



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA ONLINE EN
UN CASO DE ANSIEDAD DE UN CENTRO DE
PSICOTERAPIA ESPECIALIZADO

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

TAMARA NASSAR CAHUAS

LIMA-PERÚ

2022

MIEBROS DEL JURADO

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Presidente

MG. MÓNICA ELVIRA VELSACO TAIPE

Vocal

MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

Secretaria

ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS LÓPEZ VILLAVICENCIO

DEDICATORIA

A mi madre, por su amor incondicional y sabias palabras con todo mi amor hasta el cielo

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sobre todas las cosas.

A Eli, por ser mi apoyo incondicional y mi ejemplo de perseverancia.

A mi primo Ian, por su ayuda y buen humor.

A Fabrizio, por permanecer a mi lado, su paciencia, y amor.

A mi madre, padre y hermanas por animarme, apoyarme y amarme.

A mis sobrinos, Jordan, Justin, Jake y Ella por su contagiosa alegría.

A mis pacientes por su por otorgarme la confianza y permitirme conocer sus experiencias.

A mi asesor, por su apoyo.

A mis profesores de la Universidad Cayetano Heredia que me han ayudado a lograr mis metas
profesionales.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO.....	4
1. Descripción de la Institución.....	4
1.1 Visión y Misión	4
1.2 Objetivo Estratégico	4
1.3 Valores	5
1.4 FODA.....	5
2. Principales Aspectos del Centro.....	7
2.1 Puesto de Trabajo	8
2.2 Funciones	8
2.3 Jefe Inmediato- Administradora-Psicóloga y Secretaria-Psicóloga	9
2.4 Plan de Trabajo.....	10
2.4.1 Recursos Humanos	12
2.5 Descripción del Área de Trabajo.....	12
2.6 Línea de Investigación.....	13
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	14
1. Ansiedad	14

1.1 Definición.....	14
1.2 Ansiedad del Ego: Problemas de Auto Aceptación.....	16
1.3 Ansiedad situacional: Baja Tolerancia a la Frustración	16
1.4 Ansiedad Sana o Preocupación y Ansiedad Insana	17
2. Enfoques Terapéuticos.....	18
2.1 Psicoanálisis	18
2.2 Psicoterapia Humanista-Existencial	19
2.3 Terapia Cognitivo Conductual	19
2.4 Terapia Racional Emotiva (TREC)	19
3. Creencias Irracionales.....	22
3.1 Características de las Creencias Irracionales	24
3.2 Modelo ABC	27
3.3 Emociones Sanas e Insanas.....	32
4. Terapia Online o Tele-Psicología.....	35
5. Estudios Relacionados a la Problemática	36
5.1 A Nivel Nacional.....	36
5.2 A Nivel Internacional.....	38
CAPITULO III METODOLOGÍA	41
1. Contextualización del Problema.....	41

1.1 Motivo de Consulta	41
1.2 Estrategias de Evaluación y Medición.....	43
1.3 Características de los Instrumentos	45
1.4 Procedimiento de la Evaluación	45
1.5 Diagnóstico TREC.....	48
2. Delimitación del Problema	49
2.1 Objetivos	50
2.2 Técnicas Empleadas.....	50
2.3 Selección y Sustento de las Técnicas Empleadas.....	51
2.4 Ejecución.....	55
2.5 Intervención.....	55
2.6 Sesión Modelo	57
2.7 Indicadores de Logro	62
2.8 Monitoreo y Evaluación de la Intervención	63
CAPÍTULO IV RESULTADOS	67
1. Resultados	67
1.1 Análisis de los Resultados.....	74
2. Reflexión de la Experiencia	84
2.1 Limitaciones en el Proceso de Intervención	84
2.2 Impacto	84

2.3 Aporte	85
2.4 Demandas Profesionales Requeridas	86
2.5 Autoevaluación y Autocrítica Personal e Institucional	86
RECOMENDACIONES	88
CONCLUSIONES	89
REFERENCIAS	91
ANEXOS	
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	
ANEXO 4	
ANEXO 5	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Descripción de las Siglas ABC	28
Tabla 2	Modelo ABCDE	29
Tabla 3	Emociones Sanas e Insanas	34
Tabla 4	Problemas Identificados	49
Tabla 5	Sustento y Selección de Técnicas	54
Tabla 6	Cronograma de Trabajo	59
Tabla 7	Estructura de una sesión TREC	62
Tabla 8	Monitoreo y Evaluación	65
Tabla 9	Cronograma de Seguimiento	66
Tabla 10	Indicador 1 de logro y resultados	67
Tabla 11	Indicador 2 de logro y resultados	68
Tabla 12	Indicador 3 de logro y resultados	69
Tabla 13	Indicador 4 de logro y resultados	71

Tabla 14	Indicador 5 de logro y resultados	72
Tabla 15	Primer objetivo especifico y Resultados	75
Tabla 16	Segundo objetivo especifico y Resultados	76
Tabla 17	Tercer objetivo especifico y resultados	77
Tabla 18	Cuarto objetivo especifico y resultados	78
Tabla 19	Comparación pensamiento pre y post intervención	78
Tabla 20	Creencias, Emociones y Conductas pre y post intervención	79
Tabla 21	Creencias, Emociones y Conductas Pre y Post intervención	83

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1	Organigrama del Centro	10
Gráfico 2	Inferencias derivadas de las Exigencias	26
Gráfico 3	Indicadores de Logro	63

RESUMEN

El objetivo de este estudio de caso es realizar una intervención online desde el enfoque Racional Emotivo Conductual (TREC) en una paciente de sexo femenino, de 29 años, quien presenta ansiedad (emoción insana) generada por creencias irracionales. El propósito de la intervención consiste en reeducarla cognitiva, emocional y conductualmente utilizando técnicas TREC para sustituir creencias irracionales por una filosofía de vida más racional, lógica, empíricamente verificable y más eficaz que le generen sentimientos saludables y conductas funcionales. La terapia tuvo duración de 4 meses, en sesiones de aproximadamente una hora a la semana. Al concluir la intervención, la paciente evidenció un cambio de creencias irracionales por creencias racionales, manifestando emociones saludables y comportamientos funcionales facilitándole la obtención de sus metas personales. Por lo tanto, se concluye que la intervención desde el enfoque de la TREC fue eficaz, logrando alcanzar los objetivos propuestos para el tratamiento del caso.

Palabras clave: TREC, creencias irracionales, ansiedad, terapia online

ABSTRACT

The objective of this case study is to carry out an online intervention from the Rational Emotive Behavioral (TREC) approach in a 29-year-old female patient with anxiety (unhealthy emotion) caused by irrational beliefs. The purpose of the intervention is to reeducate her cognitively, emotionally, and behaviorally using REBT techniques to replace irrational beliefs with a more rational, logical, and more effective long-term philosophy of life that leads to healthy feelings and functional behaviors. The therapy lasted 4 months, in sessions of approximately one hour per week. At the end of the intervention, the patient evidenced a change from irrational beliefs to more rational ones, manifesting healthy emotions and functional behaviors helping her to achieve her personal goals. Therefore, it is concluded that the intervention from the REBT approach was effective, achieving the objectives proposed for the treatment of the case.

Key Words: REBT, irrational beliefs, anxiety, online therapy

INTRODUCCIÓN

La situación que se atraviesa a nivel mundial con relación a la pandemia y la incertidumbre de no saber qué va a suceder, la restricción del movimiento, la interrupción de rutinas, la falta de socialización, así como, las nuevas exigencias académicas, tecnológicas y psicológicas ha producido un impacto psicológico negativo en la población en general, evidenciándose principalmente un incremento de casos de ansiedad, depresión, excesivo miedo, así como, comportamientos nocivos como mayor uso de alcohol y tabaco y somatizaciones propias del miedo al contagio (Wang et al., 2020; Urzúa et al., 2020).

Y como consecuencia del confinamiento, el uso de tecnología ha facilitado la cercanía afectiva con familiares y amigos, además, de convertirse en una herramienta popular como modalidad alternativa de atención para los profesionales de salud, viéndose obligados a realizar cambios drásticos en el proceso de atención, pasando de lo presencial a lo virtual (terapia online o teletrabajo), ajustándose a los avances tecnológicos. (Sanz, Sáinz & Capilla, 2020).

El propósito de este estudio de caso fue intervenir online desde el enfoque de la Terapia Racional Emotiva (TREC) en una paciente que presenta ansiedad (emoción insana) generada por creencias irracionales con el objetivo de reeducarla cognitiva, emocional y conductualmente (identificando las creencias irracionales y sustituyéndolas por racionales mediante técnicas TREC) y que consiga una nueva filosofía de vida más racional y flexible. En este sentido, la TREC señala, que la perturbación emocional se debe fundamentalmente a nuestras creencias irracionales (pensamientos, evaluaciones y actitudes) que distorsionan la realidad frente a las situaciones que nos acontecen (Sorribes, F. y Lega, L., 2012). Consecuentemente, se generan emociones y conductas disfuncionales y poco adaptativas. (Ellis, A. y Grieger, 2003).

En este sentido, la salud mental contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. Diversas investigaciones recientes en nuestro país (Ordoñez y Guillen, 2017; Cisneros y Mantilla, 2016; Matitti y Tipismana, 2016 y Rubini, 2016) y a lo largo del mundo (Rodas, 2018; Londoño y González, 2016; Soto, 2016 y Martínez, 2014), señalan que la depresión y la ansiedad, son problemas que impactan a millones de personas siendo probablemente los trastornos psicológicos que aparecen con mayor frecuencia en la clínica actual. Por otra parte, el hospital Víctor Larco Herrera indicó que hasta el mes de mayo del 2017 las causas de morbilidad en consulta externa fueron las siguientes: en primer lugar, individuos con otros trastornos de ansiedad (F41) y, en segundo lugar, personas con depresión.

Asimismo, varias investigaciones empíricas señalan la importancia de las creencias irracionales en el funcionamiento psicológico de los estudiantes profesionales universitarios. En este sentido, Calvete y Cardeñoso (2011; como se citó en Medrano, Galleano, Galera y Del Valle, 2010) observaron en una muestra de estudiantes universitarios que las creencias irracionales se asocian con actitudes negativas hacia los problemas y al empleo de estrategias inadecuadas para la resolución de estos.

Señalado lo anterior, las creencias son el significado y la evaluación acerca de la implicancia que tienen estos acontecimientos sobre el estudiante, lo que determina una consecuencia emocional adaptativa o no adaptativa. Es importante resaltar que la consecuencia emocional no siempre es dañina, solo lo es cuando obstaculiza la capacidad para lograr los objetivos, según Caballo (2009).

En el caso de la ansiedad, las consecuencias conductuales podrían ser: paralización, equivocación o evitación hacia la experiencia activadora.

Es importante estudiar estas variables puesto que surgen ocasiones en la vida de los seres humanos donde se enfrentan con situaciones adversas y cambios difíciles de manejar, llevándolos a experimentar emociones insanas y comportamientos disfuncionales debido a la forma como perciben dichos eventos.

El presente trabajo se ha organizado a través de los siguientes capítulos:

El primer capítulo aborda la experiencia profesional y el contexto laboral incluyendo una breve reseña de la empresa, puesto, funciones y línea de investigación. El segundo capítulo abarca el sustento teórico de la problemática y variables abordadas, análisis de estudios acerca de la problemática a nivel nacional e internacional y diferentes modelos teóricos de abordaje. En el tercer capítulo encontraremos todo lo relacionado a la metodología, estrategias de evaluación, medición y procedimiento, así como, el plan de trabajo. El cuarto capítulo describe de los resultados hallados, análisis de los resultados, reflexión de la experiencia, así como, consideraciones éticas. Finalmente, se detallan las recomendaciones, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1. Descripción de la Institución

El Centro de Psicoterapia brinda atención a través de una plataforma on-line a personas que buscan ayuda facilitándoles el contacto directo con los profesionales de la salud mental. Fue fundada en enero del 2020 con el fin de expandir el acceso de psicoterapia a personas de habla hispana en todo el mundo, permitiendo que cada vez más individuos sean maestros de su propio bienestar.

Del proyecto del desarrollo del Centro, se presentan:

1.1 Visión y Misión

Tiene como visión ser reconocidos como una plataforma de Psicoterapia en línea representativa de migrantes de habla hispana alrededor del mundo, así como, ser promotores y orientadores del bienestar psicológico de las personas.

Como misión tiene el Compromiso de llevar a cabo una atención de calidad a las personas que lo soliciten, aplicar métodos terapéuticos eficaces para ayudarlos a resolver en la medida posible sus problemas emocionales en un período corto de tiempo y potenciar su bienestar.

1.2 Objetivo Estratégico

Ser reconocidos como representante de migrantes de habla hispana alrededor del mundo promoviendo el bienestar psicológico, a través de las redes online.

1.3 Valores

- a. Autenticidad: establecer una relación honesta, íntegra y segura, así como, brindar apoyo incondicional basado en transparencia.
- b. Compromiso: Comprometidos desde la vocación y pasión para guiar y acompañar a las personas en su proceso psicoterapéutico.
- c. Confidencialidad: se respeta toda información registrada del cliente a la privacidad y confidencialidad.
- d. Individualización: se trabaja de manera individualizada teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada cliente.
- e. Calidad: calidez en el trato, eficacia y eficiencia orientadas a la excelencia.

1.4 FODA

Fortalezas

- a. Psicoterapeutas de diferentes países de habla hispana.
- b. Psicoterapeutas bilingües y trilingües
- c. Proceso de selección de los especialistas
- d. Psicoterapeutas con experiencia profesional y de diferentes especialidades
- e. Psicoterapeutas con diferentes enfoques teóricos
- f. Los pacientes pueden acceder al apoyo de la especialidad en el cualquier momento
- g. Las atenciones son de precios accesibles
- h. Pacientes satisfechos con la atención y servicio del centro
- i. Realizar control y seguimiento de los casos

Oportunidades

- a. La situación actual de pandemia ha generado un incremento de problemas psicológicos
- b. Manejo autónomo de tiempo y espacio para el terapeuta y paciente
- c. Atención de los pacientes sin desplazamiento a los centros especializados
- d. Menor costo/tiempo de desplazamiento
- e. Conectar a terapeutas de diferentes países de Latinoamérica con pacientes migrantes alrededor del mundo
- f. Los diferentes enfoques terapéuticos aportan diferentes estrategias
- g. Los medios de difusión propios para ofertar los servicios

Debilidades

- a. Falta de control administrativo de los casos atendidos.
- b. Los procesos de atención están definidos inicialmente; pero no el control de estos.
- c. Carece un centro de control y/o custodia de las historias, informes o evaluaciones.
- d. Falta de coordinación y/o comunicación entre los profesionales del centro
- e. Posible riesgo en la protección de información, por las posibles intrusiones de hackers (piratas cibernéticos) que podrían tener acceso no autorizado.
- f. Hay personas no tienen el acceso a las herramientas necesarias o no saben bien como usarlas.

Amenazas

- a. Incremento de centros de atención virtual
- b. Centros con tecnología y plataformas de avanzada.
- c. Competencia ofrece costos más económicos
- d. Competencia con fuerte publicidad.
- e. Competencia incluye enfoque multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra, nutricionista, neurólogo)

2. Principales Aspectos del Centro

El Centro tiene su base de operaciones en Santiago de Chile y fue creado por una Psicóloga Clínica Chilena, formada en la Universidad de Chile, con estudios de maestría en Psicología Positiva Aplicada en la Universidad de Melbourne, Australia. Su vocación al servicio del bienestar de las personas la motivó a crear el Centro con el fin de expandir el acceso de psicoterapia especialmente a personas de habla hispana en todo el mundo. La idea surge a partir de la aparición de la COVID-19, el cual generó mucha incertidumbre de no saber que ocurrirá, en qué momento y a quien afectará, desencadenando a que la población experimente sentimientos de temor, ansiedad, y angustia, entre otros y a agravar los síntomas de los que ya la padecían. Y aunque las condiciones son generalizadas, cada individuo resulta afectado en mayor o menor grado en diferentes aspectos de su vida. El propósito es difundir el acceso de la psicoterapia y conectar a terapeutas latinos de distintos países para atender a pacientes migrantes de su misma o diferente nacionalidad alrededor del mundo que necesitan apoyo de la especialidad. Se caracteriza por tener una tarifa equivalente o similar a la atención en su país de origen, siendo esta una de las ventajas para los individuos y/o familias de las personas que han decidido migrar fuera de Latino América en busca de una mejor calidad de vida.

Por otro lado, el Centro apoya la promoción de la Salud Mental, promoviendo videos de ayuda a través de la publicidad online, teniendo en consideración la atención de calidad a costo bajo.

Los pacientes atendidos provienen de diversos países como de Ecuador, Guatemala, México, España, Argentina, El Salvador, Bolivia, Chile, Perú, entre otros, que han migrado por

diferentes motivos que presentan problemas psicológicos y necesitan ayuda. La casuística de atención del Centro ha sido de 23% de pacientes mexicanos, 23% de pacientes centro americanos y un 66% de peruanos y 15% de otros países. Actualmente, ante la incertidumbre de la pandemia por la Covid-19, los problemas que se presentan con mayor demanda son los de ansiedad, depresión y de pareja y en menor escala, los problemas alimenticios y de trastornos de sueño. (López, C. 2020).

El Centro tiene como proyección brindar a las personas las herramientas necesarias ofreciendo una atención especializada con el fin de mejorar su salud mental y bienestar psicológico brindando atención individual, de pareja, familia, niños y adolescentes, violencia de género, intervención en crisis, entre otras, mediante diferentes modelos psicológicos tales como el Psicoanálisis, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Racional Emotiva, Terapia Humanista-Existencial, Terapia Sistémica, Psicología positiva, y Terapia Dialéctica. Cada terapeuta se especializa en diferentes áreas y enfoques y de acuerdo con el caso y necesidades del cliente.

2.1 Puesto de Trabajo

Puesto de trabajo: Psicoterapeuta TREC.

