reuniones virtuales que realizan, y revisa constantemente las redes sociales con frecuencia de todas las noches.

A nivel cognitivo, los pensamientos que se presentan en primer nivel son las inferencias de filtraje, falacia de control, deberías, pensamientos catastróficos e interpretación del pensamiento. Siguiendo la cadena de inferencias, en el segundo nivel están las evaluaciones de visión catastrófica: “Que esto no se retome, sería lo peor que podría pasarme”, demandas: “Sería doloroso que no me quisiera, debe hacerlo”, baja tolerancia a la frustración: “No tolero esta incertidumbre de si regresamos o no” y compararse con los demás: “Si no regresamos sería porque yo no soy lo suficiente para él”. En cuanto a las creencias irracionales, se evidencia que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad. “Necesito el amor y aprobación por las personas que amo, si esto no pasa, significa que no soy suficiente para ellos y valiosa”. Por último, la siguiente creencia que se identificó fue la idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen. “Tenía planificada mi relación y es horrible esta situación”.

Además, los resultados encontrados en el Inventario de Creencias Irracionales se evidencian que las creencias que están limitando las áreas de su vida son “Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa”. Esta creencia conlleva que estará continuamente actuando en función de las expectativas que tengan las personas significativas; así que su bienestar emocional dependerá de recibir el afecto y aceptación de otras personas; por lo tanto, la evaluada experimenta emociones disfuncionales cuando no se cumple esta expectativa. Como se puede observar, a

partir de la ruptura de la relación la cliente percibe que esta necesidad no se está cumpliendo y como consecuencia experimenta ansiedad.

La siguiente creencia que se encontró fue: “Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran”, experimenta perturbación debido a que no está consiguiendo lo que desea, las circunstancias son diferentes a lo que esperaba y frente a esto experimenta perturbación, cree que es una catástrofe lo que está vivenciando.

Por último, se encontró la creencia “Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”. La persona se autoexige para ser completamente competente y destacar en casi todas las áreas de su vida, por lo cual, estará constantemente comparando y evaluando su conducta lo que puede conllevar a sentir perturbación y sentirse inferior, de la misma manera, en caso no perciba que es competente.

Como se puede observar los resultados de la evaluación manifiestan que la situación activadora en la consultante desencadena los tres niveles de pensamientos, siendo las creencias irracionales resaltantes “Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad”, “La idea que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen” y “Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”. Así mismo, la emoción perturbadora que acompaña los pensamientos irracionales es la ansiedad con las consecuencias conductuales descritas.

En la Tabla 2 se observa como la usuaria está viviendo la ansiedad a partir de la ruptura de la relación, observando los pensamientos irracionales que la acompañan y las creencias nucleares. Por esa razón, a partir de la evaluación se recomienda iniciar un proceso psicoterapéutico para abordar la emoción disfuncional (ansiedad) que están interfiriendo en su bienestar emocional. También se recomienda la reestructuración cognitiva para las creencias irracionales encontradas.

Tabla 2

Conceptualización del Caso

A	B	C
<p>El sujeto X termina la relación de cinco años, le comenta que conversarán después.</p> <p>“He perdido mi tiempo”, “Podemos regresar en un futuro e intentarlo”, “Tengo que sentirme bien”, “Tengo que saber cuándo hablaremos”, “No regresaremos, se irá con otra persona”, “Debería cambiar, he sido otra en la relación”, “No me quiere tanto”, “No le importo”.</p> <p>Evaluaciones:</p> <p>Visión catastrófica: “Que esto no se retome, sería lo peor que podría pasarme”</p>	<p>Inferencias: filtraje, falacia de control, pensamiento catastrófico, interpretación del pensamiento</p> <p>“He perdido mi tiempo”, “Podemos regresar en un futuro e intentarlo”, “Tengo que sentirme bien”, “Tengo que saber cuándo hablaremos”, “No regresaremos, se irá con otra persona”, “Debería cambiar, he sido otra en la relación”, “No me quiere tanto”, “No le importo”.</p>	<p>Ansiedad (9)</p> <p>Tristeza (8)</p> <p>Náuseas</p> <p>Llanto</p> <p>Dolor en el pecho</p> <p>Bajo apetito</p> <p>Insomnio</p> <p>Revisar redes sociales</p> <p>Aislamiento</p>

Demandas: “Sería doloroso que no me quisiera, debe de sus
de hacerlo” amigos

Baja tolerancia a la frustración: “No tolero esta
incertidumbre de si regresamos o no”.

Compararse con los demás: “Si no regresamos, sería
porque yo no soy lo suficiente para él”

Creencias Irracionales:

Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el
ser amado y aprobado por prácticamente cada persona
significativa de la sociedad “Necesito el amor y
aprobación por las personas que amo, si esto no pasa
significa que no soy suficiente y valiosa”

La idea que es tremendo y catastrófico el hecho de que
las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría
que fuesen “Tenía planificada mi relación y es horrible
esta situación”

Nota: A es la situación activadora, B es los pensamientos y C son las
consecuencias emocionales y conductuales.

3.2 Intervención

3.2.1 Problema delimitado

De acuerdo con los resultados encontrados en la problemática de la joven, se encuentran dificultades en el área emocional y cognitiva, manifestando en conductas y respuestas fisiológicas. En lo que respecta al área emocional, la joven presenta ansiedad ante la ruptura de la relación, causando malestar. Las respuestas son: náuseas, llanto, dolor en el pecho, bajo apetito, insomnio; mientras que las conductas son: revisar redes sociales y aislarse de sus amigos. Cabe mencionar que si bien, la usuaria experimenta la tristeza, esta es una emoción funcional y esperada que se experimenta debido a que a lo largo de la vida ocurrirán momentos críticos de pérdidas, como uno de estos, por lo que la tristeza le permitirá adaptarse a los nuevos sucesos y facilitar la introspección.

Respecto al área cognitiva, se encontró las creencias irracionales de “Necesito el amor y aprobación por las personas que amo, si esto no pasa significa que no soy suficiente para ellos y valiosa” y “La idea que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”, así como los pensamientos que desencadenan. Se ha podido observar que la joven tiene un sistema de pensamientos que se caracterizan por ser irracionales, rígidos, automáticos y frecuentes. Así mismo, son pensamientos autocríticos y demandantes relacionados con las evaluaciones de catastrofización, baja tolerancia a la frustración y autocondenas. Todo ello incrementa la ansiedad en la consultante, interfiriendo su conducta y bienestar.

Como se puede observar, la usuaria está atravesando una ruptura amorosa, que si bien es una situación que en algún momento la mayoría de personas tiene

que atravesar y quizás no se observa como una problemática de intervención, en el presente caso es importante contextualizar que se da en el inicio de la cuarentena por la pandemia de COVID-19, se conoce que uno de los efectos de la pandemia es en la salud mental de las personas, presentando mayor intensidad de las emociones y casos de ansiedad, estrés entre otros (Hernández, 2020). Por lo tanto, la usuaria está necesitando intervención en estos tiempos de emergencias con el fin de evitar una problemática mayor y contar con herramientas para afrontar posibles problemáticas a futuro.

De tal manera, se considera oportuno realizar una intervención mediante el enfoque de la TREC, ya que se centra en modificar el sistema de creencia que acompañan la emoción disfuncional con el objetivo que la consultante incorpore pensamientos adaptativos, realistas y flexibles. Además, desarrollará técnicas que le permitan la gestión de sus emociones con el fin de reducir el malestar que está experimentando.

3.2.2 Objetivos de la intervención

A partir del problema de estudio, se plantean los siguientes objetivos de intervención enfocados en la consultante.

Objetivo general:

- Desarrollar estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual en la consultante que le permitan disminuir su ansiedad.

Objetivos específicos:

- Desarrollar estrategias de regulación emocional que le permitan a la consultante disminuir el nivel de ansiedad.

- Desarrollar estrategias que le permitan identificar los pensamientos ligados a la ansiedad para modificarlos por pensamientos racionales.
- Desarrollar estrategias de solución de problemas en la usuaria con el fin que pueda enfrentar eficazmente los problemas de la vida cotidiana.

3.2.3 Técnicas

Técnicas Cognitivas

- **Psicoeducación:** es una técnica que consiste en brindar información específica sobre la enfermedad, tratamiento, consecuencias y otras implicancias al paciente, involucrando los procesos cognitivos, sociales y biológicos para mejorar su calidad de vida (Godoy, 2020).
- **Refutación de creencias:** es una de las técnicas más utilizadas en la TREC, el terapeuta elabora diferentes tipos de preguntas cuyo objetivo es que la persona deje sus creencias irracionales. Por lo cual, el terapeuta formulará preguntas hasta que la persona identifique sus creencias irracionales y consecuencias para formular alternativas racionales. En esta técnica, primero se debe detectar las creencias irracionales, luego está la etapa de debatir profundamente las creencias y culmina con que la persona sea capaz de discriminar las creencias irracionales y racionales. Así mismo, se tiene que considerar los siguientes aspectos: se tiene que empezar enseñando el ABC, también que las creencias irracionales están compuestas por exigencias y pensamientos rígidos; y que las creencias racionales son flexibles y son preferencias. Luego, enseñar a las personas técnicas que permiten reestructurar sus creencias. Posteriormente, enseñar a confrontar

sus creencias mediante el debate, considerando preguntas empíricas, lógicas y pragmáticas. Por último, fomentar la aplicación del debate y tener una nueva filosofía.