2.2 Funciones

1. Atender a los pacientes en sesiones online, previa sincronización de calendario y pago de la sesión a través de la plataforma web.
2. Atender supervisiones semanales con su correspondiente equipo de trabajo. Cada sesión de supervisión tendrá una duración de una hora (60 minutos), y en ella se presentará un caso clínico. Los terapeutas alternarán su turno de manera rotativa cada semana.
3. Manejar el registro on-line de sus pacientes de manera ordenada dentro de la plataforma web y mantenerse atento a cualquier nuevo caso a atender.

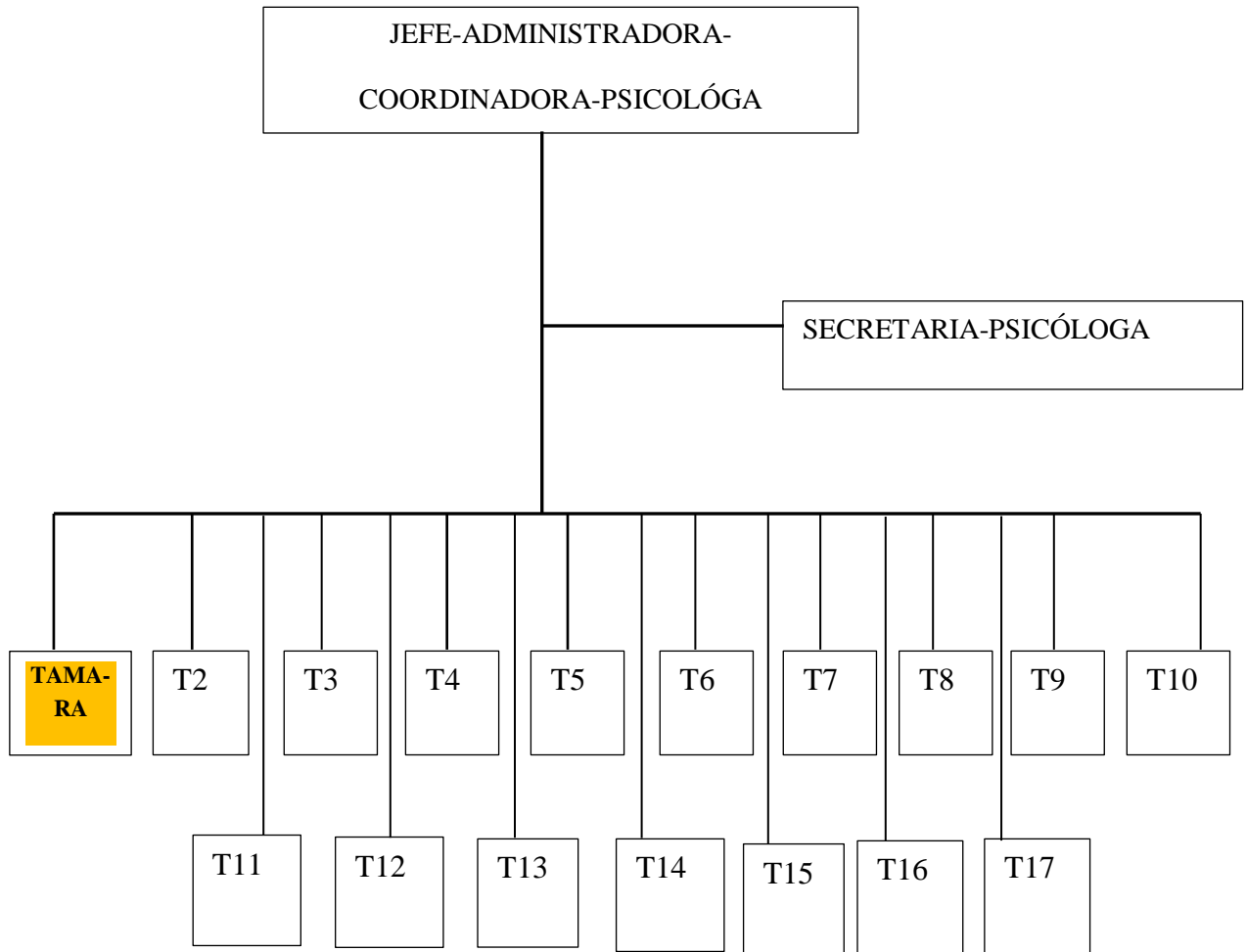
4. Realizar entrevistas clínicas de evaluación inicial con el objetivo de recabar información de la problemática del paciente para conocer sus necesidades, establecer un objetivo y definir las estrategias de tratamiento.
5. Realizar intervenciones de psicoterapia previamente programadas encaminadas a coadyuvar a la resolución de síntomas y conflictos según el caso.
6. Psicoterapeuta obligado a vigilar la calidad de sus aportaciones a la Plataforma
7. Disponer de un mínimo de 10 horas a la semana para la atención de pacientes del Centro
8. Actualizar el horario de disponibilidad una vez al mes previa coordinación con la Administración
9. Asistir quincenalmente a las supervisiones de equipo
10. Realizar las boletas de servicio por cada paciente atendido

2.3 Jefe Inmediato- Administradora-Psicóloga y Secretaria-Psicóloga

La jefe-coordinadora-psicóloga, se encarga de realizar la entrevista inicial (triaje) con el usuario para conocer el motivo de consulta y de acuerdo con la problemática derivarlo al psicólogo especializado en el área. Asimismo, el centro cuenta con los horarios de los especialistas y con ello se asigna los pacientes según el horario y disponibilidad.

A continuación, se presenta en el gráfico N°1 el organigrama del Centro

Gráfico N° 1: Organigrama del Centro



2.4 Plan de Trabajo

El puesto desempeñado del terapeuta, solo se encarga de llevar consultas designadas para realizar evaluaciones, diagnósticos e intervenciones. Trabaja de acuerdo su disponibilidad de horarios y el proceso del trabajo dependerá de los pacientes que se tengan.

No se cuenta con un plan de trabajo.

El profesional de la salud mental que participa en el Centro debe contar con ciertas habilidades como requisitos para integrar el equipo de psicólogos que brindan atención a los pacientes. A continuación, se mencionan los requisitos del equipo de psicoterapeutas:

- a) Experiencia por lo menos de 3 años en la atención de distintas problemáticas psicológicas en el área clínica.
- b) Conocer el manejo tecnologías para la atención psicológica.
- c) Excelente manejo del idioma español.
- d) Ha nacido/residido y/o estudiado psicología en un país de Latino América o en España.
- e) Es psicólogo/a clínico titulada/o.
- f) Es altamente responsable y eficiente en su trabajo.

El equipo de psicoterapeutas brinda a los pacientes las herramientas necesarias ofreciendo una atención especializada con el fin de mejorar su salud mental y bienestar psicológico. Asimismo, la atención puede ser individual, de pareja, familia, niños y adolescentes, violencia de género, intervención en crisis, entre otras, mediante diferentes modelos psicológicos que maneje cada terapeuta, tales como el Psicoanálisis, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Racional Emotiva, Terapia Humanista- Existencial, Terapia Sistémica, Psicología positiva, y Terapia Dialéctica. Cada terapeuta se especializa en diferentes áreas y enfoques y de acuerdo con el caso y necesidades del cliente, la psicóloga coordinadora asigna el terapeuta.

La forma de atención de la especialidad es de tipo individual con objetivos y plan de acción establecido según las necesidades particulares de cada uno, de esta manera, se le asigna un especialista de acuerdo con la problemática.

Asimismo, el equipo mantiene reuniones quincenales vía Zoom, donde se supervisan los diferentes casos atendidos por los profesionales, se aclaran dudas, se organizan fechas para publicaciones en las redes sociales, se comparte información sobre temas relacionados a la salud mental y se coordinan publicaciones en las redes sociales para promover los servicios y la importancia de la salud mental.

2.4.1 Recursos Humanos

El personal del Centro está conformado por un equipo humano de 17 psicólogos clínicos y psicoterapeutas que pertenecen a instituciones nacionales (Perú) e internacionales (Chile, Ecuador, Guatemala, México y Argentina), de diversos enfoques y especialidades. La mayoría cuenta con estudios post grado de diferentes partes del mundo, así como, con varios años de experiencia clínica.

2.5 Descripción del Área de Trabajo

La intervención de la especialidad es con la modalidad de trabajo de home office, es decir, trabajar desde casa o en un espacio que brinde las facilidades para la atención, teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos. Para ello, es indispensable tener una computadora con una clave para cuidar las historias clínicas y conectar con el paciente a través de una video llamada, de esta manera permite a los profesionales realizar sus labores vía remota.

El Centro asigna a los terapeutas una plataforma de log in interno, en el cual tendrán acceso a todos los casos a tratar donde podrán organizar horarios de atención. Todas las gestiones de pacientes se realizan mediante esta plataforma que maneja el Centro lo que permite al terapeuta dirigir el tiempo a la atención del paciente. Se utilizan las plataformas de Zoom y/o Meet, que permite realizar videoconferencias, chatear y compartir documentos de forma rápida y sencilla. Además, se utiliza el aplicativo del WhatsApp como medio de comunicación a través de mensajes

o llamada directa entre terapeuta y paciente en caso surja algún contratiempo en cuanto a los horarios.

2.6 Línea de Investigación

Bienestar psicológico y Salud Mental:

Los factores emocionales y salud mental que regulan el bienestar y permiten la adaptación orientada a la calidad de vida de las personas.

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud y dado que las circunstancias de la vida cambian, las actitudes, pensamientos y sentimientos también lo hacen. Por lo tanto, es normal sentir malestar como preocupación, temor o inquietud, pero estas se convierten en problema cuando empiezan a obstaculizar la vida diaria por un tiempo prolongado.

El presente caso está alineado a la investigación de salud mental y bienestar psicológico, debido a que tuvo como propósito intervenir desde el enfoque TREC en una paciente con dificultad para manejar situaciones estresantes y lograr sus objetivos personales, debido a un malestar psicológico. Para ello se ha trabajado en los factores, cognitivos, emocionales y conductuales, para ayudarla a manejar sus emociones y por ende conseguir una filosofía de vida más racional, flexible y sana.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se hace una revisión de los conceptos teóricos e información referido al caso.

1. Ansiedad

1.1 Definición

En general, los enfoques psicoterapéuticos son similares en su concepción de la ansiedad, aunque cada uno tiene particularidades en la explicación e intervención para el presente trabajo se incidirá en el modelo de la Terapia Racional Emotiva (TREC).

La etiología de la palabra ansiedad proviene del latín *anxieta* y refiere a un estado de agitación, temor e inquietud (Cía., 2002; Real Academia Española, [RAE], 2016).

En la actualidad el trastorno de ansiedad cuenta con una definición y sintomatología bastante precisa, pudiéndose constatar en la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association [APA], 2014) definiéndola como una excesiva preocupación difícil de controlar, presenta síntomas de inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular, entre otros, que podrían afectar de manera directa el bienestar de la persona y su funcionamiento con su entorno. Y la Asociación Americana de Psicología (APA, 2020), se refiere a una condición mental que tiene como tema central el estado emocional de miedo, preocupación y aprehensión, generada por la percepción de un peligro inminente por parte del individuo y se caracterizan por alteraciones cognitivas, fisiológicas y/o motoras.

En cuanto a Papalia (1994), define la ansiedad como un estado que se caracteriza por la presencia de sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión que surgen como consecuencia de que el sujeto anticipa una amenaza real o imaginaria.

Siguiendo a Sandín y Chorot (1995), la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta) de huida o de agresión. Por otro lado, Shah, A., (2015), define la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura que aparece de la percepción de estímulos potencialmente dañinos, generando un estado de agitación, inquietud, hipervigilancia y preocupación para evitar un daño.

Días B.G., Banerjee S.B., Goodman J.V., y Ressler K.J. (2013) consideran a la ansiedad como una conducta adaptativa desde el punto de vista evolutivo, ya que promueve la supervivencia estimulando al individuo a mantenerse alejado de algún potencial peligro.

Entre tanto, desde la perspectiva cognitiva, específicamente el enfoque de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Terapia Racional Emotiva (TRE), las causas de la ansiedad vienen a ser explicadas a través de las creencias que presenta la persona sobre sí mismo y su entorno (Ellis, A., y Dryden, W., 1990). El modelo teórico planteado por estos autores atribuye gran importancia a los fenómenos cognitivos considerando específicamente, el rol que cumplen las creencias como elementos causales de los problemas emocionales y conductuales.

Para Ellis (1980), señala que cualquier perturbación emocional tiene su origen en el aspecto innato, contextual y-o personal y estos aspectos se evidencian a partir de las actitudes y creencias racionales como irracionales y hace una particular distinción entre la ansiedad del ego y la ansiedad situacional teniendo en común la tensión emocional.

La primera ligada a la condenación/evaluación global del yo, derivadas de las demandas absolutistas de aprobación/amor y perfeccionismo/éxito, tiene lugar cuando las personas sienten que su comodidad (o su vida) está amenazada, que deben o tienen que conseguir lo que quieren (y no deben o no tienen que obtener lo que no quieren), y que es horroroso o catastrófico cuando no hacen bien las cosas y/o no son aprobados por los demás como supuestamente deberían o tendrían que serlo y está fuertemente ligada a la depresión, vergüenza y culpa. Por otra parte, la ansiedad situacional, se relaciona principalmente con la baja tolerancia a la frustración y está ligada a la ira, depresión y vergüenza y se manifiesta frecuentemente en las fobias. Ambas perturbaciones se pueden dar simultáneamente, aunque una predominará más que la otra ante una situación o problema. (Dryden, W.,1990).

1.2 Ansiedad del Ego: Problemas de Auto Aceptación

Ellis (2000), remarca la importancia de diferenciar la auto aceptación incondicional de la autoestima, ya que la autoestima está ligada a la valía extrínseca de uno mismo (aprobación o éxito), mientras, la auto aceptación está ligada con la valía intrínseca (la de ser humano). Para este autor, la autoestima fomenta las exigencias, ya que la valía si está en función del amor o la aprobación de los demás, no solo se desea que suceda, sino que se demanda y exige conseguirlo para ser valioso. Ellis propone como solución el no evaluarse globalmente, la esencia, el ego o el yo en función de los actos o logros, sino, aceptarse como seres humanos y evaluar los pensamientos, emociones y conductas en función de si ayudan o no a conseguir las metas y los valores que se quieren alcanzar.

1.3 Ansiedad situacional: Baja Tolerancia a la Frustración

Ellis (1980), define la baja tolerancia a la frustración como impaciencia extrema, hedonismo a corto plazo, o en sus propias palabras “no puedo soportantitis”. La incomodidad o la

frustración experimentadas en una situación difícil tiende a evaluarse como algo imposible de tolerar. Esta creencia evaluativa, contradictoriamente, genera comportamientos para conseguir placer inmediato y a la evitación de eventos frustrantes, lo que finalmente incrementa el malestar a largo plazo. La baja tolerancia a la frustración puede derivarse de cualquier filosofía exigente, pero probablemente está más relacionada con la de “*DEBO obtener lo que quiero con poco esfuerzo (comodidad)*”, aunque en algunos casos con “*DEBO ser aceptado y perfecto*”, porque el no lograrlo “*sería insoportable*”. Asimismo, la baja tolerancia a la frustración también es causada en gran parte por la condenación o evaluación global y desempeña un papel importante en pacientes con cuadros hostiles, deprimidos, o que tienden a procrastinar, ya que tienden a explotar fácilmente si las cosas no salen como ellos quieren, o a realizar compras compulsivas, no perdonar fácilmente, entre otras.

1.4 Ansiedad Sana o Preocupación y Ansiedad Insana

En otro texto, Ellis (2000), señala dos tipos de ansiedad, las reconoce como ansiedad sana (preocupación) y ansiedad insana, asumiendo una postura evolucionista y racional, porque la ansiedad sana acompaña al ser humano en su historia y ha servido para preservar la vida y la especie humana. La ansiedad insana es una elaboración de la persona a partir de la forma en que decide vivir su vida. Cada una tiene rasgos distintos:

La ansiedad sana o preocupación, preserva la vida porque mantiene activa y vigilante a la persona sobre los riesgos que enfrenta, facilita el control de las emociones, ayuda a alcanzar metas. Proporciona precaución, vigilancia y alerta activa ante situaciones y creencias realistas. En cuanto a la ansiedad insana (impaciencia) es destructiva porque la persona pierde el control sobre sus emociones, debilita el logro de sus propósitos y propicia que afronte desastrosamente los riesgos. Hace que entre en pánico, que tenga fobias, miedos, terror, dolores y trastornos psicósomáticos

debido a sus creencias irracionales. La ansiedad sana es protectora pero cuando se transforma en hiper protectora posiblemente se convierte en ansiedad malsana. Esto sucede cuando el miedo se convierte en irracional, cuando se exageran los hechos creando sobre generalizaciones y cuando se ve todo en blanco y negro con pensamientos irreales e incorrectos. La ansiedad se detecta cuando se manifiestan distintos síntomas: respiratorios, intestinales, musculares, reacciones cutáneas, entre otras.

Según todo lo señalado, se puede apreciar la importancia y utilidad del modelo TREC en el tratamiento de la ansiedad, ya que enfatiza en una explicación con aportes objetivos para el problema a tratar.

2. Enfoques Terapéuticos

Existen diferentes tipos de modelos de intervención psicológicos, se hará una breve referencia en algunos de ellos y se enfatizará en el TREC que ha sido el modelo empleado en la intervención del caso.

2.1 Psicoanálisis

Considera que la conducta humana tiene sus causas en la psique profunda o el inconsciente y esto se debe en su gran mayoría a la dinámica existente entre las pulsiones psicológicas y las primeras relaciones interpersonales. Para ayudar al paciente se analiza de qué forma su pasado está incidiendo en su presente y se le ayuda a tomar conciencia de las causas profundas de su comportamiento para que pueda tomar el control de su vida de forma adaptativa. (Bertacco, M., 2011). Consiste en las técnicas de asociación libre, análisis de los sueños, análisis de la relación de transferencia y contratransferencia y en la interpretación directa del paciente por parte del analista.

2.2 Psicoterapia Humanista-Existencial

Según Bertacco (2011), la psicoterapia humanista-existencial se desarrolló a partir del psicoanálisis y de la filosofía existencialista. Considera que el ser humano es más que la suma de sus partes. Y que la conducta humana es intencional y global, es decir, pensamiento y acción forman un todo integrado y lo que dirige la conducta humana es la búsqueda de sentido. Asimismo, señala que el ser humano es autónomo y por ende tiene la capacidad y responsabilidad de tomar decisiones que dirijan su propio desarrollo y autorrealización. El objetivo de la terapia humanista-existencial es ayudar a la persona a descubrir la realidad, los hechos y la naturaleza de la propia persona mediante la autenticidad y asertividad del paciente al dejarse ver tal y como es, sin máscaras, mientras el terapeuta promueve un contexto ambiental terapéutico, manifestando empatía y aceptación incondicional donde pueda manifestar sus mecanismos de auto curación.

2.3 Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Racional Emotiva se considera un tipo de Terapia cognitivo conductual, ya que señala que considera que la conducta humana como respuesta de la representación mental de un acontecimiento, es decir, que las emociones y las conductas dependen generalmente de cómo se interpretan las cosas y no de las cosas en si.

2.4 Terapia Racional Emotiva (TREC)

Para el presente trabajo se empleó el enfoque de la Terapia Racional Emotiva Conductual para la intervención del caso.

A mediados del año 1950, durante un Congreso de la American Psychological Association en Chicago, Albert Ellis alejándose del psicoanálisis existente ese momento, formuló la teoría que llamó inicialmente Terapia Racional, cambiando su nombre en la década de 1990 por Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), pionera y una de las principales terapias cognitivo

conductuales, teniendo como base teórica conceptual a la psicología cognitiva y conductista compuesta por varios autores que comparten la utilización del método científico (Lega, L., Caballo, V., Ellis, A., 2009). Asimismo, incorpora influencias del movimiento humanista y existencialista, lo que le permitió desarrollar su concepto de aceptación incondicional de uno mismo, de los otros, y de la realidad, así como, la relación de los valores, objetivos y metas personales en la manera como afectan las situaciones de la vida (Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., 2017).

Oblitas (2009) afirma que la terapia racional emotiva se encarga de explicar el conocimiento que se adquiere de las percepciones. Estas interpretaciones adquieren el valor de la filosofía de la persona y refiere que “no son las cosas del mundo las que perturban emocionalmente a los seres humanos, sino la forma de percibir y pensar sobre ellas” a lo que la TREC rechaza el pensamiento absolutista ya que las verdades exactas son unas ilusiones determinadas nada más.

La TREC se basa en la idea que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias y de la interpretación que hace cada individuo acerca de la realidad. (Ellis, A.,1962). Por ello, enseña a las personas a que aprendan a discutir sus propias ideas y a descubrir cuales llevan a resultados favorables y descartar aquellas ideas que conducen a consecuencias perjudiciales. (Ellis, & MacLaren, 2004).

En este sentido, la TREC ayuda a tolerar lo que uno no puede cambiar, evita el sufrimiento y aumenta la posibilidad de cambiar lo que si puede entendiendo que la aceptación no significa que a uno le tiene que agradar la realidad, resignarse o ser indiferente a ella. Es así que, las tres principales filosofías racionales de la Terapia Racional Emotiva se resumen en:

- a) auto aceptación incondicional: aceptarse a uno mismo plenamente, con imperfecciones, errores, virtudes y más, y saber que el ser humano está en constante cambio

- b) aceptación incondicional de los otros: aceptar a las personas plenamente sin importar sus errores, lo mal de su comportamiento o virtudes, saber que pueden cambiar su forma de pensar y actuar. Juzgar el comportamiento y no a la persona en su totalidad
- c) aceptación incondicional de vida: con sus incomodidades o dificultades y aprender a tolerar la frustración.

Asimismo, Lega, L., Caballo, V., Ellis, A., (2008) refieren que la meta principal de la Terapia racional Emotiva es ayudar a las personas a minimizar sus problemas emocionales y conductas disfuncionales y a auto realizarse para que puedan vivir una vida lo más feliz posible y que para lograr un estilo de vida psicológicamente sano, es fundamental la auto aceptación incondicional, es decir, cambiar las auto exigencias por preferencias en lo que respecta a uno mismo y tener un alto nivel de tolerancia a la frustración, es decir, cambiar exigencias por preferencias por lo que respecta a la vida y a las otras personas.

Doyle, Dryden, & DiGiusseppe, (2014), refieren que la Terapia Racional Emotiva (TREC) no solo es un modelo de psicoterapia que ayuda solucionar problemas emocionales, sino es un modelo filosófico y filosofía de vida personal que encierra la epistemología (el arte del conocimiento), la dialéctica (el arte de dialogar, argumentar y debatir) y un sistema de valores y ética además, no solo el psicólogo podría aplicar esta terapia, sino, que también se desarrolló para capacitar y ayudar a las personas a reconocer sus distorsiones en el pensamiento y disputarlas vigorosamente.

Ellis, (2000), también señala que el ser humano utiliza la comunicación verbal (lenguaje y símbolos) y puede tener representaciones mentales muy diferentes acerca de una misma situación, se perturban por el pasado y además tienen la capacidad de autogenerarlo y mantenerlo en el

presente con las mismas creencias irracionales, convirtiendo sus preferencias en exigencias o falsas necesidades.

En conclusión, la Terapia Racional Emotiva Conductual, es una terapia activa-directiva, que se centra en el aquí y ahora, donde el terapeuta ayuda al paciente a identificar el origen filosófico de sus perturbaciones emocionales, demostrándole que puede afrontarlos y que tiene la capacidad de cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras.

3. Creencias Irracionales

Para Ellis (2003), la TREC las creencias (evaluaciones y esquemas) pueden ser irracionales y- o racionales, es decir, un argumento racional se basa en la evidencia empírica, es lógico, coherente y produce resultados que ayudan a los individuos a alcanzar sus metas, mientras, las creencias irracionales, significan que los argumentos no están basados en la realidad, son ilógicas, inflexibles y dificultan a alcanzar las metas, además, llevan a juzgar o condenar a las personas con puntos de vista opuestos. (Lega, L., Caballo, V., Ellis, A., 1997).

Para Beck (2000), las creencias o ideas son disposiciones del pensamiento que se adquieren mediante vivencias personales, así como, del entorno y elementos biológicos. Es decir, son cogniciones propias que determinan cómo cada persona evalúa las situaciones, a si mismo y a los otros. Asimismo, las creencias irracionales surgen de las exigencias y demandas que la persona tiene acerca de los acontecimientos de su vida distorsionando la realidad. estas ideas irracionales, sabotean el cumplimiento de las metas básicas o más importantes de la persona, generan perturbación emocional e incapacidad para pensar de manera flexible, coherente y racional, generando a su vez comportamientos poco funcionales. (Ellis, A. y Grieger, R., 2003).

Asimismo, Caballo (2001), refiere que los pensamientos, emociones y conductas están relacionadas, es así como, las cogniciones intervienen en las emociones y conductas que se llevan

a cabo. Asimismo, Riso (2009), señala que la dinámica de las conductas y perturbaciones emocionales no son consecuentes con los hechos, si no de la distorsión e interpretación que se tiene de ellos.

Lega, Caballo y Ellis, (2008), refieren que, son las evaluaciones distorsionadas las que generan la perturbación emocional y clasifica estas evaluaciones en preferenciales que corresponden a las creencias racionales y a las demandantes, o “debo” que corresponden a creencias irracionales que se caracterizan por su rigidez e intolerancia a la frustración y pueden dirigirse hacia uno mismo, los otros o la vida en general. Ellis observa que todas las demandas y exigencias absolutistas pueden agruparse en tres:

- Demandas sobre uno mismo (yo debo, yo tengo que, yo necesito...)
- Demanda sobre los otros (él debe, tú debes...)
- Demandas sobre el mundo (la vida debería...el mundo debe...)

A continuación, se exponen las 12 principales creencias irracionales (Ellis, A., y Dryden, W., 1990):

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno
2. Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que se proponga
3. Las personas que no actúan como deberían, son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad
4. Es terrible y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría
5. La desgracia y el malestar humano se originan por las circunstancias externas y la gente tiene poca o nula capacidad para controlar sus perturbaciones

6. Si algo es o puede ser peligroso o temible, la persona debería sentirse terriblemente inquieta por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual
10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y perturbaciones de los demás
11. Existe una solución perfecta para cada problema y si no se encuentra sería catastrófico
12. La felicidad humana es alcanzable mediante la inercia y la inacción

3.1 Características de las Creencias Irracionales

Lega, Sorribes y Calvo (2017), afirman que el pensamiento irracional genera problemas emocionales, debido a que la persona elige pensar de manera exacerbada acerca de la realidad.

Dichas ideas o creencias irracionales se caracterizan por:

1. Ser incongruentes
2. Ser empíricamente falsos
3. Ser absolutistas, dicotómicas, expresadas a través de demandas y falsas necesidades
4. Producen emociones insanas
5. Conducen a conductas destructivas

Mientras que las creencias racionales se caracterizan por:

1. Ser congruentes
2. Empíricamente verificables
3. Son flexibles, preferenciales
4. Producen emociones sanas
5. conducen a conductas constructivas

Sorribes y Lega (2013), consideran que bajo las diferentes y muchas creencias irracionales se oculta una filosofía rígida que se resume en tres exigencias:

1. Aprobación- Amor: “DEBO ser aceptado y amado por las personas significativas en mi vida”
2. Perfeccionismo-Éxito: “DEBO ser competente y tener éxito en las áreas importantes de mi vida”
3. Comodidad-Justicia: “DEBO obtener lo que yo quiero de la vida y de las otras personas y que sea justo para mi, con poco esfuerzo y sin problemas”

Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., (2017) indican que la perturbación emocional también es el resultado de las percepciones erróneas, falsas inferencias y conclusiones, generalizaciones tales como terribilizar, no tener tolerancia a la frustración y condenarse a uno mismo, a los otros y al mundo en general. De estos “DEBO” o exigencias absolutistas, se derivan las siguientes tres conclusiones o inferencias:

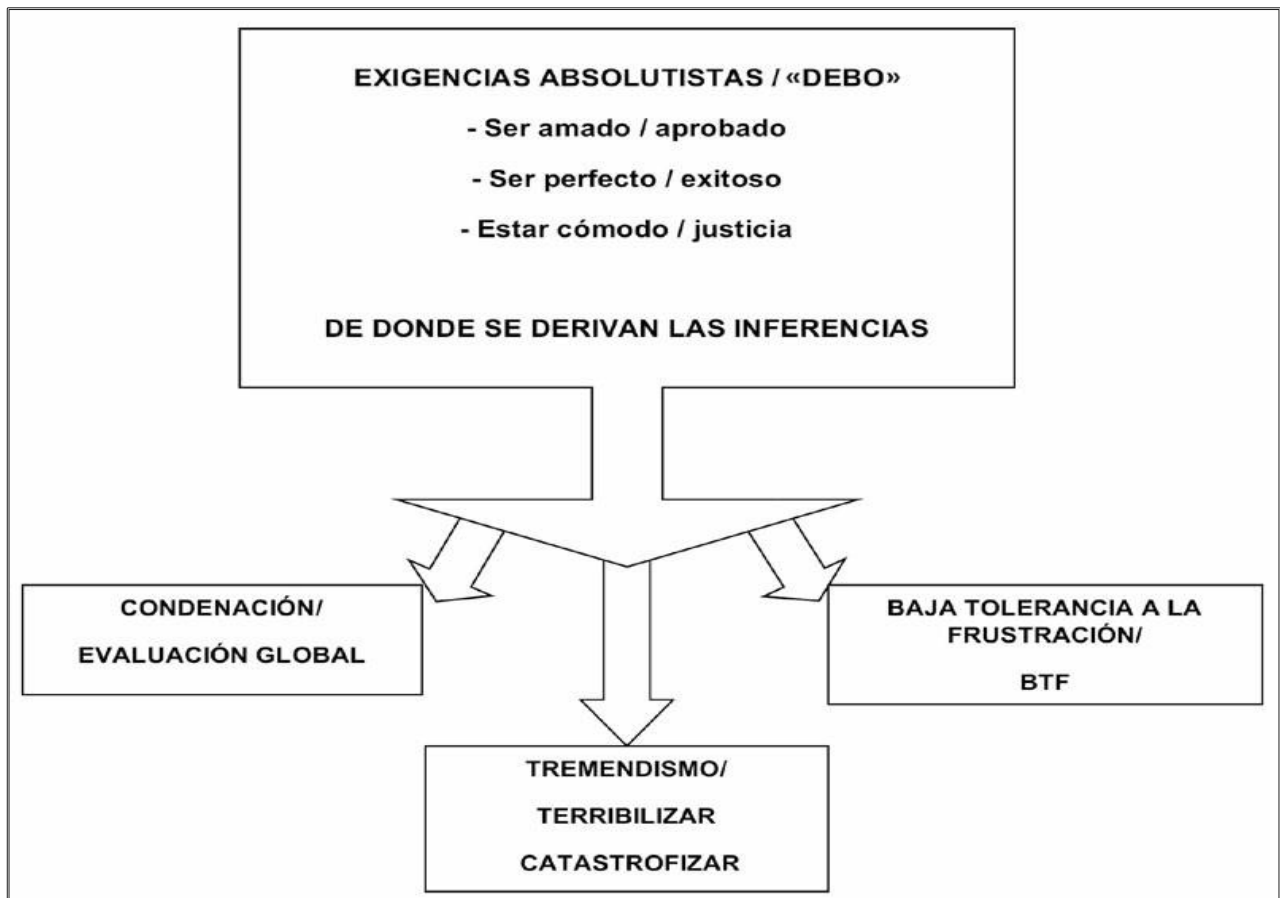
1. Tremendismo o catastrofismo, se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento y a percibirlo como más de un 100% malo o hasta peor, como lo peor que puede suceder en la vida, no hay nada más terrible.
2. Baja Tolerancia a la Frustración: tendencia a exagerar la incomodidad de una situación y evaluar la sensación de frustración que se experimenta durante ella como algo imposible de soportar., es decir, lleva a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, en ninguna circunstancia, si esta situación se presenta o amenaza con presentarse.
3. Condenación o evaluación global: tendencia a evaluar como mala la valía o esencia humana de una persona o de uno mismo como basándose en algunos comportamientos, rasgos o

hechos, es decir compromete su valor como persona, como consecuencia de su comportamiento, por hacer algo que no “debe” hacer o por no hacer algo que “debe” hacer.

A continuación, se presenta en el gráfico N°2 las inferencias derivadas de las exigencias:

Gráfico N°2

Inferencias derivadas las exigencias



Nota: Adaptado de *Terapia Racional Emotiva Conductual* (p.96) por Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., 2017, Paidós

Cabe destacar, que el ser humano también está diseñado para pensar más racionalmente y de manera consciente, además de tener la libertad para cambiar sus exigencias en sanas preferencias y poder transformar sus emociones y conductas. (Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., 2017).

3.2 Modelo ABC:

El modelo ABC es una teoría planteada por Ellis, el cual trata de explicar por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias.

El propósito de la Terapia Racional Emotiva (TREC), es identificar las creencias irracionales de la persona, categorizarla y mediante la psicoeducación explicarle al individuo cómo puede cambiar estas creencias por creencias racionales, flexibles y adaptativas. Este proceso se logra mediante la utilización del modelo A-B-C, donde la persona reconoce como crea sus propias perturbaciones, para luego detectarlas y posteriormente ser debatidas para crear una nueva filosofía de vida más flexible y adaptativa. (Ellis y Grieger, 2003).

El modelo ABC, no solo es un modelo psicopatológico, sino que también es un modelo de funcionamiento, que parte de la premisa estoica de que *no nos perturban las cosas en si, sino, la interpretación que hacemos de ellas*. Este modelo, sobre el trastorno humano y su alivio afirma que cuando las metas y deseos de las personas se ven frustrados o bloqueados por acontecimientos activadores negativos o adversidades (A), ellos pueden adoptar consciente o inconscientemente un sistema de creencias (B) que en gran medida crea sus consecuencias emocionales y conductuales (C). Y si deciden tener creencias racionales que residen en deseos y preferencias, obtendrán mayormente sentimientos y comportamientos apropiados y de auto ayuda en el punto C y si por el contrario se aferran a creencias irracionales basadas en demandas y exigencias rígidas y

dogmáticas, tendrán por lo general sentimientos y conductas de auto derrota inapropiados en el punto C. Por ende, el modelo A-B-C acepta la importancia de las emociones y de las conductas, sin embargo, pone énfasis en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales. (Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., 2017).

Paula (2007) explica el modelo a-b-c de la psicoterapia racional emotiva en los procesos de intervención. Expresa que se debe entender la lógica subyacente de los pensamientos en la vida de cada persona para que sean viables al comprender el esquema a-b-c el cual se encarga de que las personas reconozcan sus reacciones emocionales y conductuales.