A fin de que se realice la refutación de creencias, se emplean las siguientes técnicas:

- Diálogo socrático: también es conocido como descubrimiento guiado, se realizan preguntas guiadas para que la personas pueda lograr una nueva perspectiva y creencias más racionales. El terapeuta realiza preguntas acerca de los pensamientos, emociones y acciones, motivando e involucrando a los clientes a descubrirlos por ellos mismos.
- Análisis y evaluación lógica: el objetivo es enseñar a la persona a utilizar la lógica para examinar y cambiar sus creencias irracionales. Se orienta a observar desde la lógica la creencia de la persona y la diferencia que existe con su conducta por lo que encontrará una incongruencia entre ambas. Para visualizar la incongruencia se utiliza el razonamiento deductivo e inductivo, el primero consiste en mostrar que la conducta de la persona no proviene de la creencia lógica. Así mismo, el razonamiento inductivo se utiliza para demostrar que su creencia no deriva de su conducta.
- Reducción al absurdo: en esta técnica momentáneamente se asume real la creencia irracional; no obstante, se busca llevarla a un extremo lógico a través de las preguntas a fin que la persona pueda

- observar que la creencia es absurda y replantee un pensamiento racional.
- Análisis y evaluación empírica: las preguntas se orientan a encontrar evidencias, los pensamientos son comparados por las actividades que realiza la persona.
 - Apelar a las consecuencias: se busca mostrar a la persona las consecuencias de mantener sus creencias, en este aspecto pueden ser positivas o negativas a fin la persona pueda evaluarlo.
 - Autorregistros: permite obtener información acerca del estado emocional de la persona, identificar situaciones activadoras, conductas que experimenta y pensamientos que se presentan. La técnica permite contar con información precisa de las vivencias de la persona durante un tiempo en específico, así mismo, permite comparar los avances de la persona y refutar algunos pensamientos. Los autorregistros son empleados continuamente para identificar el ABC, así mismo se emplea para realizar el debate y la refutación de los pensamientos. Mientras avanzan las sesiones y el debate, se va agregando el registro del diálogo socrático, en otra parte se escribe una creencia racional y al último las nuevas consecuencias emocionales
 - Autoinstrucciones: el objetivo es establecer o modificar el diálogo interno cuando la persona experimenta dificultades en una situación, ayudando a la autorregulación de su conducta, creencia y confianza de su capacidad. Antes de realizar la técnica es necesario conocer el diálogo interno de la persona mediante los autorregistros. Se solicita que registre mientras experimenta la situación para identificar las autoinstrucciones que emplea, identificando las

adecuadas y las que se deben cambiar. Así mismo, la persona tiene que generar la mayoría de autoinstrucciones que utilizará, considerando si en algún momento ha empleado alguna. Luego, junto al terapeuta se escogerán las más adecuadas. Es importante preparar a la persona para emplear las autoinstrucciones de acuerdo a las situaciones específicas, además de fomentar una atención completa en la ejecución. Además, puede emplear refuerzos y retroalimentar cuando ejecutó la técnica (Caro, 2011).

Técnicas emotivas

- **Imaginación Racional Emotiva:** en esta técnica, la persona tiene que imaginar una situación específica que sea percibida como un problema (situación activadora) donde experimente una emoción perturbadora y conductas desencadenantes, se le pide a la persona que pueda vivenciar en su totalidad dicha emoción. Posteriormente, tendrá que cambiar la emoción perturbadora por otra con menor intensidad, para lo cual modificará los pensamientos irracionales que acompañan a la emoción que genera malestar. Se le tiene que consultar cómo ha cambiado la emoción y qué realizó (Caro, 2011).

Técnicas conductuales

- **Reforzamiento positivo:** el objetivo es incrementar la conducta deseada mediante un estímulo agradable para la persona. Se presenta dicho estímulo cuando la persona ejecuta una respuesta, así mismo, en caso no se observe la respuesta deseada, no se presenta la consecuencia agradable. Estas pueden ser reforzadores primarios como los alimentos o reforzadores secundarios como los elogios (Pellón, 2015).

Otras:

- Técnicas de respiración: es una de las técnicas más antiguas para disminuir los niveles de activación. El objetivo es enseñar a optimizar la función de los pulmones, mientras se regula el ritmo respiratorio. La persona aprende a controlar la respiración con el fin que lo realice en situaciones donde se altera su respiración. Como consecuencia se disminuye la activación y se experimenta una sensación de bienestar (Díaz, Ángeles y Villalobos, 2011).
 - Respiración profunda: la persona tiene que encontrarse sentada con una mano sobre el abdomen y la otra encima de esta, tiene que imaginar que hay una bolsa vacía en su abdomen. Luego, comenzar a respirar y observar cómo se llena de aire la bolsa y cómo el cuerpo se eleva hasta los hombros. Inhalar, mantener el aire y luego exhalar lentamente.
 - Respiración abdominal: la persona respira moviendo solamente el abdomen, intentará mantener inmóvil la caja torácica y toda la parte superior de su cuerpo.
- Técnicas de relajación: el objetivo es reducir la activación fisiológica que experimenta la persona, permitiendo sentir calma, equilibrio y sensación de paz mediante la relajación corporal con el control respiratorio. La persona aprende gradualmente a reducir la activación con el fin de afrontar diversas situaciones. Experimentará una respiración más tranquila, sensación de relajación, sus latidos cardíacos más rítmicos, reducción del nivel de emoción y sensación de tranquilidad (Díaz, Ángeles y Villalobos, 2011).

- Relajación muscular: el objetivo es que la persona sea consciente de las sensaciones de su cuerpo cuando experimenta tensión y relajación, enseñando a identificar y diferenciar las sensaciones para realizar acciones en disminuir la tensión muscular y conservar un estado de relajación. La técnica consiste en que la persona se encuentre contrayendo diferentes zonas musculares durante unos segundos estimados, en este tiempo tiene que identificar las sensaciones y luego relajar las zonas tensionadas.
- Higiene del sueño: son pautas para lograr un sueño saludable y una mejor calidad de vida. Las pautas que se brindan abarcan las horas que se debería dormir, la importancia de horarios, el contexto ambiental, alimentación, ejercicios físicos, entre otros (Romero y Terán).
- Métodos semánticos: estos métodos buscan comprender el lenguaje de la persona y que pueda reconocer el impacto que tiene en vivenciar diferentes experiencias. Para conocer el lenguaje de la persona se elaboran preguntas clarificadoras. Así mismo, se orienta a que la persona emplee un lenguaje extensional y menos castigador (Caro, 2011).
- Técnicas de autocompasión: estas desarrollan en la persona una visión positiva y reconfortante sobre sí misma permitiendo desarrollar la resiliencia y facilitando la regulación emocional (Desmond, 2018).

3.2.3.1 Selección y sustento de las técnicas empleadas.

- Psicoeducación: se utilizará debido a que a través de la enseñanza del modelo ABC, la persona puede comprender sus componentes, interacción y así mismo su experiencia, siendo un pilar para el desarrollo de las sesiones.

Así mismo, permite explicar mayores aspectos de la TREC, como los hechos e interpretaciones, lo que conlleva a que con la información recibida facilite el uso de las diferentes técnicas y principalmente comprender la conexión entre las situaciones activadoras, pensamientos y consecuencias emocionales y conductuales. Cabe mencionar que, López (2017) y Miranda (2018) emplearon la psicoeducación para presentar otras técnicas y ejecutar las actividades en casa, teniendo como resultado la remisión de la emoción y conducta problema.

- Refutación de creencias: se emplea porque permite que la persona pueda establecer nuevos patrones de pensamientos, en el caso se observa que las creencias irracionales de la persona no le permiten adaptarse a esta nueva situación que está vivenciando, como se identifica en el diagnóstico, son tres creencias principales que experimenta emociones perturbadoras. Por lo tanto, para lograr este cambio de creencias más flexibles se tendrá que aplicar esta técnica a fin de que la persona reconozca sus creencias irracionales, los perjuicios de mantener el sistema de creencias, para luego adquirir pensamientos más flexibles. Elorreaga (2022) utilizó la técnica descrita permitiendo modificar las creencias irracionales del paciente.

- Diálogo socrático: Londoño, Palacio, Acosta, Juárez y Aguirre (2015) utilizaron el diálogo socrático en un programa de salud mental, como resultado obtuvieron la reducción de los pensamientos irracionales. Por lo tanto, la técnica permitirá que la usuaria identifique por ella misma los pensamientos irracionales y su conexión con las consecuencias emocionales y conductuales. Así

mismo, ella reconocerá las implicancias que tiene mantener el sistema de creencias, lo que permitirá desarrollar recursos para emplearlos en otras oportunidades y desarrollar la autonomía.

- Análisis y evaluación lógica: En este caso, la lógica permite que la paciente pueda observar sus creencias y analizar si es una verdad absoluta, por lo tanto, comprenderá que la conclusión que asume puede ser falsa. Lo cual permite debatir cada una de las creencias que la perturban.
- Reducción al absurdo: frente a la rigidez que presenta la usuaria para cambiar las creencias, se emplea esta técnica en función que la paciente vea lo absurdo que puede ser y las consecuencias que implican mantenerlo, facilitando el proceso de debate.
- Análisis y evaluación empírica: las creencias de la paciente son irracionales; sin embargo, ella considera que son válidas y son la única forma de interpretar la situación. Por lo que se buscará evidencia de estas creencias que sustenta las creencias. Al no encontrarlas, la paciente cambia de perspectiva y empieza a reformular estas creencias.
- Apelar a las consecuencias: en ocasiones la paciente no considera como un problema sus creencias; por lo tanto, se emplea esta técnica para que ella identifique que mantener estos patrones de pensamientos que no le permiten cumplir el objetivo de la terapia; por el contrario, mantiene las consecuencias emocionales y conductuales que le afectan. De la misma forma, al momento de

empezar a incorporar pensamientos más racionales, se fomenta a que la persona pueda identificar las consecuencias positivas de sus nuevas creencias. Así mismo, para consolidar estos pensamientos se compara las consecuencias negativas de las creencias irracionales que presenta y de los nuevos pensamientos racionales.