A continuación, se describe el modelo ABC en la siguiente tabla N°1:

Tabla N°1

Descripción de las siglas ABC

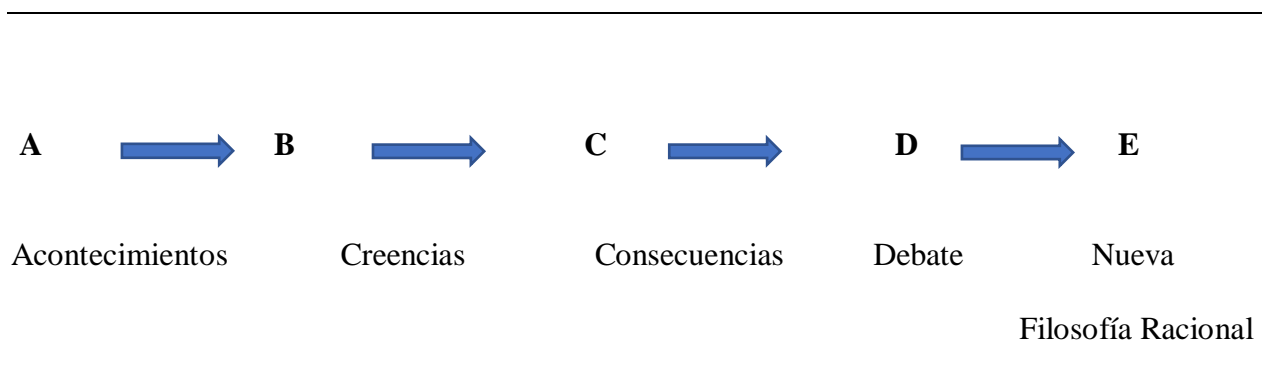
A	Situaciones o pensamientos que preceden a las emociones y conductas.
Situaciones Activadoras	
B	Sistema de Creencias y Evaluaciones
Creencias o Pensamientos	
C	Respuesta Emocional y Conductual generada por las Creencias
Consecuencia Emocional y Conductual	

Asimismo, Dryden (2012), señala que, para lograr un cambio de creencias, el principal aspecto terapéutico de la TREC es la disputa (D) de las creencias irracionales utilizando diferentes técnicas cognitivas, incluyendo identificar las actitudes disfuncionales de los pacientes, discutiéndolas y debatiéndolas de manera lógica, empírica y práctica, así como, el uso de biblioterapia y la revisión de las desventajas de los pensamientos disfuncionales. También, se

enseña al paciente un número de métodos emotivos enérgicos para cambiar sus sentimientos, incluyendo ejercicios de ataque a la vergüenza, imágenes racional-emotivas, el humor y juegos de imitación y trabajando conductualmente con tareas y entrenamiento de habilidades. Se utiliza como *principal método el modelo ABCDE que se presenta en la Tabla N° 3 a continuación:*

Tabla N° 2

Modelo ABCDE



Lega (2017), señala que el propósito consiste en sustituir el pensamiento absolutista irracional (B) utilizando el debate (D), con el propósito de reemplazarlo por una filosofía racional (E), empíricamente verificable y lógica, más eficaz en cuanto al logro de las metas personales de los individuos y que conducen a emociones y conductas funcionales Existen diferentes tipos de debate o cuestionamiento de las creencias irracionales y se pueden clasificar según la estrategia o estilo, que le servirá al terapeuta y de acuerdo a las características y personalidad del paciente. A continuación, tres estrategias que se centran en:

1. El debate lógico o filosófico (el arte de razonar): Trata de ver las incoherencias y conclusiones ilógicas para que salgan a la luz nuevas ideas coherentes. Algunos

- ejemplos de preguntas: *¿es lógico este pensamiento, ¿es lógica esta conclusión?, ¿tiene sentido pensar así?*
2. El debate empírico o realista: Ayuda a que las personas tomen sus conocimientos como hipótesis y traten de verificar las creencias para comprobar si son congruentes con la realidad, lo que permitirá formularse nuevas creencias empíricamente acordes con los hechos. Algunos ejemplos de preguntas: *¿Dónde está la evidencia de que esta creencia es cierta? ¿qué pruebas tienes de que tal creencia es verdadera? ¿Existe alguna ley que diga que es cierto?*
 3. El debate pragmático o práctico: enseña a aplicar el análisis coste-beneficio para demostrar que ciertas creencias no son beneficiosas a largo plazo. Algunos ejemplos de preguntas: *¿es útil mantener esta creencia? ¿qué beneficios te trae? ¿te ayuda a...? ¿qué consecuencias te lleva pensar así?*

En cuanto al estilo o táctica posibles para el debate se utilizan cuatro:

1. *Estilo socrático:* Plantear preguntas que vayan conduciendo al individuo a dar los pasos necesarios para derribar sus creencias irracionales y construir alternativas racionales. Por ejemplo: *¿Crees que es lógico pensar que simplemente porque lo deseas, se debe cumplir...?*
2. *Estilo didáctico:* Se brinda una explicación de por qué las creencias irracionales no son lógicas, ni funcionales ni realistas, ya sea oralmente o con lecturas específicas. Por ejemplo: *Tú desearías tener mucho éxito en tu profesión, pero no hay ninguna relación lógica entre este deseo y la exigencia que debes tenerlo. ¿me puedes decir con tus propias palabras qué has entendido de lo que acabo de decir?*

3. *Estilo humorístico*: ayuda a desdramatizar razonablemente los problemas presentados, utilizando canciones, paradojas y exageraciones. Por ejemplo: *Si solo bastase con demandar o exigir que la terapia sea un éxito en tan solo una sesión, yo podría exigirte que entiendas todo en este momento para que no tengas que regresar a terapia, ¿no crees?*
4. *Estilo metafórico*: ayuda al paciente a establecer por si mismo las relaciones al apoyarse en las similitudes entre la metáfora y su situación. Se puede recurrir a parábolas, historietas, analogías. Por ejemplo: *Los seres humanos tienen leyes para convivir y sanciones para los que no las respeten y a pesar de esto, los seres humanos continuamos violando las reglas y leyes. Parece que no se puede cambiar a los seres humanos por decreto, ¿no?*

La TREC busca la obtención de una nueva la nueva filosofía racional (E), es decir, nuevas creencias racionales, flexibles y lógicas, empíricamente verificables y útiles para conseguir las metas personales. Esta nueva filosofía se caracteriza por la aceptación de la realidad con una visión flexible y realista de las cosas y se manifiesta en forma de:

1. Deseos o preferencias
2. Aceptación: Juzgar o evaluar las conductas, los aspectos, los rasgos o las características de las cosas sin hacer evaluaciones globales.
3. Tolerancia a la frustración: aceptar las incomodidades y dificultades de la vida, sin considerarlas como insoportables.
4. Desdramatizar o relativizar: no ver las consecuencias de una acción o un hecho como el fin del mundo o lo peor que podría pasar, evaluarlas como malas o desagradables sin exagerar y convertirla en algo mas grave de lo que es.

La ventaja de obtener una nueva filosofía de vida más racional lleva a nuevas consecuencias emocionales saludables y conductas más funcionales y constructivas (Lega, Sorribes, F., Calvo, M., 2017).

3.3 Emociones Sanas e Insanas

La TREC distingue las emociones de manera cualitativa en saludables (o sanas) y no saludables (o insanas), en lugar de manera cuantitativa como lo hacen otras terapias (Wolpe, 1990), que miden el malestar mediante una escala subjetiva de malestar (SUDS).

Lega & Sorribes (2012), señalan que las emociones sanas van asociadas con las Creencias racionales, y las insanas con las Creencias irracionales, asimismo, las emociones sanas conducen a acciones y conductas adaptativas y son indicadores de buena salud, mientras que las insanas conducen a conductas desadaptativas y a estados peores de salud. (Ellis, 2010).

Cuando una persona siente una emoción, tiende a actuar de una determinada manera en función de lo que siente. Si siente una emoción insana, su primera reacción a corto plazo es protegerse para reducir o eliminar dicha emoción (evita salir a la calle), pero resulta contraproducente a largo plazo (cuando la persona que siente ansiedad por sufrir un ataque de pánico acaba por no salir a la calle y se deprime). (Dryden, 1996)

A continuación, se presenta una lista de las emociones sanas (negativas apropiadas):

1. *Preocupación vs. ansiedad.* La preocupación es una emoción asociada con la creencia: “espero que esto no suceda, y sería mala suerte el que sucediera”, mientras que la ansiedad aparece cuando la persona cree: “esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera.”
2. *Tristeza vs. depresión.* Se considera que aparece la tristeza cuando una persona cree: “he tenido muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que esto no debiera haber pasado”. Por otro lado, la depresión se asocia con la creencia:

“no debería haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así”. Cuando la persona se siente responsable de la pérdida, él o ella tienden a condenarse: “No soy bueno”, mientras que, si la pérdida se encuentra fuera del control de la persona, él o ella tienden a condenar las condiciones de vida o al mundo: “Es terrible”. La teoría de la TREC mantiene que lo que lleva a la persona a pensar que nunca conseguirá lo que quiere es la filosofía de necesidades perturbadoras.

3. *Arrepentimiento vs. culpabilidad.* Los sentimientos de arrepentimiento se producen cuando una persona reconoce que ha hecho algo malo en público o privado, pero se acepta a sí misma como un ser humano falible. La persona se siente mal por su acto, pero no por sí misma porque piensa: “Prefiero no hacer las cosas mal, pero si eso pasa, ¡Mala suerte!” Se producen sentimientos de culpabilidad cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa y corrupta por haber actuado mal. En este caso la persona se siente mal, tanto por su acto, como por ella misma, y piensa: “No debo hacer las cosas mal y si eso ocurre, es horrible y eso me convierte en un ser malvado”.
4. *Pudor vs. vergüenza.* Una persona siente pudor cuando se comporta de forma estúpida en público, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a sí misma. La persona se siente pudorosa por su comportamiento, pero no consigo misma porque prefiere, pero no se obliga a comportarse bien. Se siente vergüenza cuando alguien reconoce que se ha comportado de forma estúpida en público y se condena por algo que no debiera haber hecho. Las personas que sienten vergüenza suelen predecir que su audiencia les va a juzgar negativamente y suelen mostrarse de acuerdo con estos prejuicios. A menudo creen que necesitan de la total aprobación de los demás.


5. *Disgusto vs. ira.* Se siente disgusto cuando una persona no tiene en cuenta una norma de vida de un individuo. La persona que se disgusta no le agrada lo que el otro ha hecho, pero no le condena por ello. Piensa: “No me gusta lo que él o ella ha hecho, y desearía que no hubiera ocurrido, pero no quiere decir que él o ella no pueda romper mis normas”. Sin embargo, en la ira, la persona cree que el otro no debe de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.

En este sentido, Las emociones se definen en función de los valores y objetivos del paciente, es decir, las emociones sanas llevan a acciones y conductas adaptativas y funcionales, mientras que las insanas conducen a conductas desadaptativas y disfuncionales. Las investigaciones apoyan al modelo binario de las emociones (emociones sanas o insanas) de Ellis, y sustenta que las creencias irracionales conducen a emociones no saludables, mientras las creencias racionales conducen a emociones sanas (Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M., 2017).

En el siguiente Tabla N° 3, se ha resumido algunas de las emociones negativas insanas mas frecuentes y sus emociones negativas sanas alternativas:

Tabla N°3

Emociones sanas e Insanas

EMOCIONES INSANAS		EMOCIONES SANAS
Ansiedad / Pánico		Inquietud /Miedo
Rabia / Ira		Enfado/Molestia
Depresión / Desesperanza.		Tristeza/Pena
Culpa		Arrepentimiento
Vergüenza		Pudor

Adaptado de: *Terapia Racional Emotiva Conductual* (p.96) por Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992, Paidós.

Un aspecto por destacar es que para la TREC no todas las emociones son inapropiadas, dado que las emociones son útiles en nuestra vida, además, de ser parte de nuestra supervivencia. La diferenciación que propone la TREC es entre las emociones beneficiosas, sanas o funcionales y las emociones disfuncionales o insanas y se pueden diferenciar unas de otras debido a que se consideran insanas a las que no permiten conseguir los logros y metas propuestos y la persona puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para si mismo, mientras las que se consideran sanas, permiten a la persona seguir y alcanzar sus metas aún en situaciones difíciles (Caballo, V., Lega, L., y Ellis, A.,1997).

4. Terapia Online o Tele-Psicología

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020, declaró pandemia a la Covid-19 y cuarentena obligatoria con exigencia del aislamiento social, el uso de la tecnología facilitó la cercanía afectiva con familiares y amigos, además de convertirse en una herramienta popular como modalidad alternativa de atención para todos los profesionales de salud, especialmente para los psicólogos a nivel global, posibilitando tratamientos terapéuticos a distancia dado el aumento de problemas emocionales en la población en general.

Según, Coba (2020), el trabajo remoto, entendido como la prestación de servicios psicológicos mediante las tecnologías de las telecomunicaciones, puede incluir dispositivos como computadoras, celulares, tabletas y herramientas como la videoconferencia, correo electrónico, chats y mensajes de texto. Es decir, dichos servicios se refieren generalmente a la psicoterapia administrada de forma remota y que utiliza alguna forma de tecnología de la comunicación.

Otros autores, como Brown (1998) toman el término de tele psicología definido por el uso de la tecnología de las comunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de salud mental. Asimismo, Nickelson (1998), define la telesalud como el uso de las

telecomunicaciones y tecnología de la información para proporcionar acceso a la evaluación de la salud, diagnóstico, intervención, educación e información a distancia. Botella, C., Baños, R., García Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. y Pons, A. (2007), prefieren usar el término de telepsicología para el uso de internet como medio para la práctica psicoterapéutica.

Si bien, la terapia online, como modalidad alternativa de atención ha invadido recientemente, durante la última década ya era utilizada como herramienta para los profesionales, esta, se inicia en 1972, cuando los ordenadores de Stanford y UCLA llevaron a cabo una sesión simulada, sin embargo, a pesar de que las páginas web de atención sanitaria aparecieron en 1980, fue a mediados de 1990 cuando comenzó a despegar, con la aparición de servicios profesionales ofreciendo psicoterapia online, facilitando tratamientos psicoterapéuticos no presenciales.

Posteriormente, en 2004, el Congreso de Estados Unidos promueve la ley del trabajo remoto en las agencias federales (De Carlo, 2017, como se citó en Cuba, 2020) y esta modalidad continuó extendiéndose en el gobierno estadounidense para luego extenderse al sector privado. (Chuco, Álvarez, Chávez, & Cuba 2020).

En cualquier caso, el término con el que se denomine la práctica psicoterapéutica a través de internet no es la cuestión más importante por resolver en este estudio, ya que parece que esta herramienta psicoterapéutica ha llegado para quedarse.

5. Estudios Relacionados a la Problemática

Existen diversos estudios sobre la relación existente entre ansiedad y creencias irracionales, a continuación, se presentan algunos estudios nacionales e internacionales:

5.1 A Nivel Nacional

Kuba (2017) “Relación entre creencias irracionales y ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana”. Objetivo: identificar

la relación existente entre las Creencias Irracionales y la Ansiedad Social en estudiantes de la facultad de Psicología pertenecientes a una Universidad Privada de Lima Metropolitana. Metodología: Diseño descriptivo, correlacional. Los participantes fueron 124 alumnos de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana, de ambos sexos, con edades entre los 18 a 28 años. Los instrumentos: Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis y el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO A-30. Resultados: indican que existe una relación moderada y positiva entre las Creencias irracionales y la Ansiedad Social. Las creencias irracionales más predominantes en los estudiantes fueron: “Si algo puede ser peligroso, la persona se debería sentir terriblemente inquieta por ello, deberá pensar siempre en la posibilidad de que esto ocurra”; continuando con “Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar”. Estas dos creencias mostraron a estudiantes con una reacción negativa a situaciones difíciles que suelen ocurrir; considera la necesidad de protección para poder avanzar en la vida.

Correa (2018), “Procastinación general y creencias irracionales en estudiantes de una universidad nacional de la provincia de Tarma” Objetivo: determinar la relación entre la procrastinación general y las creencias irracionales, en una muestra conformada por 201 estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad nacional de la provincia de Tarma. Instrumentos utilizados fueron la escala de Procastinación General (EPG; Busko, 1998) y el Registro de Opiniones Forma A (REGOPINA; Guzmán, 2009). Los resultados indican que existe relación significativa positiva entre la procrastinación general y las creencias irracionales de competencia absoluta y expectativa social. Así mismo, el mayor porcentaje de la muestra (36,3%) se encuentra en el nivel medio de procrastinación general y las creencias irracionales con mayor prevalencia fueron expectativa social (34,3%), aprobación (33,3%), control externo (32,8%) y

competencia absoluta (32,3%). Además, se encontraron diferencias significativas entre el semestre de estudio y condición laboral respecto a ambas variables.

Rasco y Suarez (2017) “Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima Este”. Objetivo: determinar si existe relación significativa entre las creencias irracionales y la ansiedad. Metodología: no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. La muestra estuvo compuesta por 318 estudiantes entre edades de 16 a 30 años de una universidad privada de Lima Este. Instrumentos: Registro de Opiniones (Guzmán, 2009) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasco (Charles, Spielberger y colaboradores, 1975). Resultados: evidencian que sí existe relación significativa entre las creencias irracionales de “aprobación”, “competentes”, “condenables”, “catastrófico” y “pasado” con ansiedad estado y rasgo ($p < 0.05$). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre la creencia irracional de infelicidad con ansiedad estado y rasgo ($p > 0.05$). Por lo que se concluyó que la mayoría de las creencias irracionales generan reacciones de ansiedad.

5.2 A Nivel Internacional

Martínez (2018), “Terapia Racional Emotiva Conductual para Ansiedad y síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC”. Objetivo: Comprobar el efecto de la terapia Racional Emotiva Conductual en la disminución de la ansiedad y del síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes con diagnóstico de Cáncer de FANLYC. Metodología: diseño descriptivo, transversal, muestra de 6 personas que son cuidadores de niños o adolescentes con cáncer que asistan a FANLYC. Instrumentos: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) - Inventario de Burnout de Maslach y Jackson. Resultados: Indicaron que la Terapia Racional Emotiva (TREC) es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad estado y Síndrome de Burnout; resalta la gran diferencia en la subescala de ansiedad estado entre el pre-test

y el pos-test después de la terapia aplicada, lo cual nos permite predecir que esta modalidad de intervención terapéutica es prometedora para el tratamiento de la ansiedad.

Turner & Baker (2018) “Un estudio de caso que examina el uso de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT) con tres golfistas aficionados para aliviar la Ansiedad Social”. Objetivo: uso de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT) con tres golfistas aficionados para aliviar la Ansiedad Social. Metodología: diseño descriptivo con una muestra de 3 hombres golfistas aficionados. Instrumentos: Cuestionario de ansiedad específico de Golfistas (GSAQ), Inventario de creencias irracionales sobre el desempeño (iPBI, Turner et al., 2016). Resultados: Revelaron reducciones sustanciales en las creencias irracionales y la ansiedad social en los tres golfistas aficionados. Los hallazgos respaldan el uso de TREC para mejorar el rendimiento del golf.