- Autorregistros: se utiliza para que la joven pueda identificar su ABC, los eventos que activan sus emociones, así mismo que ella pueda conocer como expresa su emoción y a qué nivel lo experimenta. Además, facilita el proceso de identificar la conexión entre los pensamientos y consecuencias. Por otra parte, en ocasiones puede ser difícil que no pueda reconocer sus pensamientos, para lo cual la técnica facilita que la paciente pueda realizar su propio debate de cada creencia, evaluando y generando unas nuevas; por ende, se evidencia disminución de las emociones y conductas (Espeche y Neme, 2016, como se citó en Espeche, Neme y Ferrero, 2018). Ella podrá evaluar y comparar sus pensamientos y emociones, reconociendo las consecuencias conductuales y viendo los avances que está manifestando.
- Autoinstrucciones: se utiliza para que la paciente pueda empezar a incorporar pensamientos racionales. Así mismo, fomenta que ella pueda formular un nuevo diálogo y a medida que lo practique pueda ir a consolidarlos, debido a que ella tiene que proponer las autoinstrucciones que puede aplicar. Por último, la paciente consolida las nuevas creencias

aprendidas y tendrá una estrategia que le permite afrontar una situación (López, 2017).

Técnicas Emotivas

- Imaginación Racional Emotiva: se utiliza para que la paciente pueda ser consciente que es capaz de experimentar la situación activadora y regular sus emociones y pensamientos. Esto se aplica luego de haber realizado el proceso de debate, que ella conozca creencias racionales y tenga recursos para afrontar sus pensamientos y consecuencias emocionales. Así mismo, se aplica porque permite que se prepare para un momento a futuro. En caso, experimente lo mismo, la persona va a ser capaz de aplicar todo lo aprendido.

Técnicas Conductuales

- Reforzamiento positivo: se utilizan reforzadores sociales cuando la joven emite cambios tanto en sus consecuencias emocionales, conductuales y pensamientos. Esta técnica permite que ella pueda seguir incrementando la conducta esperada y pueda darse cuenta de que está acercándose a los objetivos de la intervención (Jaimes,2017). Así mismo, se emplea cuando la paciente no se percata de los cambios que está manifestando o minimiza sus avances.

Otras:

- Técnicas de respiración: Arévalo y Padilla (2017) determinaron la eficacia de las técnicas de respiración, observando reducción del pulso y del ritmo cardíaco, favoreciendo la reducción del estrés. No obstante, en la ansiedad también se presentan respuestas fisiológicas parecidas.

- Respiración profunda: debido a la ansiedad y las respuestas que emite como sudoración, presión en el pecho, taquicardia, se le enseña esta técnica para que pueda ser capaz de regular su emoción en el momento que se presenta. El realizar este tipo de respiración le facilita disminuir el estado de alerta que está presentando.
- Respiración abdominal: Como se explicó anteriormente, la ansiedad que experimenta la paciente trae consigo respuestas no agradables para ella. Se le enseña esta técnica debido a que tiene que focalizar toda su atención al abdomen, como es una forma diferente de interactuar con su respiración, ya no está atenta a la situación activadora o sus respuestas fisiológicas, permitiendo la regulación emocional.
- Técnicas de relajación: estas técnicas permiten la regulación corporal de los pacientes, evidenciando reducir los cambios fisiológicos (Jordan, 2017).
 - Relajación muscular: debido a las sensaciones corporales que experimenta la paciente, se le enseña esta técnica para que pueda reducir la activación fisiológica que presenta. También, se le enseña esto para que pueda aplicarlo antes de dormir y pueda conciliar mejor el sueño.
- Higiene de sueño: la usuaria manifestó que tiene dificultades para conciliar el sueño, mediante las pautas brindadas puede lograr un sueño de mejor calidad y así un mejor estado de ánimo. Además, se evidencia las pautas de higiene del sueño como herramienta para afrontar el insomnio (Martinez y Levario, s.f.).

- Métodos semánticos: se emplea debido a que la joven utiliza palabras que pueden ser interpretadas de diversas formas, por ejemplo “bonita”. Para lo cual, esta técnica permite conocer como comprende la realidad. Facilitando a que se pueda debatir los conceptos que ella posee y enseñarle el impacto que está teniendo en su vida.
- Técnica de autocompasión: la usuaria se caracteriza por ser autocrítica, frente a ello la autocompasión brinda herramientas para que pueda tener un trato amable y respetuoso hacia ella misma, permitiendo que durante el proceso terapéutico reconozca sus errores, creencias irracionales, conductas disfuncionales desde una perspectiva amable con ella y no fortalecer los pensamientos irracionales sobre ella. Así mismo, se demostró que desarrollar la autocompasión se asocia a la reducción de los niveles de ansiedad (Neff et al.,2007, como se citó en Araya y Moncada, 2016).

3.2.4 Ejecución

Se realizaron dieciocho sesiones de intervención durante los meses de mayo y noviembre del 2020. La sesión inició la última semana de mayo, en el mes de junio se tuvieron tres sesiones, en julio dos sesiones, agosto cuatro sesiones, septiembre tres sesiones, octubre dos sesiones, noviembre dos sesiones y diciembre una sesión de seguimiento. Las sesiones tuvieron una duración entre 50 a 60 minutos con frecuencia de una vez por semana; sin embargo, en ocasiones no se cumplía debido a dificultades de conectividad, actividades académicas de la usuaria

y particularidades que se presentaron. Así mismo, a medida que se desarrollaron las sesiones y se cumplían los objetivos, las sesiones se daban de manera quincenal.

A continuación, se muestra la estructura que se llevó a cabo durante la mayoría de las sesiones y algunas preguntas que se utilizaron por cada paso. Además, se empleó los primeros diez minutos de la sesión para revisar el desarrollo de las actividades semanales.

1. Definir el problema a trabajar:
 - a. ¿En qué puedo ayudarte hoy?
 - b. ¿Qué quisieras que trabajemos?
2. Determinar e Identificar los eventos activadores:
 - a. ¿En qué momentos/circunstancias te sientes de esa manera?
 - b. ¿Podrías explicarme la última vez en que eso te haya sucedido?
3. Identificar las consecuencias emocionales y conductuales:
 - a. ¿Cómo te sientes cuando “A” sucede? ¿Qué emoción te genera “A”?
(Identificar emoción)
 - b. ¿Qué hiciste en ese momento? ¿Cómo reaccionaste? (Identificar conducta)
4. Identificar el objetivo a trabajar:
 - a. ¿Qué es lo que te gustaría lograr respecto a este problema?
5. Identificar los pensamientos:
 - a. ¿Qué pasaba por tu cabeza en ese momento?
 - b. ¿Qué ideas pasan por tu cabeza?
 - c. ¿Qué significa para ti? ¿Por qué es un problema para ti?
 - d. ¿Qué es lo que sería tan terrible para ti?

- e. ¿Por qué sería tan importante para ti?
6. Conectar la cadena de inferencia, mostrar la conexión entre B-C:
- a. Cuando tú piensas (B) entonces te sientes (C), ¿Es correcto?
 - b. Pensar de esta forma (B) te lleva a sentir (C)
7. Debatir las ideas irracionales:
- a. ¿Cómo pensar de esta manera te ayuda a resolver tus problemas?
 - b. ¿Qué estás logrando pensar así?
 - c. ¿Dónde está la evidencia de que tú (B)?
8. Ayudar a desarrollar creencias racionales
- a. ¿Cómo te convendría pensar en vez de (B) para sentirte ...?
 - b. Si tu mejor amiga tuviera los mismos pensamientos que te hacen sentir (C) ¿Qué le recomendarías?
9. Resumen de la sesión
- a. ¿Qué has aprendido de esta sesión?
 - b. ¿Qué es lo que más te ha gustado de la sesión?
 - c. Hoy hemos trabajado....

En la Tabla 3 se presenta el cronograma de la intervención considerando el objetivo y actividades que se realizaron.

Tabla 3

Cronograma de trabajo

Sesión	Objetivos	Actividad	Técnicas
1	Construir el vínculo terapéutico a fin de conocer la problemática y fomentar un espacio para la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el motivo de consulta. - Realizar la conceptualización del caso explorando el ABC. 	
2	Fortalecer el vínculo terapéutico que permita el desarrollo de la intervención. Brindar información sobre las emociones básicas a fin la joven las identifique en su vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar en conjunto los objetivos de la intervención. - Construir la conceptualización del caso. - Dar a conocer las emociones básicas. <p>Actividad semanal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las emociones que experimenta durante la semana y registrar como lo expresa. 	Psicoeducación

3	Enseñar los componentes del ABC a fin la joven comprenda la problemática que está viviendo.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar el ABC a la cliente explicando sus componentes. - A través de las respuestas de la cliente explicar la conexión del ABC. 	Psicoeducación Autorregistros
Actividad semanal:			
<ul style="list-style-type: none"> - Escoger una situación que experimenta ansiedad e identificar los pensamientos que surgen. 			
4	Comprender los pensamientos irracionales, así como hechos e interpretaciones a fin la joven con la información recibida pueda identificarlos. Brindar herramientas para la gestión emocional y a partir de la información recibida por parte del terapeuta, la joven lo aplique. Brindar pautas que reduzcan las respuestas de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar a la joven los pensamientos irracionales, resaltando sus características. - Debatir los pensamientos irracionales. - Enseñar técnicas de respiración y practicarlas. <p>Actividad semanal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar las técnicas enseñadas cuando experimente ansiedad. 	Psicoeducación Refutación de creencias Diálogo socrático Respiración profunda Higiene del sueño

		- Realizar las pautas de higiene del sueño antes de dormir.	
		- Completar la ficha de diferencias entre hechos e interpretaciones.	
5	<p>Conocer herramientas para la gestión emocional y a partir de la información recibida por parte del terapeuta, la joven lo aplique.</p> <p>Reconocer las consecuencias de asumir hechos por interpretaciones.</p>	<p>- Presentar y aplicar técnicas de respiración y relajación.</p> <p>- Identificar las interpretaciones que asume como hechos para debatirlos.</p> <p>Actividad semanal: Aplicar las técnicas enseñadas cuando experimente ansiedad.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Respiración abdominal</p> <p>Relajación muscular</p> <p>Refutación de creencias (reducción al absurdo, análisis y evaluación empíricas).</p>
6	<p>Fomentar un espacio que permita a la paciente sentir la validación emocional sobre una situación de acoso que atravesó.</p>	<p>- Escuchar activamente a la consultante.</p> <p>- Validar las emociones.</p>	<p>Métodos semánticos</p>

7	<p>Brindar información referente a la autocompasión con el fin que la joven desarrolle la reestructuración cognitiva.</p> <p>Conocer los conceptos de preferencias y demandas a fin que la consultante empiece a realizar la reestructuración cognitiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar los conceptos de autocompasión. - Realizar la psicoeducación de preferencias y demandas. - Desarrollar el debate de las preferencias. <p>Actividad semanal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las demandas que realiza hacia ella y otras personas considerando la emoción que genera. - Elaborar carta hacia ella misma comentando sus emociones y aprendizajes. 	<p>Psicoeducación</p> <p>Métodos semánticos</p> <p>Técnicas de autocompasión</p> <p>Refutación de creencias</p> <p>Diálogo socrático (análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo)</p> <p>Refutación de creencias</p> <p>Diálogo socrático (apelar a las consecuencias)</p>
8	<p>Identificar los pensamientos irracionales en otras situaciones/áreas permitiendo que la joven reconozca la prevalencia de estas en su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar los pensamientos irracionales en otras áreas. - Desarrollar el debate de los pensamientos irracionales. 	<p>Refutación de creencias</p> <p>Diálogo socrático (apelar a las consecuencias)</p>

9	<p>Consolidar el concepto de autocompasión en la joven a fin lo utilice para la incorporación de pensamientos. Tomar conciencia sobre las implicancias de tener un sistema de pensamientos irracionales para que pueda debatirlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar situaciones para que ella aplique la autocompasión. - Determinar las consecuencias de los pensamientos irracionales. - Debatir los pensamientos irracionales. <p>Actividad semanal: Escribir las consecuencias de los pensamientos irracionales.</p>	<p>Refutación de creencias Diálogo socrático (análisis y evaluación empírica y lógica, apelar a las consecuencias)</p>
10	<p>Elaborar en compañía de la terapeuta el ABC para realizar el debate y consolidar el aprendizaje de sus componentes. Brindar información a la usuaria sobre los pensamientos racionales .</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar en conjunto el ABC. - Psicoeducación de la reestructuración cognitiva. - Debatir las creencias. <p>Actividad semanal: - Escribir las consecuencias de incorporar pensamientos racionales.</p>	<p>Autorregistro Psicoeducación Reestructuración cognitiva</p>
11	<p>Concientizar a la cliente los beneficios de los pensamientos racionales, así</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de los pensamientos racionales. 	<p>Psicoeducación Refutación de creencias</p>

	como la práctica para conseguirlos.	- Debate de pensamientos irracionales	Diálogo socrático
	Incorporar la reestructuración cognitiva como herramienta para que la usuaria pueda aplicarlo.	- Entrenamiento en reestructuración cognitiva.	
		Actividad semanal: Registrar el ABC y escribir preguntas que pueda utilizar para la reestructuración de pensamientos.	
12	Identificar los pensamientos conectados a la ansiedad para proponer posibles pensamientos racionales.	- Realizar con la cliente una lista de los pensamientos irracionales que presenta y debatirlos. - La consultante elabora pensamientos que se caracterizan sin demandas, preferencias y flexibles.	Refutación de creencias Diálogo socrático
		Actividad semanal:	
		- Registrar el ABC y escribir preguntas que pueda utilizar para la reestructuración de pensamientos.	

		- Escribir pensamientos racionales que favorezcan la disminución de la ansiedad.	
13	<p>Proponer por parte de la usuaria las demandas que exige.</p> <p>Emplear por parte de la usuaria la reestructuración cognitiva para cambiar las demandas por preferencias.</p>	<p>- Identificar las demandas que tiene la cliente para realizar la propuesta emplear la reestructuración cognitiva.</p> <p>- La usuaria elabora preguntas, con la orientación de la psicóloga, que fomenten la modificación de los pensamientos.</p>	<p>Diálogo socrático</p> <p>Análisis y evaluación lógica y empírica</p> <p>Reducción al absurdo</p>
		<p>Actividad semanal: Escribir pensamientos alternativos y colocarlos en espacios que permitan a la usuaria observarlos con facilidad.</p>	
14	<p>Determinar los pensamientos irracionales que están más arraigados en la usuaria para</p>	<p>- Debatir los pensamientos irracionales.</p> <p>- Desarrollar propuestas de pensamientos alternativos,</p>	<p>Diálogo socrático</p>

	el análisis de sus consecuencias.	así como su relación con la emoción.	Imaginación Racional Emotiva
	Proponer por parte de la usuaria pensamientos que no incrementen el nivel de ansiedad percibida.	reestructuración de pensamientos a partir del registro del ABC.	
15	Identificar con la usuaria los avances que está presentando. Entrenar a la cliente para que aplique técnicas de solución de problemas.	- Comparar los componentes del ABC con las consecuencias emocionales y conductuales que presenta la usuaria, así como los pensamientos. - Identificar un problema actual para encontrar una solución considerando la emoción que está vivenciando.	Psicoeducación Reforzamiento positivo Imaginación Racional Emotiva
		Actividad semanal: Emplear las autoinstrucciones que favorecen la reestructuración cognitiva.	

16	Explorar posibles situaciones que activen pensamientos irracionales con el fin que la usuaria aplique técnicas emotivas y cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar situaciones que podrían desencadenar ansiedad. - La usuaria a partir del autorregistro del ABC emplea técnicas para disminuir la emoción disfuncional. 	<p>Autorregistro</p> <p>Autoinstrucciones</p> <p>Técnicas de relajación y respiración</p>
17	Evaluar cómo la usuaria está afrontando situaciones, considerando los pensamientos que utiliza y la emoción que experimenta.	<ul style="list-style-type: none"> - La usuaria comparte un problema y frente a ello se exploran los pensamientos, emociones y conductas que presenta, explorando las estrategias que está empleando para su solución. 	<p>Imaginación</p> <p>Racional</p> <p>Emotiva</p>

Actividad semanal:

- Registrar el ABC actual de la problemática inicial.
- Escribir una carta a su yo antes de empezar la terapia, comentando sus aprendizajes y emociones.

18	<p>Analizar los cambios que presenta la usuaria a partir de los objetivos de la intervención.</p> <p>Identificar los recursos que ha desarrollado y motivar a continuar tomando acciones para su salud mental.</p>	<p>- Realizar el ABC actual para compararlo con los componentes del ABC inicial.</p> <p>- Seleccionar las técnicas que se han desarrollado y proponer casos donde podría utilizarlos.</p>	<p>Reforzamiento</p> <p>Técnicas de autocompasión</p>
----	--	---	---

A continuación, se muestra un fragmento de un diálogo de intervención en el debate de las creencias de la usuaria:

Paciente: Es feo lo que me está pasando, ya no puedo recurrir a su apoyo

Terapeuta: ¿Qué significa para ti no tener su apoyo?

Paciente: Que tengo que lidiar esto sola... y todos necesitamos a alguien que nos apoye siempre, nos brinde su soporte en estas situaciones

Terapeuta: Asumamos que afrontes sola esta situación ¿Qué es lo peor que podría pasar?

Paciente: M... bueno estoy en esta situación ahora ...

Terapeuta: Entonces ¿Qué tanto te ayuda el pensar que necesitas siempre el apoyo de alguien?

Paciente: Quizás no mucho, pero es necesario contar con alguien

Terapeuta: ¿Consideras que todas las personas siempre tendremos el apoyo de una persona?

Paciente: No siempre habrá el apoyo, pero es agradable tener una red de apoyo

Terapeuta: Como mencionas, es agradable tener una red de apoyo, somos seres sociales; sin embargo, si necesitamos que alguien siempre nos apoye ¿Qué tan probable es que ocurra?

Paciente: No creo que siempre este, sería bonito, pero no estará siempre

Terapeuta: Entonces ¿cómo demandar que necesitas que alguien siempre te apoye te permitirá alcanzar tu objetivo?

Paciente: No ayuda en nada, lo dificulta y hace que sienta las emociones que te dije

Terapeuta: ¿Cómo crees que actuaría una persona que tenga esa confianza que te gustaría?

Paciente: Podría aceptar que es bonito contar con alguien, pero si es que no lo tiene, sabe que siempre va poder contar con ella misma.