Cuello (2019) “Intervención Psicológica desde el Modelo de la TCC y TREC de una Persona privada de la libertad con Trastorno de Ansiedad Generalizada” Objetivo: Intervenir desde la TCC y la TREC para mejorar su regulación emocional. Metodología: proceso terapéutico desarrollado con un hombre de 25 años, recluso en el establecimiento Penitenciario y Carcelario de Mediana Seguridad en la ciudad de Pamplona, el cual llega por voluntad propia a la consulta de psicología a causa de recurrentes episodios de impaciencia, preocupación excesiva, dificultad para conciliar el sueño, pesimismo en general y acerca de su propia vida. El proceso siguió un modelo cognitivo conductual que incluyó una etapa de evaluación y diagnóstico pre y pos a través de la entrevista semiestructurada, elaboración de un análisis funcional. Instrumentos: Inventarios de Ansiedad y Depresión de Aaron Beck. Seguido de la identificación de las principales problemáticas y formulación de los objetivos terapéuticos a trabajar, se pasó a la etapa de intervención basada en la Terapia Cognitiva de Beck, y Terapia Racional Emotiva de Ellis, culminando con prevención

de recaídas frente al trastorno de ansiedad generalizada. Resultados: Mostraron que el consultante mejoró su regulación emocional.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. Contextualización del Problema

A continuación, se presenta el caso atendido derivado por el Centro de Psicoterapia, quien refiere que la paciente a ser atendida fue diagnosticada con ansiedad por su psiquiatra y rechaza la medicación sugerida por el mismo, motivo del trabajo, en el cual se hizo una intervención desde el enfoque TREC para el manejo de la ansiedad, ya que está obstaculizando la capacidad de lograr sus metas profesionales y generándole malestar significativo. La ansiedad considerada por Ellis (1990), una emoción perturbadora o insana generada por las creencias irracionales que mantiene la persona. Señala que la ansiedad es destructiva, en el sentido que la persona pierde el control sobre sus emociones, la debilita en el logro de sus propósitos y propicia que afronte desastrosamente o con mucha dificultad las situaciones o los riesgos que se le presenten en su vida.

1.1 Motivo de Consulta

La paciente es una mujer de 29 años, se contacta con el Centro buscando terapia ya que se rehúsa a tomar medicación sugerida por el psiquiatra quien la diagnosticó con ansiedad. La paciente es casada hace 4 años con un médico, sin hijos, licenciada en patología clínica y trabaja como profesora en una Universidad Privada de Lima, además, está concluyendo dos maestrías afines a su especialidad de manera virtual. Asimismo, ella y su esposo están postulando para trabajar un hospital en USA (no precisa Estado). Para ello, debe tomar dos exámenes en Chicago, USA, aprobarlos y esperar que distintos hospitales interesados en su especialidad contacten con ella para ser entrevistada.

Su motivo de consulta y, por tanto, el objetivo de evaluación y tratamiento fue su continuo estado de ansiedad en los últimos 4 meses, acompañado de tensión muscular, preocupaciones excesivas, inquietud, tensión ante situaciones que escapaban de su control, incertidumbre y evaluación.

La paciente refiere que ha sido ansiosa desde la adolescencia, sin embargo, desde principios de la pandemia, marzo 2020, el malestar ha ido incrementando y le preocupa porque no sabe manejarlo. Como se ha señalado anteriormente, esto se ha manifestado en síntomas físicos como presión en el pecho, tensión muscular, inquietud, se paraliza y deja de realizar sus actividades, impaciencia acompañada de llanto, así como, preocupación excesiva, pensamientos referentes a aprobar los exámenes de manera sobresaliente y distinguirse en las entrevistas para poder ingresar a los hospitales de su preferencia.

Además, señala que la ansiedad se presenta por lo menos 4 veces a la semana y su duración no la puede controlar porque siente que la invade y pierde el control. Esta situación sucede cuando tiene que estudiar para los exámenes que rendirá en USA y la incertidumbre de no tener las fechas de los exámenes ya fueron postergadas debido a la pandemia. De igual forma, refiere que presenta ansiedad cuando tiene que entregar trabajos de las maestrías que está realizando, pensando en tener que destacar, cuando estudia con dos compañeras que también tienen un buen rendimiento académico y empieza a compararse con ellas, y, además, señala que siente tensión cuando piensa que todo lo debe hacer bien y mejor que los demás y si esto no ocurriera no lo podría soportar.

1.2 Estrategias de Evaluación y Medición

a. Entrevista, Observación

La entrevista realizada fue desde el enfoque del modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que se caracteriza por enfatizar el motivo de consulta, el momento presente y la comprensión de las dinámicas en términos de las creencias irracionales que se hallan detrás de la perturbación, razón por la cual no se recurre al estudio exhaustivo del historial pasado y no se presenta historia clínica completa.

Inicialmente, la recolección de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada, para obtener el motivo de consulta y tuvo como objetivo la obtención y exploración de las cogniciones de la entrevistada, lograr un acercamiento emocional e intelectual, fortalecer la alianza terapéutica, así como, el centrarse en el aquí y ahora de la problemática, mantener la escucha activa, estimular la expresión verbal y brindarle contención emocional.

Después de una breve conversación inicial, se le pregunta al cliente directamente qué problemas lo llevaron a buscar ayuda, se le hacen preguntas concisas y directas y es en ese momento cuando se comienza el psicodiagnóstico TREC utilizando como instrumento el modelo ABC, herramienta fundamental y relevante para identificar la problemática del cliente y evaluarla. Asimismo, se escucha atentamente las respuestas del cliente para evaluar la información, desde que el cliente empieza a hablar, el terapeuta comienza a colocar en su respectivo lugar (A-B o C) dicha información. Primero, se escucha buscando los eventos activadores que serán aquellas condiciones antecedentes y situacionales que preceden y parecen contribuir a (aunque no causan directamente) los síntomas emocionales y conductuales del cliente. Lo fundamental es escuchar los eventos activadores, agruparlos y descifrarlos y esto se implementa a través de las preguntas concisas y directas para luego analizar su relevancia con respecto a las B (creencias) y la C

(emociones y conductas). De igual modo, se escucha por las emociones y conductas sintomáticas (C) que forman el aspecto principal del problema. A lo largo de las entrevistas, se fue profundizando en la identificación de creencias limitantes, las emociones insanas y conductas disfuncionales.

Mientras se mantuvo la escucha activa, se utilizó la técnica de la observación, prestando atención a sus expresiones, conductas y respuestas no verbales que permitió determinar el grado de congruencia de los datos. Durante todo este proceso, la paciente tuvo una actitud colaboradora, expresando preocupación por su malestar.

Breve Historia

La paciente proviene de una familia de clase media. Hija única, sus padres se separaron cuando ella tenía 2 años y quedó a cargo de su madre, tía y abuela lado materno. Desde niña fue disciplinada en la escuela, destacando en notas entre sus compañeros. Su madre y su tía ayudaban a que cumpliera con las tareas que le asignaban, felicitándola cuando obtenía notas sobresalientes, reforzando su capacidad de logros y alentándola a ser la mejor.

En la etapa universitaria se exigía buscando destacar en clases y cuando tenía que realizar trabajos grupales dudaba de la capacidad de sus compañeras por lo que casi siempre ella era la que realizaba la revisión y corrección final del mismo.

Conoce a su pareja en la universidad, a quien considera inteligente, capaz, emprendedor, además de cariñoso y comprensivo. Forman una relación estable y decidieron casarse hace 4 años. Desde entonces, se han mantenido juntos, apoyándose mutuamente y haciendo planes a futuro, especialmente en lo que concierne al área profesional, puesto que ambos están ligados al campo de la salud, por ello se animaron y decidieron postular por primera vez a diferentes hospitales y clínicas en USA y de ser aceptados migrarían en busca de un mejor futuro profesional.

Actualmente, señala que se siente mucha ansiedad debido a la cantidad de trabajo académico que requiere cumplir en relación con las tesis que actualmente está concluyendo, además, de aprender inglés, estudiar para los exámenes que debe rendir en USA, no tener fecha puntual para tomar los exámenes y sobre todo pensar en tener éxito en todo lo que se proponga.

1.3 Características de los Instrumentos

Se utilizaron las entrevistas estructuradas, semiestructuradas y abiertas, así como, el modelo ABC y la observación.

- *Entrevista estructurada:* en la entrevista psicológica estructurada las preguntas se han preparado de forma previa y se siguen al pie de la letra. El paciente puede responder a dichas preguntas a modo de cuestionario.
- *Entrevista semiestructurada:* aunque hay unas preguntas base ,no se sigue necesariamente el orden y pueden aparecer nuevas preguntas u omitirse otras en función de la problemática de la persona.
- *Entrevista abierta:* no se sigue un guión específico y se deja hablar al paciente con el objetivo de conocer su capacidad de analizar, argumentar, estructurar y sintetizar un discurso.

Asimismo, se utilizó como instrumento de evaluación el modelo ABC, el cual permite establecer una aproximación entre los eventos activadores (A), las creencias irracionales (B) y sus consecuencias emocionales y conductuales (C). Y la observación para comprobar coherencia entre su relato y comportamiento.

1.4 Procedimiento de la Evaluación

El primer paso es definir y acordar el problema y establecer una meta terapéutica. Luego se le pide un ejemplo concreto del problema que ayudará a identificar un acontecimiento activador

(A) puntual y una consecuencia emocional y conductual (C) específica que servirá para identificar una creencia irracional. Se establece la primera aproximación utilizando el modelo A-B-C en el cual se evalúa las consecuencias emocionales (C) y el acontecimiento activador (A). Luego, el análisis va dirigido especialmente a detectar creencias, ideas, pensamientos o evaluaciones absolutistas, de catastrofismo, baja tolerancia o auto descalificación general empleando preguntas abiertas. Se le enseña la conexión B-C y se evalúan las creencias irracionales para conectarlas con las consecuencias emocionales (C), pasar a debatirlas para luego sustituirlas con creencias racionales.

- (A) identificar las situaciones activadoras: fecha incierta de los exámenes, estudiar con amigas, estudiar inglés, entrevista, Clínica X, (que preceden a los síntomas emocionales y conductuales).
- (B) identificar pensamientos y creencias: “¿y si no saco la nota que quiero?”, “debo tener la nota máxima”, “no puede ser que no tengamos fecha para el examen”, “tengo que destacar” “no debería sentirme ansiosa”, “tengo que ser aceptada a la mejor clínica”, “tengo que tranquilizarme”, “ya no soporto sentirme así”
- (C) consecuencias emocionales y conductuales: ansiedad, agitación, tensión muscular, inquietud, presión en el pecho, para de estudiar, llora.

La TREC no se limita a evaluar las creencias irracionales, sino que, también las emociones inapropiadas y sus conductas disfuncionales. Es así que se realizó una evaluación para detectar problemas emocionales secundarios, utilizando el modelo A-B-C, donde la (C1) consecuencia emocional inicial se convierte en un nuevo acontecimiento activador (A2), siendo este activador interpretado o evaluado por la persona (B2), lo que produce nuevas consecuencias (C2)

(A)2: Nuevo acontecimiento activador: ansiedad

(B)2: interpretación o evaluación acerca de A2: no debería sentirme ansiosa

(C)2: Nueva consecuencia emocional: ansiedad

El procedimiento de evaluación de la TREC incluye lo siguiente:

Se le ayuda a la paciente a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados (ansiedad, depresión, miedo, y odio a sí mismo), y estos son diferenciados claramente de sus sentimientos negativos apropiados o emociones sanas (desilusión, tristeza, frustración, y displacer).

Se le lleva a reconocer y diferenciar sus conductas disfuncionales (procastinación, evitación, entre otras) de aquellas que son funcionales o inocuas (devoción al estudio, o trabajo). Se le pide que señale los acontecimientos Activadores específicos de su vida que suelen ocurrir justo antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras. Luego, se evalúan y discuten las creencias racionales mediante el debate socrático, empírico y funcional, que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias no perturbadoras. Asimismo, se evalúan y discuten las Creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias perturbadoras tanto emocionales como conductuales. En este sentido, se determinan las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas «debo» y las grandes exigencias a uno mismo, a otros, y al universo o la vida en general. Se descubren también, las Creencias irracionales de segundo nivel o inferencias que se derivan de los absolutistas «debiera» y «debo», es decir, los «catastrofismos» las «no-soportantitis», y las «condenas» de sí mismos y otros, y las sobre generalizaciones irreales. Además, se descubren y discuten las Creencias irracionales que los llevan a la perturbación por estar perturbados, es decir, a su ansiedad por la ansiedad (perturbación secundaria). Mientras se lleva a cabo la evaluación RET y los procesos diagnósticos, se van perfilando los planes

específicos de tratamiento. Se realizan en estrecha colaboración con la paciente, para trabajar primero en los síntomas emocionales y conductuales secundarios (puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios) y después en los síntomas primarios.

1.5 Diagnóstico TREC

En el presente trabajo no se han utilizado pruebas o instrumentos psicométricos.

De los resultados hallados en la entrevista y la evaluación, se concluye como diagnóstico TREC lo siguiente: Ansiedad (emoción insana).

Observación de la conducta

Respecto a la conducta, manifiesta actitud colaboradora, atenta e interesada en resolver sus problemas. Coherente en su discurso, empleando un lenguaje claro y congruente al responder a las preguntas realizadas. Se mostró lábil con tendencia al llanto, preocupada e inquieta por su malestar, manifestando continuos movimientos con las manos y postura corporal. Refiere sentir tensión muscular evidenciándose en un rostro tenso. Se presenta lúcida y orientada en persona, tiempo y espacio.

Recomendaciones:

- Terapia Psicológica (TREC)
- Realizar ejercicios (yoga, baile, caminar, meditación).

A continuación, se muestra en la tabla N°4 los problemas identificados para trabajar

Tabla N° 4

Problemas identificados

TÉCNICAS	PROBLEMA IDENTIFICADO	MANIFESTACIONES
Entrevista semiestructurada	Falta de conocimiento de la problemática	Ansiedad Tensión muscular
Preguntas abiertas y concisas	Creencias irracionales (exigencias	Llanto Inquietud
Observación	demandas absolutistas)	Agotamiento
Modelo ABC-DE	Baja Tolerancia a la frustración	Impaciencia
	Emociones insanas	Intolerancia
	Conductas disfuncionales	Bloqueo Preocupación excesiva

2. Delimitación del Problema

La intervención desde el enfoque de la TREC en un caso de ansiedad (emoción insana) se llevó a cabo bajo la modalidad online, tuvo una duración de 4 meses por un espacio de 1 hora semanal con el objetivo de enseñar a la paciente a identificar el origen de su malestar (creencias irracionales), debatirlas y sustituirlas por una filosofía de vida más racional y conseguir mayor bienestar.

En base a la problemática identificada, se trabajó priorizando el aspecto cognitivo, dado que el sistema de creencias absolutistas, limitantes e irracionales le generaban ansiedad (emoción insana), manifestada en tensión muscular, inquietud, impaciencia, temor, preocupación excesiva y conductas disfuncionales, las cuales interferían en el logro de sus objetivos propuestos. Asimismo, se trabajó en nuevas estrategias de afrontamiento más eficaces, funcionales y adaptativas.

2.1 Objetivos

Objetivo General:

Conseguir una nueva filosofía de vida más racional, adoptando creencias racionales que generen emociones sanas y conductas funcionales para un mayor bienestar.

Objetivos Específicos:

1. Adquirir conocimiento básico de la TREC para comprender las causas de la perturbación emocional y sus consecuencias.
2. Identificar, debatir y sustituir las creencias irracionales por creencias racionales.
3. Generar emociones sanas mediante las creencias racionales
4. Desarrollar hábitos y conductas funcionales para el logro de los objetivos personales.

2.2 Técnicas Empleadas

Técnicas cognitivas:

- a. Discusión o debate de las creencias irracionales (principal técnica)
- b. Diferenciar entre preferencias y exigencias
- c. Diferenciar entre hechos e interpretaciones
- d. Detectar, discutir y cambiar las falsas creencias buscando alternativas racionales
- e. Lecturas TREC sobre la ansiedad

Técnicas emotivas:

- a. Imaginación Racional Emotiva
- b. Sentido del humor, metáforas

Técnicas Conductuales:

- a. Exposición a tareas que le generen incomodidad
- b. Tareas para casa (registros ABC)

2.3 Selección y Sustento de las Técnicas Empleadas

Al inicio del proceso psicoterapéutico, se formó una alianza entre terapeuta- paciente y se establecieron acuerdos, colaboración y compromiso en el cumplimiento de tareas.

En la primera fase de la intervención, se empleó la técnica de psico-educación, para informar al paciente sobre el origen del malestar emocional, así como, sus consecuencias y cómo mediante las técnicas de la Terapia Racional Emotiva (TREC) comprendería la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Utilizando el modelo A-B-C se le explicó como las personas no se alteran por los hechos, sino, por las interpretaciones que hacen de estos, haciendo referencia a que los (A) acontecimientos en sí no son los causantes de la (C) perturbación emocional, y lo que media entre los acontecimientos y emociones son los (B) pensamientos, evaluaciones e interpretaciones que hacemos con respecto a los acontecimientos. Además, se le enseñó a diferenciar las emociones sanas y emociones no sanas, entre los pensamientos rígidos (demandas) y flexibles (preferencias), entre hechos e interpretaciones y el análisis de costo-beneficio de pensar de cierta manera.

En la segunda fase, las técnicas sirvieron cognitivas para identificar las creencias irracionales, se utilizó el modelo A-B-C para conocer la relación entre los acontecimientos, pensamientos, consecuencias emocionales y conductuales. Así, a medida que se fue avanzando en la terapia se añadieron casillas adicionales al modelo A-B-C (A-B-C-D-E), con el objetivo de entrenarla a identificar sus pensamientos ilógicos que le generaban perturbación emocional, los (D) cuestione para luego (E) flexibilizarlos, manteniendo una actitud de preferencia y no exigencia.