Así mismo se muestra preguntas que permitieron realizar el debate de los pensamientos irracionales. Uno de ellos es “Sería penoso que no cambiara, debe de hacerlo para estar juntos”

Tabla 4

Preguntas de refutación

Preguntas
¿Cuál es el costo de este pensamiento?
¿Qué puede pasar a futuro si tú asumes que en este tiempo tienes que trabajar en cambiar y él no?
¿Qué tú cambies y él también lo haga, asegurará que regresen? ¿Cómo podrías estar segura de que aprendió?
¿Cuáles han sido los factores que funcionan en una relación? ¿Qué otros factores habrán?
Cuéntame cuando has aprendido algo importante ¿Qué fue lo que determinó? ¿Qué condiciones hubo?
¿Cuándo hay amor eso significa que no hay problemas o desacuerdos?
¿Qué te hace pensar que él pase por ese proceso? ¿De qué depende? ¿Hay algo que puedes hacer? ¿Qué te queda?
¿Qué significaría para ti que no cambie? ¿Qué consecuencias tendría para ti que no cambie? ¿Si no puedes estar con él qué representaría para ti? ¿Cómo te sentirías? ¿Por qué te afectaría tanto?
Imaginemos que no vuelves con él ¿Qué significaría para ti?

Además, en la Tabla 5 se presentan las preguntas que permitieron refutar la creencia de “Necesito el amor y aprobación por las personas que amo, si esto no pasa significa que no soy suficiente para ellos y valiosa”.

Tabla 5

Preguntas de Refutación

Preguntas
Tú amas/apruebas y/o te cae bien todo el mundo?
¿De qué manera te ayuda a demandar el amor de ...?
¿Por qué es necesario el amor y aprobación de los demás?
¿Cómo te vas a sentir y actuar si buscas la aprobación de los demás?
¿Qué significaría para ti que ninguna persona te quiera cómo eres?
¿Crees que necesitas a una persona para sentirte bien? ¿Qué es lo que hace que las personas se sientan bien con una misma? ¿Qué rol crees que tiene la valía en esto?
¿Qué pensaría una persona que se quiere y es segura? ¿necesitará el amor del otro para sentirse augusto con uno mismo?
Si es que él hace algo que a ti no te gustaría que haga eso significaría que no te valora, para ti si una persona te valora eso significa que solo va tener compartimientos que tu espera, te va satisfacer tus expectativas, tendría que

adaptarse a lo que tú siempre deseas eso explicaría que no podría tener una opinión, punto de vista diferente

3.2.5 Indicadores de logro

Los indicadores de logro para el área emocional son los siguientes:

- Conocer cómo se manifiesta la ansiedad: la usuaria identifica la emoción que está experimentando, conoce sus respuestas fisiológicas y conductuales. Todo ello le permite identificar las situaciones que puedan activar la ansiedad.

Los indicadores de logro para el área conductual son los siguientes:

- Reducir las consecuencias conductuales asociadas a la ansiedad mediante la aplicación de estrategias: la paciente utiliza herramientas para afrontar las respuestas de sus emociones.
- Utilizar herramientas que le permiten aportar soluciones efectivas ante los problemas: la usuaria emplea herramientas frente a una problemática, analizando el panorama de manera racional, planteando acciones y dirigiendo su conducta a fin lo resuelva.

Los indicadores de logro para el área cognitiva son los siguientes:

- Discernir entre los hechos de interpretaciones: la paciente reconoce que asumir sus interpretaciones como hechos aumentan la intensidad de la emoción que experimenta. Para lo cual, mediante autoinstrucciones le permite identificar el momento para usar las estrategias cognitivas.

- Emplear preferencias en lugar de demandas: la consultante reconoce que las demandas que realiza tienen un impacto en sus emociones, ante ello los modifica por preferencias mediante la refutación de creencias.
- Identificar sus pensamientos como irracionales: la paciente tiene nociones sobre los pensamientos irracionales, conociendo sus características y las implicancias en la vida. Ella reconoce cuáles son sus pensamientos irracionales y la relación con su emoción mediante el diálogo socrático y los autorregistros.
- Utilizar pensamientos racionales cuando experimenta ansiedad: la paciente utiliza otros patrones de pensamientos para interpretar diferentes situaciones activadoras, estos pensamientos son más flexibles y no causan perturbación. Así mismo, ella formula estos pensamientos alternativos usando las autoinstrucciones y el autorregistro.
- Emplear un lenguaje desde la autocompasión: la paciente emplea un lenguaje evitando la autocrítica y ofensa. Se comunica hacia ella misma desde la amabilidad, reconociendo que es una persona que puede cometer errores y que eso no define su valía personal, lo que permite la modificación de pensamientos como las autocondenas.

3.2.6 Monitoreo y evaluación de la intervención

Para constatar el cumplimiento de los objetivos y los indicadores de logro se realiza el monitoreo y evaluación de la intervención mediante entrevistas semiestructuradas. El monitoreo se ejecuta en todas las sesiones, como se detalla en la estructura de la sesión, lo que permite explorar las respuestas conductuales y

emocionales comparando con las respuestas en las sesiones anteriores. La comparación se efectúa en todas las sesiones, observando si hay algún cambio en los pensamientos, emociones y conductas. Del mismo modo, para identificar que la persona esté logrando los objetivos, se le solicita en la última parte de la sesión que pueda comentar cómo pudo aplicar lo visto en la sesión o preguntas relacionadas con la aplicación o reflexión de la sesión. Además, en cada sesión la paciente tiene que realizar una actividad durante toda la semana, revisando los primeros diez minutos de la sesión, entre ella se incluye el autorregistro, visualizar la conexión entre los componentes (también se realiza en la sesión), realizar una lista de sus pensamientos irracionales, identificar las interpretaciones que realiza, elaborar autoinstrucciones, escribir pensamientos alternativos, listas de acuerdo al tema conversado, entre otras. De la misma manera, en caso no se veían que algún objetivo se estaba cumpliendo, se conversaba con la paciente y se veía la funcionalidad del objetivo en su vida, para lo cual se tomaban acciones como preguntas orientadas a apelar a las consecuencias. A medida que avanzaban las sesiones y se cumplían los objetivos, se empezó a tener sesiones dejando una semana.

Por último, para realizar la evaluación final se compara el ABC de la paciente al comienzo, observando las emociones y conductas, del mismo modo, los pensamientos con los que contaba y las creencias irracionales. Además, se ven cuáles han sido los objetivos que se cumplieron, las estrategias que ha desarrollado y el objetivo general.

3.2.7 Consideraciones éticas

La usuaria tenía conocimiento que la intervención era realizada por una estudiante del último módulo de formación de la institución. Así mismo, tenía el conocimiento que algunas sesiones iban a ser grabadas para la supervisión del caso. Además, se le explicó que el caso iba a ser compartido en las sesiones de supervisión. Por último, para el presente trabajo, el nombre de la usuaria no está siendo mencionado a fin de mantener su privacidad, de la misma manera, el nombre de la institución de la experiencia es confidencial.

Capítulo IV. Resultados

4.1 Resultados

En la Tabla 6, la usuaria identifica la emoción que experimenta y las respuestas conductuales y fisiológicas que presenta, para ello se empleó la psicoeducación de las emociones y ejercicios que le facilitaron el desarrollo de un vocabulario emocional. Además, frente a la ansiedad, ella utiliza estrategias (relajación muscular, respiración profunda y abdominal) que le permiten disminuir el nivel, evidenciando cambios en la respuesta asociada a la emoción.

Tabla 6

Reducción de las respuestas de ansiedad

Situación activadora	Emoción	Respuesta	Estrategias	Emoción	Respuesta
Él no lo contesta los mensajes	Ansiedad (9)	Sudoración Insomnio Aumento de la frecuencia cardiaca	Relajación muscular	Ansiedad (6)	Regulación de frecuencia cardiaca Mejor calidad de sueño Disminuye el uso del celular
La ex pareja interactúa por redes	Ansiedad (7)	Presión en el pecho	Respiración profunda	Ansiedad (5)	Bajo apetito

sociales con una joven	Estar la mayor de su tiempo en cama Revisar las redes sociales Bajo apetito	Respiración abdominal	Escuchar música Escribir a sus amistades
---------------------------	--	--------------------------	--

En la Tabla 7 se observa los hechos que identificó la usuaria, para ello se empleó la psicoeducación y ejercicios donde se muestra la diferencia con las interpretaciones. Posteriormente, reconoce que sus interpretaciones aumentaban el nivel de ansiedad mediante la refutación desde el análisis y evaluación de la evidencia.

Tabla 7

Diferenciar los hechos de interpretaciones

Activador	Interpretaciones	Estrategia	Hecho
“No me responde los mensajes”	“No quiere contestarme seguro está con alguien”	¿Tengo evidencia de esto? ¿Existe otra forma de interpretación?	No responde los mensajes de
“Una persona etiqueta a su expareja”	“Algo debe estar ocurriendo entre ellos”	¿Lo que estoy pensando es cierto?	Una persona etiqueta a sus parejas en

en publicaciones de dos, seguro se están ¿Tengo pruebas? publicaciones de
redes sociales” escribiendo” redes sociales

En la Tabla 8 la paciente aprendió a identificar sus demandas mediante la psicoeducación del concepto y los autorregistros para luego modificarlos mediante preguntas de análisis desde la lógica y evidencia. Además, las preferencias fueron empleadas como autoinstrucciones para consolidar el aprendizaje.

Tabla 8

Emplear preferencias sobre demandas

Demandas	Estrategia	Preferencias
“Tiene que escribirme inmediatamente”.	¿Exigir que me escriba ayuda a mi ansiedad? ¿Quizás está realizando otras cosas?	“Me agradecería que no se demore en contestarme”.
“Debe de contarme todo”.	¿Yo cuento todo? No. Me encantaría que me cuente, pero quizás hay algunas cosas que cada uno se guarda.	“Sería agradable que me contara sus cosas”.

En la Tabla 9, se observa cómo era el lenguaje que utilizaba hacia ella misma mediante los métodos semánticos, caracterizándose por ser autocrítico. Por lo cual, a través de la psicoeducación se le presenta el tema de la autocompasión.