El terapeuta es muy didáctico en esta etapa, actúa como profesor, le enseña a razonar y usa la persuasión y diálogos socráticos para enseñar al paciente a considerar sus ideas como hipótesis a comprobar y a valorar las nuevas ideas racionales con el objetivo de crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las racionales hasta

automatizarlas. Se utiliza como ayuda el modelo más completo del ABC el cual incluye D (debate) y E (consecuencias deseables como nuevas emociones y conductas sanas).

En cuanto al debate, herramienta primordial y relevante para cuestionar las creencias irracionales y crear nuevas creencias racionales, existen diferentes tipos y se pueden clasificar según la estrategia o estilo según elija el terapeuta. Los tipos de debate o argumentos son:

1. *Argumentos empíricos* que animen al cliente a buscar evidencia que confirme o refute la verdad de sus creencias irracionales
2. *Argumentos lógicos* que le permitan analizar la lógica de sus creencias irracionales
3. *Argumentos pragmáticos* que le ayuden a cuestionarse la utilidad sus creencias irracionales.

Durante el proceso de debate se adoptan diferentes estilos, según se considere conveniente, los más habituales son el estilo socrático, didáctico, metafórico y humorístico.

En cuanto al socrático: el terapeuta formula preguntas abiertas destinadas a animarle a detectar y comprobar sus creencias irracionales y racionales y las razones de por qué lo son en cada caso.

El didáctico, enseña al paciente didácticamente a detectar y debatir sus creencias, asegurándose que entienda los puntos tratados y los procedimientos enseñados para conseguir el cambio. En el estilo metafórico, se cuenta historias que permitan ilustrar la irracionalidad de las creencias irracionales y la racionalidad de las racionales. Y en el humorístico se utiliza el sentido del humor en forma tanto espontánea como intencional como ayuda para identificar lo absurdo de la creencia limitante, ya que la ansiedad solía producirse cuando tomaba demasiado en serio sus problemas, a sí misma, a los otros y al mundo. Además, minimiza la sintomatología del paciente. Ellis (1997) sustenta las siguientes ventajas del humor dentro de la terapia:

- Ayuda a los clientes a reírse de sí mismos y auto-aceptarse viendo sus puntos vulnerables y sus falibilidades.
- Clarifica el comportamiento autodestructivo de los pacientes en una forma más agradable.
- Da nuevos datos y mejores soluciones de un modo menos dramático.
- Desaparece la monotonía y la excesiva seriedad sobre temas repetitivos y didácticos que a veces parecen esenciales en la terapia.
- Ayuda al paciente a desarrollar un clima más humorístico creado por el terapeuta.
- Interrumpe dramáticamente y de manera brusca los pensamientos, emociones y la manera de actuar del paciente.
- Sirve como un medio de distracción ya que interrumpe las ideas autodestructivas y que están cargadas de hostilidad.

Si bien es cierto que el humor no cura todos los problemas, logra en sí la manera de no tomar demasiado en serio algunos aspectos desagradables de la vida y ver en estos un poco de humor.

Por otro lado, se hizo hincapié en la importancia de valorarse y aceptarse a sí misma independientemente de sus logros o fracasos, trabajando la auto aceptación incondicional de manera constante y firme, usando verbalizaciones racionales como: *“nada me añade valor, nada me quita valor”*; *“La valía interna no depende de condiciones externas, la valía personal es la misma tanto si se hacen las cosas bien o no”*, entre otras, complementando con el uso de técnicas conductuales como tareas entre sesiones de toma de riesgo, realizando una tarea que le suponga un cierta inseguridad , exponerse a situaciones que evitaba mientras debate sus creencias irracionales y así compruebe que es capaz de tolerar la incomodidad y saber que sí puede soportar la molestia, además, de validarse a sí misma con sus aciertos y errores.

Siguiendo con las técnicas cognitivas, se manejó la precisión semántica en base a la idea de que el lenguaje determina el pensamiento y se analizó las ventajas y desventajas de la utilización de un lenguaje racional, haciendo uso de esquemas, listas y notas. Se complementó con biblioterapia acerca de la perturbación emocional de la respuesta de ansiedad para que la paciente intente enseñar a sus amigos y familia los fundamentos de la TREC como modo de entrenamiento y afianzar su nueva filosofía racional

Además, se emplearon técnicas emotivas como la imaginación racional emotiva, visualizando las situaciones temidas sintiéndose y comportándose según la nueva filosofía racional.

A continuación, se muestra en la Tabla N°5 el sustento y selección de técnicas

Tabla N°5

Sustento y selección de técnicas

Selección de Técnicas	Sustento
Psico-Educación	Educar sobre el origen , mantenimiento y las consecuencias de su malestar
ABCD	Enseñar a conceptualizar el problema y conexión B-C.
Debates	Identificar y diferenciar creencias y emociones insanas de sanas. Hechos de interpretaciones, deseos de preferencias, análisis coste-beneficio.
Precisión semántica	Enseñar a debatir la creencia irracional a favor y en contra para sustituirla por racional
Tareas ABCD	Lenguaje determina el pensamiento, uso de lenguaje racional para generar emociones sanas Entrenarla en el uso del ABCD
Humor	Identificar lo absurdo de la creencia limitante Aprenda a reírse de si misma y a auto aceptarse con sus puntos vulnerables
Exposición	Realizar tareas que le supongan cierta inseguridad y que se mantenga en la situación para comprobar su tolerancia e incomodidad

2.4 Ejecución

Consideraciones éticas

Se informó y acordó con la paciente los principios de beneficencia y no maleficencia, de autonomía y justicia en los siguientes puntos:

- El estudio de caso, así como, el propósito del estudio y las implicancias de este tiene beneficios netamente académicos.
- Se detalló el procedimiento a seguir, especificando que la participación es únicamente de manera voluntaria y que no tendrá costo alguno ni incentivo económico o de otra índole.
- La participación de la voluntaria permite aportar datos actualizados sobre las variables de estudio.
- Se le señaló el compromiso ético de proteger su identidad. No se muestran datos personales como nombres y apellidos dentro del estudio.
- Se firmó un consentimiento informado garantizando los principios de beneficencia/no maleficencia, de justicia y autonomía.

2.5 Intervención

Antes de iniciar la intervención online, la toma de contacto entre terapeuta y paciente se dio a través de un mensaje de texto para confirmar la hora de inicio. Una vez confirmada, el terapeuta realiza una video llamada a través de la plataforma de zoom, habiendo previamente enviado el enlace de la invitación al correo electrónico de la usuaria y así poder dar inicio a la intervención una vez que ambas partes se encuentren presentes.

Una vez establecido el contacto, en los primeros minutos de inicio de la sesión, sea crea un flujo comunicativo para dar pase a la fase inicial, en la cual se realizó una evaluación racional emotiva utilizando el modelo A-B-C para descubrir las creencias o filosofías irracionales que le

generaban emociones y conductas contraproducentes y comprender como contribuían a los problemas de la paciente. Luego, se empezó haciendo una lista con los problemas que presentaba la paciente y luego se estableció un orden de acuerdo con sus prioridades para estructurar la terapia. Se hicieron preguntas concisas para identificar sus creencias irracionales, las exigencias y demandas absolutas (deberías), y sus consecuencias, catastrofismo (es terrible), baja tolerancia (no puedo soportarlo), y condena o auto condena (es una tonta, soy una inútil...). Asimismo, se exploró síntomas emocionales secundarios, definidos como ideas irracionales sobre sus problemas primarios (ej. ponerse ansiosa por estar ansiosa) para trabajarlos previamente, ya que estos incrementan los síntomas primarios.

Al ir avanzando en la sesión se siguió trabajando con el esquema A-B-C y se estableció una primera aproximación de las relaciones entre eventos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales y conductuales (C), para comprender cómo sus creencias contribuyen a sus problemas, conceptualizar el cuadro sintomático en términos A-B-C y poder señalar metas realistas, teniendo en cuenta que no se trata de eliminar las emociones, sino, de sustituir las ideas irracionales y rígidas a racionales y flexibles para generar emociones saludables, como, pasar de la ansiedad (emoción insana) a la preocupación (emoción sana) y conductas convenientes como, acostarse a una hora apropiada y no obligarse a estudiar hasta el cansancio.

Una vez detectadas las creencias irracionales, tanto para los síntomas secundarios como primarios, se utilizaron técnicas de debate lógico, empíricos y pragmáticos conducentes a cuestionar, discutir y poner en duda las creencias limitantes. Asimismo, se utilizó con frecuencia el sentido del humor como técnica emotiva, para evidenciar lo absurdo de sus creencias irracionales, llevándola a considerar sus ideas como hipótesis a comprobar llevándola a adoptar y valorar nuevas ideas racionales.

2.6 Sesión Modelo

A continuación, se presenta un modelo del proceso de intervención de una sesión

Primer Paso: Se le pregunta al paciente r por el problema-objetivo, para luego definir y acordar el problema en cuanto se pueda formular en términos ABC. Asimismo, se acuerdan objetivos terapéuticos realistas en relación con el problema, teniendo presente que no se trata de eliminar la emoción, si no de que sea una emoción sana.

El segundo paso: Es evaluar un ejemplo concreto del problema-objetivo, ayudando al paciente a seleccionar uno, lo que ayudará a identificar un Acontecimiento Activador o Adversidad (A) específico y una Consecuencia Emocional y Conductual (C) específica que más tarde servirá para identificar una Creencia Irracional (B) específica.

Como tercer paso: Se identifica la C emocional y conductual significativa, una vez determinadas, se evita un lenguaje A-C para no reforzar la idea al paciente de que A es la causa de C. Asimismo, se explora la C para poder generar hipótesis sobre las posibles creencias irracionales que pueda estar teniendo.

En el cuarto paso, se identifica el acontecimiento activador A, ante el cual la persona desencadena la emoción perturbadora y la conducta disfuncional para seguir con *el quinto paso,* que es identificar si existe alguna perturbación secundaria.

El sexto paso, se establece la conexión B-C que tiene como propósito ayudar al paciente a entender que sus reacciones en (C) no están determinadas por el acontecimiento o la situación (A), sino en gran parte por sus creencias acerca de lo que piensa (B).

Una vez identificado la C y A, el *séptimo paso* es identificar (B), que son los pensamientos y creencias que el paciente tiene en una situación determinada, y que es el origen de la perturbación emocional y del comportamiento disfuncional.

El octavo paso se da una vez que se tiene la creencia irracional identificada para preparar al paciente para el proceso de debate con el propósito de reforzar nuevamente la conexión entre la creencia irracional («b») y la emoción insana («c»). el objetivo de este paso es que el paciente entienda que es mejor cambiar su forma de pensar y motivarlo para trabajar en esta línea, haciendo preguntas reflexivas y teórico-dirigidas. una vez que el paciente entiende la importancia de cambiar sus creencias irracionales para conseguir sus objetivos, está preparado para el proceso de Debate.

El noveno paso, es el momento de pasar a la acción ,es decir, debatir las creencias irracionales y ayudarla a confrontar sus creencias irracionales mediante el diálogo terapéutico. El propósito del debate es hacerle ver por qué sus creencias irracionales son irracionales y por qué sus creencias racionales son racionales. El debate se repite sesión tras sesión debido a que ayudará a fortalecer la convicción en sus creencias racionales y a debilitar su convicción en sus creencias irracionales. Una vez que el paciente ha entendido que sus creencias irracionales no se sustentan ni empírica ni lógicamente y que, además, conducen a sentimientos insanos y comportamientos disfuncionales, se pasa *al decimo paso* y ayudar al paciente a fortalecer la convicción en sus creencias racionales mediante técnicas TREC, como la imaginación racional emotiva y a exponerse a situaciones temidas con el objetivo de que se genere el cambio emocional y conductual. Ayudarla a ver que cuando su conducta y su pensamiento están sincronizados, maximiza los cambios y fortalece sus creencias racionales.

Y en el último paso de la sesión , se negocian las tareas entre sesiones, ya que es importante que practique lo aprendido, con el objetivo de reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, su nueva creencia racional y la habilidad para debatir . Además, permite al terapeuta revisar, de forma sistemática, el progreso del paciente. **Hasta la siguiente sesión, donde el primer paso**

será revisar las tareas para casa, puesto que se considera un elemento central en el proceso de cambio.

A continuación, se presenta el cronograma de trabajo en la Tabla N° 6

Tabla N°6

Cronograma de Trabajo

Sesión	Objetivos	Técnicas	Conductas Esperadas
1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente pueda conocer el origen de la perturbación emocional que esta presentando y como contribuyen a su malestar. • Responsabilidad. 	T. Cognitiva: Psico-educación	Comprensión del origen de la problemática
3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las creencias irracionales • Debatir • Diferenciar entre hechos e interpretaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo ABCD • Debates • Detección de síntomas secundarios 	Comprensión, identificación de creencias irracionales y diferenciarlas de las racionales
5 y 6	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las emociones no sanas y reconocer las sanas • Tolerancia • Auto aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo ABC • Debates lógico, empírico y pragmático • Humor, metáforas • Exposición 	Diferenciar emociones sanas de las no sanas

7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Debatir exigencias, tolerancia y auto aceptación • Planifique y retome actividades placenteras que eran limitadas por las creencias irracionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo ABC <ul style="list-style-type: none"> • Debates • Preferencias vs exigencias <ul style="list-style-type: none"> • Metáforas • Actividades (baile, yoga) 	Conductas funcionales
9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> • Debatir exigencias, tolerancia y auto aceptación • Sustituir creencias irracionales por racionales • Emociones sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo ABC <ul style="list-style-type: none"> • Debate • Rol playing • Humor • Auto-revelación • Preferencias vs demandas 	Auto debate de las creencias irracionales. Sustituirlas por racionales
11 y 12	<ul style="list-style-type: none"> • Debatir exigencias, tolerancia, auto aceptación, emociones sanas • Utilización de lenguaje racional 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate • Rol play • Humor, metáforas • Preferencias -demandas • Modelado 	Auto debate de las creencias irracionales
13 y 14	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar Lenguaje racional • Reforzar pensamientos racionales • Reforzar emociones sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencias vs demandas • Valoración de coste-beneficio • Rol Play 	Listado de frases racionales
15 y 16	Repasar logros, cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificación de dudas 	Nueva filosofía de vida mas racional

Durante el proceso de intervención, se le enseñó a discriminar las demandas absolutistas (necesidades perturbadoras) de las preferencias o deseos, así como, a diferenciar entre la

incomodidad y el “no puedo soportarlo”, y el hacer algo mal del ser una mala persona, teniendo en cuenta juzgar la conducta y no a si misma como persona. Para una mejor comprensión, en cuanto a diferenciar las demandas de las preferencias, se aclaró el concepto de irracionalidad, definiéndolo como inflexibilidad del “debo” absolutista del pensamiento, percibido como imposible de cambiar, a diferencia de otros “debo” que pueden ser condicionales como “debo o deseo estudiar para pasar el examen en USA”, cuyo significado es racional ya que es un prerrequisito para la obtención de una meta personal. Sin embargo, si se agregase “...y debo de aprobar y sobresalir en el examen para demostrar mi valía personal o de lo contrario soy un fracaso, la preferencia inicial se convertiría en exigencia rígida y absolutista.

Se fijaron los objetivos del tratamiento para ayudar a la paciente a identificar los pensamientos irracionales que no solo conducen, sino, que perpetúan su perturbación emocional y sustituirlos por racionales, si se quiere lograr un modo distinto de funcionamiento psicológico, teniendo en cuenta que no se trata de eliminar las emociones, sino, de cambiar las ideas irracionales por racionales para generar emociones saludables.

Finalmente, se hace una explicación de los principios teóricos de la TREC y los insights que se deben alcanzar, como, el deseo de cambio de ideas irracionales no es suficiente, es necesario trabajar enérgicamente y de forma constante para lograr cambios profundos y duraderos. Asimismo, se aclararon dudas y se le asignaron tareas de registros A-B-C para casa con el compromiso de realizarlas durante la semana previa a la siguiente sesión.

Por último, se espera que la paciente vea su parte de responsabilidad en la creación y mantenimiento de la emoción insana como resultado de sus creencias y aprenda a pensar de manera mas lógica y razonable para que genere emociones y conductas adaptativas frente a situaciones que ella considere importantes.

Se presenta a continuación el modelo de la secuencia de intervención en la Tabla N°7

Tabla N° 7

ESTRUCTURA DE UNA SESIÓN SIGUIENDO EL MODELO DE LA TREC

Paso 1: Preguntar por un problema

Paso 2: Definir y acordar el problema meta

Paso 3: Evaluar C

Paso 4. Evaluar A

Paso 5: Identificar y evaluar cualquier problema emocional secundario

Paso 6: Enseñar la conexión B-C

Paso 7: Evaluar las creencias

Paso 8: Conectar las creencias irracionales y C

Paso 9: Disputar las creencias irracionales

Paso 10: Preparar al cliente para profundizar en su convicción sobre las creencias racionales

Paso 11: Animar al cliente a poner en práctica lo que está aprendiendo

Paso 12: Repasar las tareas para casa

Paso 13: Facilitar el proceso de elaboración

2.7 Indicadores de Logro

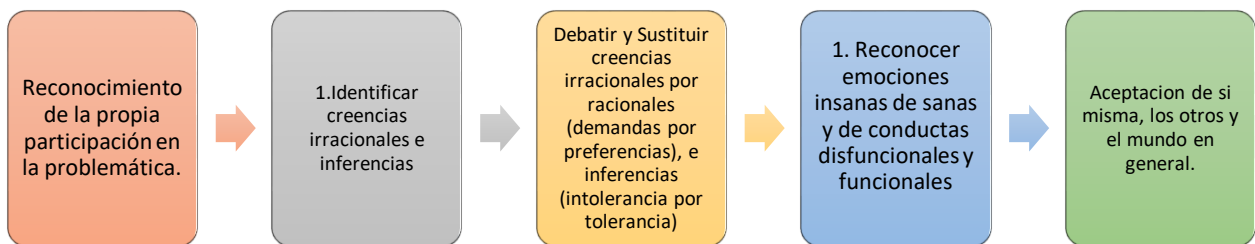
En cuanto a los indicadores de logro se esperaba observar los siguientes puntos:

1. Reconocimiento de la propia participación en la problemática
2. Identificar creencias irracionales e inferencias (baja tolerancia, terribilización, condena)
3. Debatir y sustituir creencias irracionales por racionales (demandas por preferencias), e inferencias (intolerancia por tolerancia).
4. Reconocer emociones insanas de sanas y conductas disfuncionales de funcionales
5. Aceptación de si misma, los otros y el mundo en general.