Posteriormente, se emplean los métodos semánticos para que ella comprenda e identifique las características de sus conversaciones internas. Así mismo, realiza una lista de ventajas y desventajas de incorporar la autocompasión, para lo cual se observa que hay mayores ventajas de incorporar a su vocabulario. Por último, se empleó autoinstrucciones con el objetivo de instaurarlos y favorecer el debate de los pensamientos irracionales a partir de una visión amable consigo misma.

Tabla 9

Aplicación de un lenguaje desde la autocompasión

Lenguaje interno	Estrategia	Lenguaje desde la autocompasión
“Me vio la cara de estúpida”	¿Le hablaría de esta forma a mi mejor amiga? ¿Todos estarían de acuerdo?	“Las cosas que X haga no determina mi valor”.
“Soy una tonta por dejar que esto suceda”	¿A qué me refiero con tonta? ¿Hablarme así me permite sentir bienestar?	“Puedo equivocarme y eso significa que soy una persona”.

En la Tabla 10, la consultante identifica los pensamientos irracionales mediante la psicoeducación y los autorregistros. Así mismo, emplea la refutación de creencias para instaurar los pensamientos racionales. Cabe mencionar que utilizó la apelación a consecuencias con el fin de incorporar nuevas creencias y disminuir el nivel de ansiedad.

Tabla 10

Modificar los pensamientos irracionales a racionales

Pensamientos irracionales	Estrategia	Pensamientos racionales
"X es una persona muy importante para mí y debe cambiar porque tenemos que regresar".	¿De qué depende que él cambie? ¿Eso asegurará que tengamos una buena relación?	"Quiero a X; sin embargo, hay actitudes de él que no me agradan y si no regresamos, puedo aprender de esta relación"
"Es doloroso que esto no llegará a retomarse, significa que no fui lo suficiente para él".	¿Mi valor depende de que X esté conmigo? ¿Acaso soy la única responsable que esto no se retome? ¿Continuar así me permite sentirme mejor?	"Es triste que haya terminado la relación, pero no está relacionado a lo que soy".
"He sido engañada, he perdido mi tiempo, soy una estúpida".	¿Me está ayudando a hablarme así?	"Esta relación me ha permitido aprender".

En la Tabla 11, mediante la lista de ventajas y desventajas de una situación, la consultante evalúa las alternativas que tiene. Al comienzo, ella experimenta una ansiedad percibida de 6, debido a que se presentó una oportunidad para realizar sus prácticas pre profesionales; sin embargo, no era en un lugar que esperaba. Frente a

ello, elaboró y analizó cada alternativa para escoger una y solucionar la problemática existente.

Tabla 11

Entrenamiento en solución de problemas

Situación: aceptar el lugar de prácticas	
Lista de ventajas	Lista de desventajas
<ul style="list-style-type: none"> - Empezar a practicar. - Aprender con los casos abordados. - Terminar la carrera de acuerdo a lo programado. - Oportunidad de conocer otros temas. - Conoce algunas personas en el centro. 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay una subvención económica. - No es la población de interés.

En la Tabla 12, la usuaria presenta pensamientos racionales y disminución de la ansiedad frente a la situación activadora. Las consecuencias conductuales son diferentes, ya no sentía presión en el pecho, el llanto no se presentaba, su apetito se reguló, no presentaba insomnio y no revisaba las redes sociales de su pareja. Se evidencia los cambios conductuales mediante la aplicación de estrategia emocionales y conductuales. Con respecto a los pensamientos irracionales, identificó y comprendió el efecto que tiene en su vida con el fin de modificarlos mediante la refutación de creencias y el diálogo socrático. Además, se evidencian pensamientos racionales, los cuales se desarrollaron mediante los autorregistros y

autoinstrucciones. Cabe mencionar que la técnica de imaginación racional emotiva permitió que la usuaria incorpore las nuevas creencias y sienta confianza de los avances que ha estado logrando.

Tabla 12

Reestructuración cognitiva

A	B	C	D	E
Él terminó la relación.	“He perdido mi tiempo”.	Ansiedad (9)	¿De qué forma te ayuda seguir con este pensamiento si las cosas no necesariamente van a cambiar?	“Sería agradable retomar la relación, pero si no fuera así, no habría algo malo en mi”.
	“¿Ha sido para siempre o no?”.	Náuseas	¿Qué tú cambies y él también lo haga, aseguraré que regresen?	relación, pero si no fuera así, no habría algo malo en mi”.
	“Podemos regresar en un futuro e intentarlo”.	Insomnio	¿Cómo podrías estar segura de que aprendió?	no fuera así, no habría algo malo en mi”.
	“Que esto no se retome, sería lo peor que podría pasarme”.	Llanto	¿De qué manera te ayuda a demandar el	habría algo malo en mi”.
	“Que esto no se retome, sería lo peor que podría pasarme”.	Dolor en el pecho	¿Cómo podrías estar segura de que aprendió?	en mi”.
	“Que esto no se retome, sería lo peor que podría pasarme”.	Observar las redes sociales	¿De qué manera te ayuda a demandar el	“Quiero a X; sin embargo, hay actitudes de él que no me agradan y si no regresamos, puedo aprender de esta relación”
	“Que esto no se retome, sería lo peor que podría pasarme”.	Aislamiento de sus amigos	¿De qué manera te ayuda a demandar el	“Quiero a X; sin embargo, hay actitudes de él que no me agradan y si no regresamos, puedo aprender de esta relación”
	“Sería doloroso que no me quisiera”.		¿De qué manera te ayuda a demandar el	“Quiero a X; sin embargo, hay actitudes de él que no me agradan y si no regresamos, puedo aprender de esta relación”
	“Si no regresamos es porque no soy		¿De qué manera te ayuda a demandar el	“Quiero a X; sin embargo, hay actitudes de él que no me agradan y si no regresamos, puedo aprender de esta relación”

suficiente”.	amor de ...?	significativas
“Necesito el amor		para mí me
y aprobación por		amen; sin
las personas que		embargo, si esto
amo, si esto no		no pasara, puedo
pasa significa que		contar conmigo
no soy suficiente		misma”.
para ellos y		"Es triste que
valiosa”.		haya terminado
“Es horrible		la relación, pero
cuando las cosas		no está
no van como a uno		relacionado a lo
le gustaría que		que soy”.
fueran”.		

Nota: A significa la situación activadora, B son los pensamientos, C son las consecuencias, D es el debate de los pensamientos irracionales, E son los nuevos pensamientos.

4.1.2 Análisis de los resultados encontrados con fuentes

El presente caso de estudio tuvo como objetivo principal desarrollar estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual que le permitan a la consultante disminuir su ansiedad, para lo cual, se desarrollaron los objetivos específicos con sus indicadores.

La cliente desarrolló estrategias de regulación emocional evidenciando la disminución del nivel de ansiedad, para ello la usuaria comprendió sus emociones y a partir de lo aprendido en las sesiones empleó estrategias para la regulación emocional. Lo mismo ocurre en la investigación realizada por Jordan (2017), donde la persona a intervenir aprendió a identificar sus emociones a través de la psicoeducación y posteriormente empleó técnicas de relajación, logrando disminuir el nivel de ansiedad. Así mismo, Palencia (2019) en su investigación empleó la técnica de psicoeducación a fin el paciente identifique la ansiedad. También, entrenó la técnica de relajación progresiva desarrollando la regulación emocional en el paciente.

Continuando con el análisis, la paciente desarrolló estrategias para identificar los pensamientos ligados a la ansiedad mediante la refutación de creencias y los autorregistros, permitiendo una mejor comprensión de su problemática y compromiso para la intervención. Corroborando así lo obtenido por López (2017) donde manifiesta que el paciente atendido percibió mayor control y facilitó la ejecución de estrategias a partir de la construcción de su ABC. Así mismo, comprender la relación de los pensamientos, emociones y conductas permite realizar la reestructuración cognitiva.

Además, la paciente desarrolló estrategias para modificar los pensamientos irracionales por pensamientos adaptativos, flexibles y realistas. Utilizó la refutación de creencias para instaurar pensamientos racionales logrando cambios a nivel conductual y emocional. Igualmente, Balkis y Duro (2018) encontraron que las creencias irracionales pueden desencadenar la ansiedad. Por lo tanto, contar con un sistema de creencias racionales es un factor protector frente a emociones disfuncionales. Cabe mencionar que Jordan (2017) también empleó la reestructuración cognitiva en su plan de tratamiento, encontrando resultados positivos para la disminución de la ansiedad.

Ballesteros (2018) y Mas (2017) utilizaron el entrenamiento en solución de problemas en su plan de intervención logrando que las personas tomen acciones y refuercen sus conductas con el fin que en otras oportunidades reconozcan los recursos adquiridos y presenten emociones funcionales. Bajo la misma línea de análisis, la paciente desarrolló estrategias para la solución de problemas mediante la búsqueda de alternativas, cuadros comparativos como listas de ventajas y desventajas lo que le brindaba una sensación de bienestar al tomar acciones frente a una problemática.

Por último, la paciente logró desarrollar estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual para afrontar la ansiedad. De la misma manera, Jordán (2017) encontró que a través de la intervención racional emotiva su paciente desarrolló técnicas cognitivas, emocionales y conductuales que generaron un mejor autoconcepto y gestión de la ansiedad.

4.2 Reflexión De La Experiencia

4.2.1 Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

En la intervención se presentaron algunas limitaciones, siendo una de ellas el nivel de motivación al cambio que presentaba la usuaria. De acuerdo a Prochaska y Diclemente (1992) la joven se ubicó en la etapa de contemplación, esto quiere decir, que ella se encontraba receptiva para empezar un proceso terapéutico; sin embargo, aún no era consciente de implicancias que ello conlleva. Por lo tanto, al comienzo presentó resistencia al cambio, impresionada que no era consciente del objetivo propuesto, deseaba que la terapia pueda cambiar a su pareja y mantener la relación. Lo que dificultó la refutación de creencias, para lo cual, en una sesión se abordó este tema con la usuaria. No obstante, a través de la psicoeducación se le indicó las implicancias de un proceso terapéutico. También, se realizó una lista de ventajas y desventajas de cumplir el objetivo terapéutico; así mismo, el diálogo socrático permitió ejecutar acciones para cumplir el objetivo.

Al comienzo de la intervención la joven no contaba con una red de apoyo que le brinde soporte emocional, lo que en ocasiones dificultó refutar algunas creencias desde la evidencia; sin embargo, durante la intervención la joven buscó personas que le brinden apoyo emocional. Por otro lado, en ocasiones la señal de internet durante la intervención no se encontraba óptima, originando que se congele la pantalla o no se escuche fluidamente, por lo que a veces las sesiones duraban un poco más. Cabe mencionar que en ocasiones durante su discurso divagaba, frente a ello se asumió un rol directivo.

Por último, algunas sesiones se reprogramaron debido a la señal del internet o dificultades de la paciente.

4.2.2 Impacto en la institución con los resultados hallados

A partir de los resultados obtenidos de la intervención, la institución registró otro caso con éxito para el área de proyección social, permitiendo continuar invitando a los estudiantes a realizar intervenciones psicológicas y potenciar sus competencias profesionales. Del mismo modo, confirma que el proceso de formación al estudiante es adecuado para la práctica terapéutica. Por último, se observa que la Terapia Racional Emotiva Conductual genera cambios en la vida de los clientes, confirmando la propuesta de intervención del centro psicológico.

4.2.3 Aporte en el área psicológica y en el contexto

En las intervenciones psicológicas usualmente se consideran más de una sesión para la etapa de evaluación, en algunos casos puede ser más de tres sesiones. En ocasiones, de acuerdo al proceso de la institución se busca evaluar todas las áreas de la persona mediante el uso de diferentes pruebas y determinar una impresión diagnóstica. Sin embargo, este procedimiento retrasa la intervención de la problemática. Por lo cual, se puede alargar el malestar emocional de la persona y quizás no observe el beneficio de trabajar la salud mental. Frente a ello, la propuesta de la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual ha sido el modelo para realizar la intervención descrita en el trabajo, permite realizar el proceso de evaluación e intervención a la par, logrando brindar la información relevante para el terapeuta y acompañando emocionalmente a los usuarios.

Además, es importante desarrollar el vínculo con los usuarios lo cual va a permitir confrontar algunas conductas que no le están trayendo beneficios; por ejemplo, en la intervención del presente trabajo se pudo realizar la confrontación

desde una visión en preservar y desarrollar el bienestar de la cliente. Cabe mencionar que el vínculo desarrollado permite que el paciente no perciba la acción como un ataque, sino que perciba el compromiso del terapeuta.

También, al comienzo de las sesiones hay una propuesta para que la persona decida explayarse en una situación, puede ser que no esté relacionada con los objetivos terapéuticos, pero quizás la persona tenga la necesidad de compartir, por ejemplo: comentar una experiencia de trauma que experimentó. Frente a ello, el especialista tiene que evaluar la situación y adaptarse a la necesidad del paciente, mostrando una actitud asertiva; así mismo, esto fortalece el vínculo.

4.2.4 Demandas profesionales requeridas

En la intervención realizada se demandaron competencias para lograr una óptima intervención. Se puso en práctica la competencia de autoconocimiento de la terapeuta, donde se tenía que prestar atención a los propios estados emocionales, pensamientos y acciones. Debido a que la información que compartió la usuaria puede generar o activar alguna emoción y/o pensamiento que pueda interferir en la intervención. Además, otra competencia fue la confianza en sí mismo porque para seguir la estructura de la sesión y realizar las diferentes acciones dentro de la terapia, es necesario estar segura de las decisiones que se tomen. Sin embargo, era la primera vez que se realizaba una intervención psicológica, la cual se tuvo que desarrollar, debido a que no estaba potenciada.

En la intervención la usuaria compartió información importante y valiosa para ella, por lo que se mostró empatía e interés, escuchando activamente y reconociendo la información más relevante para la usuaria. De la misma forma, la

competencia de compromiso permitió involucrarse en el proceso de intervención, buscando información y técnicas que favorezcan a la usuaria, preparándose previamente a cada sesión para cumplir los objetivos y revisando el plan de trabajo. También, se ha mencionado que al comienzo la paciente se le complicaba identificar las conductas disfuncionales y los pensamientos como irracionales, frente a ello se necesitó la competencia de negociación, lo que permitió identificar las fuentes de conflicto por parte de la usuaria, reconociendo que es parte del proceso y etapa de cambio que se encuentra.

Otra demanda que generó el proceso de intervención fue tener la capacidad de generar cambio y aprendizaje a la usuaria, permitiendo generar espacios para reflexionar sobre sus prácticas y motivar a lograr sus objetivos. Además, la comunicación ha sido fundamental para desarrollar las sesiones, como se sabe el contexto era virtual; por lo que se necesitó potenciar la competencia para desarrollar el vínculo terapéutico. En todas las sesiones se mantuvo el contacto visual, se empleó diferentes estilos de comunicación y direccionó la sesión de acuerdo a la estructura previa. Así mismo, para realizar un mejor abordaje del caso se capacitó sobre la autocompasión y la valía personal con la supervisora del caso, se exploró materiales que permitieron brindar más herramientas para la intervención. Por último, durante el abordaje, se estuvo participando de los últimos meses de la formación psicoterapeuta en el instituto lo que permitió incorporar estrategias y analizar el caso de estudio.

4.2.5 Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

La intervención descrita fue la primera que se realizó dentro de la experiencia profesional. Al ser la primera oportunidad de intervenir con una usuaria, había altas expectativas de ser una profesional competente; sin embargo, estos pensamientos causaban cierta ansiedad, lo que en ocasiones prestaba mayor atención que a la paciente. Frente a ello, se aprendió a identificar los pensamientos y aceptar que en ocasiones las propias expectativas de perfección hacen que uno no pueda aplicar todo lo planificado. Así mismo, aceptar la idea que es una etapa de aprendizaje en la que en ocasiones el proceso puede variar, pero eso no significa que toda la intervención fallar. Una vez reconociendo esto, se pudo formular mayores preguntas y realizar el debate con la paciente. En ocasiones se sintió cierta frustración cuando usuaria no respondía de acuerdo a lo esperado; no obstante, se aprendió a regularse en ese momento y utilizar otros recursos para la intervención. También, el vínculo terapéutico permitió confrontar a la paciente, aplicándose cuando ella no era consciente del objetivo terapéutico, esto fue el cimiento para el desarrollo de las sesiones.

Por otro lado, la institución brinda oportunidad a los estudiantes para prepararse, recibiendo cinco sesiones individuales, luego se realizaron las terapias utilizando el role playing. Finalmente, se realiza una intervención de un caso, lo que hace la experiencia vivencial. Este acompañamiento genera mayores herramientas al estudiante para intervención. Si bien se le brindan cinco sesiones de acompañamiento, sería importante aumentar ello; ya que, en ocasiones, al ser una primera experiencia profesional como psicoterapeuta se necesitará mayor orientación. Sería considerable que los supervisores tengan un contacto previo con

la estudiante para compartir sus temores, conocimiento y brindar pautas previas para el abordaje de los casos.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual en los consultantes a fin pueda abordar las emociones disfuncionales frente a situaciones o eventos críticos.
- Entrenar en los clientes el desarrollo de estrategias de regulación emocional, considerando incorporar vocabulario emocional para que ellos puedan identificar su emoción y ejecutar las estrategias.
- Promover el desarrollo de estrategias en los clientes que les permitan identificar los pensamientos ligados a las emociones a fin comprendan la problemática que vivencian y reestructuren sus pensamientos irracionales por racionales.
- Entrenar en la solución de problemas a los consultantes para tomar acciones efectivas sobre situaciones de conflicto.
- Explorar la relación intrapersonal que cuentan los usuarios y emplear técnicas de autocompasión con el fin de que puedan desarrollar una visión amigable hacia ellos mismos facilitando la intervención.
- Explorar diferentes áreas del paciente e identificar otras problemáticas existentes. Así mismo, estas podrían dar mayores recursos al terapeuta para la intervención.

CONCLUSIONES

- La consultante desarrolló estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual para disminuir la ansiedad. Sus pensamientos eran más flexibles, se evidenció que las demandas fueron cambiadas por preferencias. Además, empezó a reconocer el impacto que tenía cuando asumía un hecho por una interpretación. Así mismo, mediante la aplicación de las estrategias modificó las respuestas cuando experimentaba ansiedad.
- La consultante desarrolló estrategias de regulación emocional a fin de disminuir el nivel de ansiedad. Así mismo, podrá emplearlas cuando identifique una emoción disfuncional.
- La consultante utiliza técnicas de relajación y respiración cuando experimenta ansiedad.
- La consultante desarrolló estrategias para identificar los pensamientos ligados a la ansiedad. Logró modificarlos por pensamientos racionales y reducir las consecuencias conductuales de la ansiedad.
- La consultante emplea la refutación de creencias para modificar sus pensamientos irracionales repercutiendo en la ansiedad.
- La consultante utiliza un lenguaje autocompasivo que le permite realizar la refutación de creencias.
- La paciente desarrolló estrategias de solución de problemas para enfrentar eficazmente los acontecimientos de la vida cotidiana.