Se presenta en el Gráfico N°3 los Indicadores de Logro

Gráfico N°3

Indicadores de Logro



2.8 Monitoreo y Evaluación de la Intervención

Se realizó un monitoreo para la recolección de datos en diferentes momentos del proceso de intervención para medir el progreso y resultados con base a los indicadores previamente determinados, revisando la meta con anticipación. El primer monitoreo se realizó a los 15 días de la intervención, los tres siguientes cada tres semanas y el último pasado un mes.

Para medir el primer indicador, se utilizaron la entrevista semi-estructurada, preguntas abiertas y preguntas directas y concisas para comprobar si logró entender y comprender el origen y responsabilidad de su participación de su emoción insana.

Además, se hizo la revisión de tareas asignadas de registros del modelo ABCDE con el objetivo monitorear el indicador número 2,3 y 4 para que la paciente identifique por si sola las creencias irracionales y las pueda cuestionar utilizando el debate lógico, empírico y pragmático.

Para ir verificando la tolerancia a la incomodidad e incertidumbre, se le pidió que realice una tarea que le suponga cierto riesgo de fracaso o de perturbación emocional y trate de debatir las creencias irracionales que surgen en esas situaciones, así como, exponerla a situaciones o estímulos que le provoquen altos niveles de malestar y que permanezca en la situación sin evadirla hasta que ella misma disminuya el nivel de malestar usando el debate.

El objetivo es que compruebe que es capaz de tolerar niveles altos de malestar emocional (ansiedad) y que puede debatir sus creencias irracionales de no poder soportarlo o que ocurrirá algo terrible. También, ayuda a perder el miedo a hacer el ridículo, a no descalificarse ante los errores o fracasos, tratando de asumir que no se puede ser perfecto, aunque si intentar hacer las cosas lo mejor posible, en este sentido, es la auto aceptación incondicional de si misma, los otros y el mundo en general.

A continuación, se presenta el monitoreo y evaluación en la Tabla N°8

Tabla N°8

Monitoreo y Evaluación

Monitoreo	Evaluación	Técnicas
1	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para asumir responsabilidad en su participación del malestar emocional • Dificultad en diferenciar emociones sanas de insanas • Dificultad en debatir y crear nuevas alternativas racionales • Baja tolerancia • Logra identificar creencias irracionales y derivados (tolerancia, condena) • Reconocimiento de conductas funcionales • Responsabilidad de su participación en la problemática 	<ul style="list-style-type: none"> • Psico-educación, resolver dudas, aclarar conceptos de emociones sanas y no sanas • Modelo ABC • Debate lógico, empírico y pragmático. Preferencias vs exigencias • Exposiciones a situaciones tensas para ella • Sentido del humor • Preguntas abiertas y cerradas • Modelo ABC • Debates a favor y en contra • Satisfactorio • Mantener aprendidas y afianzarlas estrategias
2,3,4		
5	<ul style="list-style-type: none"> • Logró generar emociones sanas (preocupación) y conductas funcionales (estudio organizado, baile, meditación, respiración) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas abiertas y cerradas • Modelo ABC • Debate a favor y en contra de las emociones y conductas insanas y sanas • Revisión de tareas • Satisfactorio • Mantener y afianzar técnicas y estrategias aprendidas

En cuanto al seguimiento, este tuvo duración de 5 sesiones, la primera a los 21 días, las tres siguientes cada tres semanas y la última pasado un mes.

A continuación, se muestra en el Tabla N° 9 el cronograma de seguimiento:

Tabla N° 9

Cronograma de Seguimiento

Seguimiento	Objetivos	Técnicas	Resultados y Observaciones
1	Reconocer responsabilidad y participación de sus creencias irracionales	Entrevista abierta	Asumió responsabilidad de su participación en la perturbación emocional
2	Detección de creencias irracionales y discriminarlas de las racionales	Entrevista abierta	satisfactorio
3	Debate de creencias irracionales y creación de alternativas racionales	Entrevista abierta	Debate débil. Se reforzó en sesión.
4	Diferenciar entre emociones sanas e insanas, conductas funcionales de disfuncionales	Entrevista abierta	satisfactorio
5	Reforzar logros alcanzados Cierre de terapia	Entrevista abierta	Mantener estrategias aprendidas

El seguimiento, ayudó a identificar dificultades que se podían presentar y favoreció a reforzar puntos débiles en los que se trabajó para mejorarlos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Resultados

En esta intervención no se han utilizado pruebas cuantitativas y/o instrumentos psicométricos, por lo que los resultados son cualitativos. Se ha realizado la evaluación e intervención utilizando técnicas TREC con el con el propósito de reeducarla cognitiva, emocional y conductualmente para que logre una nueva filosofía de vida más racional y satisfactoria.

La intervención TREC, se llevó a cabo de manera virtual y se trabajó con una paciente de 29 años, la cual presentaba ansiedad (emoción no sana).

A continuación, se presentan los indicadores de logro y sus resultados en las siguientes Tablas

Tabla N° 10

Indicador 1 y resultados

Indicador 1	Hallazgos	Logros
Reconocimiento de la propia participación en la problemática	Se observó resistencia en aceptar su responsabilidad en la intervención de su ansiedad (emoción insana). Psicoeducación, resolviendo dudas, aclarando conceptos de la TREC. Ejercicios para diferenciar entre hechos e interpretaciones.	Asume responsabilidad en la participación y mantenimiento de la problemática. Considera que no son los acontecimientos negativos lo que le causan la ansiedad y si lo que ella se dice a si misma acerca de la situación. Diferencia entre hechos e interpretaciones.

En la Tabla N° 10, se puede observar que la paciente acepta su responsabilidad en la propia participación del problema reconociendo que no son los hechos los que causan las emociones, sino, la interpretación que hace de ellos. Para evaluar su comprensión se le pide diferenciar entre hechos e interpretaciones, refiere como ejemplo de una situación ocurrida: *“lo que entiendo de la TREC es que cuando observamos algo producimos un pensamiento directamente de la situación y lo evaluamos automáticamente sin saber si es verdad o no”*. *“vi a mi amiga estudiar y el primer pensamiento que me vino a la mente fue, ¡está estudiando a escondidas porque quiere ser mejor que yo!, inmediatamente me di cuenta del pensamiento y me acordé de que ella tenía que entregar un trabajo de estadística, por lo tanto, concluí que ella estaba terminando su trabajo para poderlo entregar y no es que quiera ser mejor que yo”, además, fui y le pregunté y era cierto que tenía que entregar un trabajo de estadística*”. *“Me sentí tranquila, nada ansiosa, al contrario, pude quedarme con ella hasta que finalice para luego estudiar juntas”*.

Tabla N° 11

Indicador 2 y resultados

Indicador 2	Hallazgos	Resultados
Identificar creencias irracionales e inferencias	<p>Presencia de creencias irracionales de auto exigencias e intolerancia a la frustración.</p> <p>Se utilizó el ABC, para conceptualizar el problema conexión B-C y no A-C.</p>	<p>Logra identificar las creencias irracionales y su contenido de intolerancia, dándose cuenta de que si tiene la capacidad de soportar.</p> <p>Se evidencia a través de los registros ABC y respuestas verbales a preguntas concretas acerca de las creencias irracionales y por qué son irracionales.</p> <p>Cumplimiento de tareas para casa.</p>

La Tabla N° 11, muestra que la paciente aprendió a identificar sus creencias irracionales, basadas en exigencias y demandas absolutistas y las conclusiones derivadas de estas, detectando cuando evaluaba la situación como insoportable, terrible o condenable. Se fue evaluando a la usuaria utilizando el modelo ABCDE para que demuestre por ella misma utilizando el modelo ABC e identifique sus creencias irracionales. Logró detectar las siguientes: “*Debo sobresalir en los exámenes y en la entrevista*”, “*Tengo que ingresar a la Clínica X, porque es la mejor en USA, si no ingreso, no lo podré soportar*”, “*No aguanto más la incertidumbre*”. Refiriéndose a ellas como ideas rígidas, inflexibles e ilógicas ya que ahora piensa que era absurdo el pensar de esa manera.

Tabla N° 12
Indicador 3 y resultados

Indicador 3	Hallazgos	Resultados
Debatir y sustituir creencias irracionales por racionales (preferencias vs demandas), e inferencias (tolerancia vs intolerancia)	Presentaba pensamientos y lenguaje absolutista y demandante. Se utilizó el modelo ABCDE, debate lógico, empírico y práctico, preferencias versus demandas, tolerancia vs intolerancia.	Presenta cogniciones racionales demostradas en sus verbalizaciones y registros ABCDE, además, responder a preguntas concisas y directas dirigidas a comprobar la validez de sus pensamientos, debatiendo a favor y en contra de las racionales e irracionales. Manejo adecuado del debate lógico, empírico y pragmático comprobado a través de preguntas concisas. Verbaliza y expresa un lenguaje preferencial y racional, refiriendo “me gustaría mucho obtener lo

que deseo en la vida y si no lo consigo lo puedo soportar, no seré infeliz el resto de mi vida”.

“La realidad es que si puedo soportar las dificultades que se me presenten y lo puedo comprobar porque sigo viva y estoy aquí”.

En cuanto al tercer indicador, se observó que la utilización del modelo ABCDE fue de gran utilidad para que logre identificar pensamientos, emociones y conductas irracionales. En cuanto al debate de las creencias irracionales, refiere utilizar el siguiente cuestionamiento una vez que identifica sus creencias, haciendo las preguntas a continuación: *“es una demanda o una preferencia?”*, *¿puedo soportarlo?”*, *¿es realmente terrible o es incomodo?”*, *¿existe otra manera de ver esto?”*.

Evidencia el cambio de creencias irracionales por *“quiero sobre salir en lo que hago, pero no tengo que hacerlo”*, *“me gustaría que me acepten en la clínica X y si no lo hacen, me fastidiaría y eso lo puedo soportar”*, *“quisiera tener la certeza de muchas cosas en mi vida, pero eso es imposible, porque la vida es cambiante y los humanos también”*. Asimismo, distingue con claridad entre sus valores no absolutos (sus preferencias, gustos, deseos) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas, imperativos)

Además, refiere: *“muchas veces voy a tener que hacer cosas desagradables y poco interesantes para mi y aunque me disguste lo voy a poder soportar y eso lo comprobé cuando tenía que reemplazar a una colega en la Universidad y dictar un curso que no me gusta, y lo soporté”*.

Tabla N°14

Indicador 4 y resultados

Indicador 4	Hallazgos	Resultados
Reconocer emociones insanas de emociones insanas y conductas funcionales de no funcionales	Entendía las emociones como buenas o malas absolutistas. No conocimiento de las emociones negativas sanas. Entendía el sobre exigirse en los estudios y dejar de lado las actividades placenteras era un comportamiento bueno.	Reconoce entre emociones sanas e insanas demostrado a través de su conducta funcional que le permite lograr sus objetivos. Manifiesta sentir emociones sanas, que le permiten actuar racionalmente ante situaciones incómodas que logra tolerar sin evitarlas o entrar en estados de impaciencia. Refiere que la ansiedad es una emoción insana ya que le obstaculizaba avanzar en sus metas, además , que le producía un gran malestar emocional. Ej.: acepta la incertidumbre de no saber fechas para los exámenes ni entrevistas. Le es molesto no saberlo, pero lo acepta y tolera, lo que le permite seguir estudiando sin sentirse ansiosa o paralizarse.

En cuanto al indicador 4, se confirmó conductas asertivas y funcionales donde se le observó retomar actividades placenteras (baile contemporáneo), así como, capacidad para reconocer las creencias irracionales, refutarlas, sustituirlas por racionales, evidenciando emociones saludables, a través de su relato, conducta manifiesta, tareas escritas y conductuales, demostradas a través de videos y fotos enviados por la usuaria y de un mensaje vía WhatsApp enviado por su esposo, donde

reconoce y agradece el cambio de su esposa ya que la ha vuelto a ver sonreír, con una actitud más tranquila y estable. Además, refiere hacerse estas preguntas cada vez que detecta una creencia irracional: *“puedo probar que esta creencia es racional?, ¿esta creencia me ayuda o me perjudica?, ¿me ayuda a obtener lo que quiero?, ¿me ayuda a sentirme mejor?*

Tabla N° 15

Indicador 5 y resultados

Indicador 5	Hallazgos	Resultados
Aceptación de si misma, los otros y el mundo en general	Presentaba aceptación condicional de si misma, los otros y la vida en general.	<p>Se acepta a si misma como una persona que puede fallar, equivocarse, tener habilidades en ciertas cosas y no en otras, sabiendo que eso no la convierte en un ser inútil o fracasada.</p> <p>Acepta a los otros con sus defectos y virtudes ya que también son seres humanos falibles y que no existen seres perfectos.</p> <p>Acepta las condiciones de vida, con sus dificultades, sabiendo que la vida está en constante cambio y no se puede tener todo lo que se desea de ella.</p> <p>Se comprueba a través de videos de ella realizando actividades sin éxito, juegos de mesa perdiendo, preparando cenas sin sabor y cantando desafinadamente y a pesar de sus fallas, mantiene una actitud de aceptación manifestada en sus expresiones verbales y conductuales, además, de su relato.</p>

En cuanto al indicar 5, se señala que logra la auto aceptación, la cual se evaluó mediante la exposición a tareas (leer en inglés y hacer un resumen de lo leído) o actividades (Karaoke) que considere que no es buena y le suponga cierto riesgo a equivocarse o hacerlo mal y se confirmaron los resultados a través de videos en vivo de ella cantando Karaoke, donde ella misma se reía se su desentonación mientras su esposo le tomaba fotos. Refiere que ha logrado aceptarse a si misma, y que para lograrlo ha seguido utilizando las preguntas que se le enseñaron en las sesiones, siendo estas: *“qué evidencia tengo que a favor de lo que pienso?”*, *¿qué evidencia tengo en contra de lo que pienso”*. *“esas preguntas me ayudan mucho a darme cuenta de la realidad y no de lo que yo creo que es la realidad”*. *“no hay ser humano perfecto, hasta el Papa y la Madre Teresa de Calcuta se han equivocado”* Además, refiere hacer uso del debate lógico en situaciones donde se da cuenta que se juzga: *“¿tiene sentido pensar que si no quedo en primer lugar en el examen soy mala?”*, *“¿tiene sentido pensar así?”*, el uso de debate empírico: *“¿dónde está escrito que esta creencia tiene sentido?”*, *“sí no logro entrar a la clínica X no me convierte en un fracaso, puede ser que me falte algo más para aprender”*. Refiere: *“Asumir riesgos es importante para conocer los límites personales, aumentar los intereses, resolver problemas y desarrollar habilidades, conocer lo que a uno puede gustarle, así como, clarificar metas y valores personales, logrando la aceptación de uno mismo”*

Por otro lado, la jefe-psicóloga del Centro, refiere haberse comunicado por teléfono con la paciente quien le expresa su total satisfacción y agradecimiento por la ayuda recibida y el entrenamiento dado en sesiones.

1.1 Análisis de los Resultados

Cabe mencionar, tanto al inicio, como en el desarrollo y la finalización de la intervención se hizo uso de las entrevistas semiestructuradas y abiertas, evaluaciones, utilización de los registros A-B-C-D-E, técnicas cognitivas, conductuales y emotivas, sobre todo el uso del humor para ilustrar el pensamiento ilógico y, además, compartir una experiencia emocional positiva con el fin de observar un antes y un después de la intervención que demuestren el logro de los objetivos planteados. No se utilizaron pruebas o instrumentos psicométricos.

En cuanto al objetivo general se alcanzó con éxito, logrando conseguir una nueva filosofía de vida más racional, adoptando creencias racionales que le generan emociones sanas y conductas funcionales para un mayor bien estar. Los resultados obtenidos coinciden con la TREC, la cual muestra que la mejor forma de cambiar consiste en pensar más científica y lógicamente, lo que dará como resultado un cambio profundo en la actitud y en la filosofía de vida. (Dryden, 1996).

Se presentan los resultados de los objetivos planteados.

A continuación, en la Tabla N°16 se presenta resultados del primer objetivo específico.

Tabla N°16

Primer objetivo específico y Resultados

OBJETIVO 1	HALLAZGOS	RESULTADOS	COMPROBADO mediante
Adquirir conocimiento de la TREC, asumir responsabilidad de su participación en la problemática	Culpaba a otros y a las situaciones por su malestar emocional.	“Es mi responsabilidad elegir cómo pensar. Seguir practicando hasta que se vuelva automático lo aprendido, comprometiéndome conmigo misma para lograrlo.”	Entrevistas, preguntas abiertas, preguntas cerradas, ABC.

Se alcanzó el primer objetivo específico. Logra reconocer su participación en la problemática, asumiendo responsabilidad emocional al comprender el origen y mantenimiento de su emoción insana (ansiedad), entiende que su pasado no determina su presente y que ha tenido que practicar mucho en establecer metas y compromisos con ella misma para alcanzarlos, llevar a la práctica lo aprendido, ser repetitiva, enérgica en lo que se hace, y mantener los cambios logrados para prever las recaídas. Se evidencia interés auténtico, dedicación, atención y cumplimiento de las sesiones terapéuticas y tareas, asignadas. Emplea un lenguaje racional, lógico y flexible. Para verificar su comprensión, se evaluó la comprensión de la paciente mediante entrevistas, observación y registros ABC.