REFERENCIAS

- Araya, C. y Moncada, L. (2016). Autocompasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989008.pdf>
- Arevalo, D. y Padilla, C. (2017). Eficacia de diferentes técnicas para reducir el estrés: estudio en docentes de Guayaquil que cursan un doctorado. *Estudios de la Gestión*, (1), 53-79. <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/eg/article/view/570/532>
- Ascanio, L., Ferro, R. y Rodríguez, M. (2020). Mejorando una relación terapéutica hostil con la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de conducta*, 173-4(46), 67-83. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v46i173-4.4676>
- Balkis, M., & Duru, E. (2018). The Protective Role of Rational Beliefs on the Relationship Between Irrational Beliefs, Emotional States of Stress, Depression and Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37, 96-112. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0305-7>
- Ballesteros, A. (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor* [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana]. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5583/digital_37477.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck, A. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200. <https://psycnet.apa.org/record/1972-09138-001>

- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. University of Pennsylvania Pres.
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: a cognitive perspective*. NY: Basic Books.
<https://psycnet.apa.org/record/2006-01301-000>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Buiklece, C. (2019) *Dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja* [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4280/TESIS_BUIKLECE_CARLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Buschmann, T., Horn R., Blankenship, V., García, Y. y Bohan, K. (2017). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2), 137–162. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Chan, H., & Sun, C. (2020). Irrational beliefs, depression, anxiety, and stress among university students in Hong Kong. *Journal of American College Health*, 69(8), 827 – 841. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1710516>
- Desmond, T. (2018). *La autocompasión en psicoterapia: prácticas basadas en la conciencia plena para la curación y la transformación*. Editorial Desclée

de

Brouwer.

<https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/127794>

Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación conceptual.

Summa Psicológica UST, 16(1),42-50.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>

Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo*

conductuales. Editorial Desclée de Brouwer.

<https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/lc/cayetano/titulos/127910>

DiGiuseppe,R., Doyle, K., Dryden, W. y Backx, W. (2014). *A Practitioner's Guide*

to Rational Emotive Behavior Therapy. Oxford University Press.

Dryden, W. y Ellis, A. (1987). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Editorial

Desclée de Brouwer.

Dryden, W. y Neenan, M. (2014). *Rational Emotive Behaviour Therapy, 100 Key*

Points and Techniques. Routledge.

Ellis, A. & MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los demás -Terapia del*

comportamiento Racional Emotivo. Editorial Océano.

Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct.

Rational Living, 15(1), 25-30.

Ellis, A. (1984). The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2(1),

19-25. <https://link.springer.com/article/10.1007%2F02283005>

Ellis, A. (1994). *Razón y emoción en psicoterapia*. Birch Lane Press.

Ellis, A. (2003). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct.

Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 21(3), 193-

202. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025833927340>

- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva Vol. 1*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva. Vol. 2*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Elorreaga, K. (2022). Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en pacientes de un Hospital de Salud Pública en Pisco- Ica [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5806>
- Espeche, M., Neme, Y. y Ferrero, D. (2018). Las Habilidades Clínicas Entrenadas en el Trabajo con Instrumentos de Autorregistro en el "Programa Provincial Permanente de Prevención y Control de Tabaquismo". *Anuario de Investigaciones*, 3 (3), 24-30. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20703/20338>
- Gálvez, L. (2019). *Creencias irracionales y autoconcepto en estudiantes de una universidad de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/21610>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es.

Jaimes, J. (2017). Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: un estudio de caso [Tesis de maestría, Universidad Norte].

<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7850/130881.pdf?seque>

Jordán, A. (2017). *Estudio de Caso Clínico: Terapia Racional Emotiva en un caso de fobia social* [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres].

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3048/jordan_ra.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Kuba, C. (2017). *Relación entre Creencias Irracionales y Ansiedad Social en estudiantes de la Facultad de Psicología de una Universidad Privada de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/659/Relacion%20entre%20Creencias%20Irracionales%20y%20Ansiedad%20Social%20en%20estudiantes%20de%20la%20Facultad%20de%20Psicologia%20de%20una%20Universidad%20Privada%20de%20Lima%20Metropolitana.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. Ediciones Paidós.

Llerena, S. (2017). *Creencias irracionales y Dependencia emocional* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato].

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25175/2/TESES%20TERRMINADA%20STEFAN%20LLERENA%20FREIRE%20.pdf>

Londoño, N., Palacio, J., Acosta, C., Juárez, F. y Aguirre, D. (2016). Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático

y el pensamiento crítico. *Revista Salud Uninorte*, 32(1), 1-24.
<https://doi.org/10.14482/sun.32.1.8516>

López, G. (2017). *Estudio de Caso Clínico: Evaluación y Tratamiento de un caso de Agorafobia sin trastorno de pánico* [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. file:///C:/Users/Hp/Downloads/LOPEZ_ZS.pdf

Machacuay, E. y Rodriguez, W. (2021) *Creencias irracionales y dependencia emocional en estudiantes de un Instituto Privado de Huancayo* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental].

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10096/1/IV_FHU_501_TE_Machacuay_Rodriguez_2021.pdf

Martinez, C. y Levario, M. (s.f.) Eficacia de las medidas de higiene del sueño en el tratamiento del insomnio. *Gaceta Médica de México*, 133(1), 3-6.
http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1997-133-1-3-6.pdf

Mas, M. (2017). Efectos de la Terapia Racional Emotiva Conductual sobre la regulación emocional de personas adultas, con edades entre 25 a 45 años. [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/1371/1/miguel%20mas.pdf>

Miranda, G. (2018). *Estudio De Caso Clínico: Programa De Intervención Cognitivo – Conductual Para Un Caso De Trastorno De Pánico* [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3940>

Morga, L. (2012). *Teoría y Técnica de la Entrevista*. Red Tercer Milenio.

Palencia, D. (2019). *Intervención psicológica desde la Terapia Racional Emotiva Conductual en un caso de consumo de sustancias psicoactivas* [Tesis de

licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana].
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8715/93_1%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Palomino, J., Santiago, N. y Zarate, P. (2017). Revisión bibliográfica de la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual. *Revista de Investigación Apuntes científicos estudiantiles de Psicología*, 1(1).
https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934

Pellón, R., Miguéns, M., Orgaz, C., Ortega, N. y Pérez, V. (2015). Psicología del aprendizaje. *Universidad Nacional de Educación a Distancia*.
<https://bibvirtual.upch.edu.pe:2893/es/ereader/cayetano/48751?page=2>

Pilco, A., Barreno, L., Choez, A. y Lorenzo, E. (2016). Personalidad dependiente y creencias irracionales en mujeres indígenas. *Revista Eugenio Espejo*, 10(2),23-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572860981004>

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in behavior modification*, 28, 183–218.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1620663/>

Romero, O. y Terán, J. (2016). Presentación. *Revista de Neurología*, 63 (S2).
<https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

Sánchez, H., Yarlequé, L., Alva, L., LLacuachaqui, E., Arenas, C., Matalinares, M., Santayana, Gutiérrez, E., Egoavil, I., Solis, J. y Fernandez, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 346-353
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3179>

- Sánchez, J., Artica, M. y De la Cruz, C. (2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. Estudio de caso clínico atendido en un Centro de Servicios Psicológicos de una Universidad Nacional de Lima. *Revista ECI Perú*, 14(2), 128 – 135
<https://doi.org/10.33017/RevECIPeru2017.0015/>
- Singueza, W. y Vílchez, J. (2021). Aumento de los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios durante la época de pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(1)
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3179>
- Sullcahuamán, J. (2020). *Creencias Irracionales y Dependencia Emocional en estudiantes de una Universidad Nacional y Privada de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villareal].
- Tang, J. (2011). *Creencias irracionales en adolescentes infractores privados de libertad por delito sexual de un centro juvenil de varones de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo].
<https://es.scribd.com/doc/136587238/tesis-creencias-irracionales-2011>

ANEXOS

Registro ABC

A: SITUACIONESTÍMULO	B: Pensamientos ¿QUÉ PENSÉ?	C : Emociones ¿CÓMO ME SENTÍ?	C: Conductas ¿CÓMO ME COMPORTÉ?
¿Con quién estabas? ¿Qué estabas haciendo? ¿Cuándo fue? ¿Dónde estabas?	¿Qué estaba pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Qué es lo que dice de mí? ¿Qué es lo que quiere decir de mí? ¿De mi vida? ¿De mi futuro? ¿Qué temo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?	Describe cada emoción con una palabra (Estima la intensidad de la emoción 0 – 10)	Describe lo que hiciste.

Ficha para modificación de creencias

Ahora, busca tus propios ejemplos. Identifica en tu manera usual de expresarte las veces que te quejas de que las cosas no sean diferentes.

La queja	La evidencia

Creencia Obstaculizante	Evidencia a favor	Evidencia en contra

Ficha de consecuencias de los pensamientos

Pensamientos	Consecuencia
Pensamiento diferente	Consecuencia Nueva

Ficha para diferencias los hechos e interpretaciones

Lo siguiente son frases expresadas por una persona que ha perdido su puesto de trabajo

	Hecho (H)	Interpretación (I)
El idiota conocía la política de la empresa	X	
Yo le dije la regla	X	
Le expliqué amablemente		X
Me miro como si no fuese nada		X
Yo volví a explicarle	X	
El decía que no estaba entendiendo lo que yo decía	X	
El empezó a hablar acerca de llamar al administrador	X	
No puedo soportar cuando alguien hace eso		X
Entonces me incliné y lo agarré por el cuello	X	
El administrador me vio hacerlo	X	
Fue todo. Perdí mi trabajo	X	

Registro del ABC para la incorporación de nuevos pensamientos

A: Antecedentes	B: Creencias Irracionales	C: Consecuencias Negativas
D: Discusión y Análisis	E: Efecto Nuevo	