Los resultados concuerdan con Ellis, al indicar que las personas saludables tienden a aceptar la responsabilidad de su propia existencia en lugar de echar la culpa al pasado, a los demás o a las condiciones de vida por sus pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales. Son capaces de elegir con libertad sus propias emociones, conductas y estilo de vida (Ellis, 1994).

Tabla N°17

Segundo objetivo específico y resultados

OBJETIVO 2	HALLAZGOS	RESULTADOS	COMPROBADO mediante
identificar, debatir y sustituir creencias irracionales por racionales	Falta de conocimiento con relación a demandas y preferencias y cuestionamiento	Comprensión teórica y puesta en práctica con resultados positivos	Entrevistas, preguntas abiertas, ABC, cuadros comparativos de pensamientos racionales e irracionales realizados por ella.

Segundo objetivo específico, menciona identificar, debatir y sustituir creencias irracionales por racionales, se pudo evidenciar y comprobar el cambio de creencias irracionales por racionales a lo largo de las sesiones mediante entrevistas, evaluaciones, preguntas concisas, registros ABCDE y tareas para casa. Asimismo, se le hacen preguntas de tipo : *¿qué esperas de tus estudios de patología? y dame una respuesta racional e irracional y explícame por qué es racional o no lo es.* “*Respuesta racional: quiero estar bien preparada para rendir acorde a lo requerido. Es racional porque es mi deseo y no estoy exigiendo que debiese estar preparada a como de lugar*”

“Respuesta Irracional: Tengo que resolver todas las preguntas y sobre salir en las entrevistas. Es irracional porque estoy auto exigiéndome y demandándome y no tengo ninguna evidencia que tengo y debo de sobresalir o rendir a la perfección “

Otra pregunta formulada a la paciente: *¿Cómo cuestionas tu pensamiento irracional de tener que ingresar a la Clínica X o de lo contrario sería insoportable?*

“Me digo a mi misma ¿tiene sentido seguir pensando que todos mis deseos deben cumplirse?, ¿dónde está escrito que tengo me tienen que aceptar en la clínica X?”

Y qué te respondes: *“no está escrito en ninguna parte, es lo que me gustaría y preferiría y no tiene que cumplirse porque yo lo digo, y Preferiría ingresar a la Clínica X, si no, tengo más opciones, no es el fin del mundo”.*

Una vez identificadas las creencias irracionales se pretende conseguir mediante el debate de (D) unas nuevas creencias racionales más flexibles, lógicas y coherentes, empíricamente congruentes y verificables y/o que sean útiles y convenientes para conseguir los objetivos personales (E).

Tabla N°18

Tercer objetivo específico y resultados

OBJETIVO 3	HALLAZGOS	RESULTADOS	COMPROBADO mediante
Generar emociones sanas mediante pensamientos racionales	Ansiedad, inquietud, llanto, tensión, impaciencia, preocupación excesiva	Preocupación, estabilidad emocional	Lenguaje racional, lo que se observa en su conducta, gestos, lenguaje. Modelo ABC

Se alcanza el tercer objetivo. Evidencia capacidad para identificar y diferenciar emociones sanas de no sanas con ejemplos. Lo logró mediante el cambio de creencias irracionales a racionales practicando el debate de manera enérgica sus creencias irracionales y racionales a favor y en contra, para ir afianzando las racionales y generar emociones sanas.

Los resultados obtenidos coinciden con DiGiuseppe, Doyle, Dryden, (2014), señalando que la manera más efectiva de cambiar la emoción insana es poder averiguar lo que uno piensa y cambiarlo, pero no resulta fácil hacerlo, y se requiere esfuerzo, práctica y mucho trabajo.

Tabla N°19

Cuarto objetivo específico y resultados

OBJETIVO 4	HALLAZGOS	RESULTADOS	COMPROBADO mediante
Desarrollar hábitos y conductas funcionales para el logro de objetivos personales	Paralización, llanto, dejó de hacer actividades placenteras,	Retoma actividades placenteras, organiza horas de estudio, comparte actividades familiares, Encaminada hacia el Logro de sus objetivos.	Entrevistas, Videos, mensajes de texto del esposo, mensaje de la jefa del Centro,

Se comprobó el cumplimiento del cuarto objetivo mediante videos, mensajes, entrevistas y manifestaciones verbales y conductuales observables. Al mantener un pensamiento racional, genera una emoción sana que a su vez le permite actuar de manera funcional facilitándole el logro de sus objetivos.

Se ajusta a lo que señalan Ellis & Dryden (1987), refiriéndose a cuando una persona siente una emoción, tiende a actuar de una determinada manera en función de lo que siente. Si siente una

emoción insana, su primera reacción a corto plazo es protegerse para reducir o eliminar dicha emoción, pero resulta contraproducente a largo plazo, ya que no alcanza a conseguir sus metas.

Además, los pensamientos crean y afectan a las emociones y a las acciones, y los sentimientos y los comportamientos también crean y afectan a los pensamientos, y lo que se denomina *perturbación emocional* tiene aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, y no deriva puramente del pensamiento, a pesar de su importante influencia. (Dryden, 1996)

A continuación, en la tabla N° 20 se presentan los resultados de la intervención sobre los pensamientos de la paciente. En la primera columna se presentan las técnicas y en las siguientes la comparación del pensamiento pre y post del tratamiento. Las comparaciones se hacían en función a las respuestas que daba la paciente a las preguntas que se le realizaban para comprobar la validez de su racionalidad o irracionalidad.

Tabla N°20

Comparación del pensamiento pre y post tratamiento

Técnica	Pre- intervención	Post- intervención	Resultados
T. Cognitiva	“esta situación me pone muy ansiosa, no puedo concentrarme”	“no es la situación la que me pone ansiosa, es lo que yo pienso acerca de la situación”	Logró conexión B-C
Psico- Educación ABC	“no sé por qué estoy tan ansiosa y no sé qué hacer para que desaparezca” (<i>Desconocimiento de la problemática</i>)	“cuando pienso de manera rígida, me siento ansiosa. Y cuando me doy cuenta de ello, flexibilizo mis pensamientos lo que me produce una emoción mas sana”	Consciencia de su propia contribución a la ansiedad

<p>T. Conductual</p>	<p>“no quiero sentirme así de ansiosa, no puedo controlarlo y no sé qué hacer”</p> <p>“no tengo ganas de bailar ni de hacer nada de lo solía hacer para distraerme”</p>	<p>“desde que empecé a utilizar la técnica de la mariposa, casi 3 a 4 veces al día, estoy más calmada y concentrada”</p> <p>“retomé el baile contemporáneo con mi esposo y me siento con mas energía y de mejor humor”</p>	<p>Correcto empleo de técnica. Emoción sana (preocupación)</p> <p>actividades placenteras</p>
<p>T. Cognitiva</p>	<p>“tengo que sacar una nota por encima del promedio”</p> <p>“sería una tonta si me equivoco en responder correctamente en la entrevista”</p> <p>“no soporto cuando me equivoco”</p> <p>“esta situación es insoportable”</p> <p>“no soportaría si no me aceptan en la clínica X”</p>	<p>“me gustaría sacar una nota por encima del promedio y si no lo consigo, me incomodaré y lo podré soportar”</p> <p>Si respondo mal no me convertiría en una tonta, sería un ser humano que se equivoca</p> <p>“¿tiene sentido seguir pensando que todos mis deseos deben cumplirse?”</p> <p>“no es lógico pensar que todo lo que yo quiera tenga que suceder, es irreal”</p> <p>“¿dónde está escrito que tengo que entrar a la clínica X?”</p> <p>“en ninguna parte, es lo que me gustaría y preferiría y no necesariamente tiene que cumplirse”</p> <p>“cometí un error, no me gustó, pero lo acepté con incomodidad y lo soporté”</p> <p>“es lo que me digo a mi misma lo que me genera la emoción”</p> <p>“¿qué es lo peor que podría pasar si no ingreso a la Clínica X? “podría entrar a la Clínica Z como alternativa”</p>	<p>Logró sustituir pensamiento irracional por racional. auto aceptación,</p> <p>Debate lógico</p> <p>Debate empírico</p> <p>Tolerancia a la frustración</p> <p>Reconocimiento de la propia participación de la problemática</p> <p>Tolera la incomodidad y fastidio</p>

Los datos obtenidos se comprobaron a través de evaluaciones, observaciones, uso de registros A-B-C-D-E, al igual que, preguntas dirigidas a confirmar la falsedad de las creencias irracionales y verificar las nuevas alternativas racionales. Algunas de las preguntas fueron de tipo ¿qué evidencia tienes de ...? , ¿en qué sentido es cierta o falsa esa creencia?, ¿en qué otra forma puedes verlo?, ¿estás manteniendo actitudes de exigencia o de preferencia?, ¿la evidencia que dispones apoya o contradice tus pensamientos?, ¿qué beneficio tiene el pensar de esta manera?, ¿por qué? entre otras.

Se evidencia que la paciente reconoció y aceptó su parte de responsabilidad en la creación y mantenimiento de su malestar como resultado de su propio sistema de creencias, lo que la motivó aprender a sustituir sus creencias irracionales por racionales lo que le servirá para gestionar recaídas o resolver problemas futuros por si misma. De igual forma, adoptó conductas más adaptativas y funcionales, lo que se comprobó a través videos enviados por la paciente donde se le observa retomando el baile contemporáneo y el uso de métodos de relajación, que le permitieron realizar tareas de su interés, además, de alcanzar sus metas profesionales.

Por tanto, acorde con las evaluaciones realizadas, los resultados indican que la ansiedad (emoción insana) que manifestaba la paciente se generaba por el mantenimiento de creencias irracionales de *“debo ser muy competente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga “y es tremendo, catastrófico e insoportable cuando las cosas no van por el camino que a uno le gustaría que fuesen”*. Estos resultados son consistentes con lo que señala *Ellis (1980)*, quien refiere que la perturbación emocional proviene de una ideología “musturbatoria” de donde se derivan los debes/deberías y de la tendencia a catastrofizar (creencia evaluadora) y a valorarse negativamente

a uno mismo, a los otros o a la vida. Estas creencias evaluadoras se atribuyen normalmente a los sucesos vitales relacionados con la ejecución, aprobación y malestar.

Asimismo, coincide con Ellis (2000) y su clasificación de creencias racionales basadas en preferencias y creencias irracionales basadas en demandas, dado que estas últimas se caracterizan por su rigidez e intolerancia a la frustración.

Cabe mencionar, tanto al inicio, como en el seguimiento y la finalización de la intervención se hizo uso de las entrevistas semiestructuradas y abiertas, evaluaciones, utilización de los registros A-B-C-D-E, técnicas cognitivas y técnicas emotivas, sobre todo el uso del humor para ilustrar el pensamiento ilógico y, además, compartir una experiencia emocional positiva con el fin de observar un antes y un después de la intervención que demuestren el logro de los objetivos planteados.

A continuación, se presenta la Tabla N°21 las creencias irracionales identificadas y emociones que presentaba la paciente antes de la intervención y post intervención.

Tabla N°21

Creencias, emociones y conductas pre y post intervención

CREENCIA IRRACIONAL ANTES DE TREC	MANIFESTACIÓN	CREENCIA RACIONAL POST TREC	MANIFESTACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTUAL
Debo tener éxito en todo lo que proponga (<i>creencia irracional N° 2</i>)	Ansiedad Inquietud tensión muscular llanto bloqueo	Preferiría sobre salir y tener éxito en todo lo que me proponga (<i>Creencias racional, flexible, lógica</i>)	Estabilidad emocional, Preocupación, Hábitos de estudio funcionales, ejercicios de relajación, baile, lecturas, estudiar con amigas
Sería terrible e insoportable si no tengo lo que quiero (<i>creencia irracional N° 4</i>)	(emociones no sanas)	Si no consigo tener éxito no sería el fin del mundo, puedo tolerarlo	(emociones sanas y conductas funcionales)
Si no tengo éxito en los exámenes y en la entrevista significa que soy un fracaso		Eso no me convierte en una persona insuficiente, solo en una persona que no obtuvo lo que quiso.	Replica lo aprendido en su contexto natural, con familia y amigos a modo de afianzar las creencias racionales.

En la Tabla N° 21 se muestra como resultado un cambio cognitivo, emocional y conductual, favoreciendo a que experimente emociones sanas y tome consciencia de la importancia de poner en práctica lo aprendido a su contexto natural para afianzar su nueva filosofía racional.

2. Reflexión de la Experiencia

2.1 Limitaciones en el Proceso de Intervención

La adaptación a la terapia online generó en un principio cierto temor, ya que puede ser percibida como fría e impersonal, especialmente en la acogida, debido a la distancia física, afectando a ambas partes en un inicio, el cual se fue disipando después de las sesiones iniciales.

Así mismo, el acceso a internet estable y a un dispositivo adecuado para la video llamada se vuelve un requisito, ya que al existir una mala conexión se ve perjudicada la información y en ocasiones a pesar de oír y ver a la paciente, se pueden perder ciertos matices de la comunicación.

Un espacio apropiado en términos de confort y privacidad ya no es total responsabilidad del profesional, en este caso, la paciente debe contar con el espacio adecuado ya que las condiciones habitacionales implican convivencia y no siempre se dispone de un espacio privado y la sesión podría verse interrumpida. Para evitar en lo posible las interrupciones y facilitar llevar de manera apropiada la terapia online, se acordó previamente con la paciente los términos del servicio, como la vía de comunicación, el horario de atención y el uso de un espacio adecuado que garantice privacidad para el correcto desarrollo de las sesiones.

2.2 Impacto

Por otro lado, para conocer la opinión y el grado de satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida por el profesional asignado, se realizó una encuesta en la cual los resultados mostraron que los aspectos más valorados por la paciente fueron la calidez, la confianza, el sentido del humor, la aceptación incondicional y el real interés por parte del profesional en brindar herramientas terapéuticas, permitiéndole construir alternativas de pensamientos más racionales que generen emociones más saludables y comportamientos más funcionales.

Este reconocimiento favoreció y contribuyó a que recomendara a familiares y amistades cercanas permitiendo a su vez que mas personas conozcan el Centro Internacional de Terapia online. Asimismo, hizo una breve reseña a través de las redes sociales y en la pagina web del Centro describiendo su experiencia positiva en terapia, haciendo énfasis en la importancia de ser atendido por un buen profesional de la salud mental.

2.3 Aporte

El caso de estudio pudo reunir y constatar información relevante y fehaciente acerca de como las creencias irracionales que maneja la persona impactan en su estado emocional generándole ansiedad y la conducen a conductas disfuncionales que interfieren en el logro de sus metas personales.

- Primer aporte

A la comunidad científica del área clínica de Psicología, ya que los datos obtenidos son útiles para futuros estudios y abordajes siendo más factible identificar las ideas irracionales y sus consecuencias.

- Segundo aporte

A la Facultad de Psicología, por ser una institución que forma profesionales y futuros investigadores ; a estudiantes que soliciten saber acerca de las creencias irracionales y su impacto emocional en las personas.

- Tercer aporte

A los psicólogos-psicoterapeutas, puesto que la situación de la pandemia y los cambios que ésta ha generado se ha podido implementar la terapia online con resultados eficaces que, además, favorece a personas que no pueden asistir de manera presencial al consultorio.

- *Cuarto aporte*

Al contexto en general (social, laboral, académico, familiar, de salud). El estudio permitió demostrar la influencia que tienen las creencias irracionales en las emociones y como estas influyen en la conducta, interrumpiendo el bienestar de la persona.

2.4 Demandas Profesionales Requeridas

La actividad que ejerce el terapeuta lleva implícita una alta responsabilidad, pues trata con personas emocionales, reactivas, sensibles, racionales, irracionales y más, donde la paciencia y tolerancia se ejerce en muchas ocasiones. Por lo tanto, se debe reunir una serie de características tanto como profesional, así como, individual, que se pusieron a prueba durante las sesiones brindadas. El saber escuchar y comprender no es suficiente, más bien, donde se puso a prueba y potenció la tolerancia a la frustración y perder el miedo cuando se encuentra que la persona no se dan cuenta de su irracionalidad con facilidad, cosa que influye en el terapeuta que tiene que mantener una posición ecuánime para poder evidenciar esta creencia ilógica. Asimismo, saber diferenciarse del paciente, ya que ambos manejan formas diferentes de ver la vida, por lo que se tiene que ser objetivo y no promover sus propias creencias como racionales en consulta. Por último, saber adaptarse a la nueva modalidad de atención online, requiere práctica y tolerancia, puesto que la sesión puede verse limitada por falta de una señal estable de internet o de un espacio adecuado por parte del paciente, para llevar la terapia a cabo sin interrupciones.

2.5 Autoevaluación y Autocrítica Personal e Institucional

En cuanto a la auto evaluación, el mantener la escucha activa y receptiva y procurar dirigir la atención a la totalidad de lo que pasa en sesiones, enriquece la información. El considerar que las sesiones sean muy formales no van acorde con el estilo personal ni profesional, mientras que

siendo menos formal y hasta informal en ocasiones hace la dinámica más fluida y menos tensa, logrando establecer más empatía y confianza en la relación terapéutica.

Acercas de la autocritica, si se presenta algo que pueda irritar o generar malestar, repetidas veces, como la impuntualidad o interrupciones durante la sesión debido a que la paciente se encuentre realizando una actividad paralela, no se encuentre en un espacio adecuado y privado para atender la sesión, o la inestabilidad de la señal de internet, se hace difícil expresar el disgusto por parte del terapeuta ya que es el responsable de mantener una actitud ecuánime en momentos de tensión e impaciencia. Estas situaciones permitieron potenciar la tolerancia, empatía y comprensión de las dificultades que tenía la paciente, tanto personal como profesional.

En cuanto al Centro, se reconoce el profesionalismo de todo el equipo, sin embargo, es necesario que el área administrativa realice un reencuadre de las condiciones en las que las intervenciones psicológicas se han practicado tradicionalmente, siendo el Centro el responsable en comunicárselo al paciente antes de la intervención para evitarle al terapeuta esa labor y usar el tiempo en intervención. Además, no son claras las condiciones de seguridad para el manejo de la información sin que se viole el privilegio de confidencialidad que rige la relación entre terapeuta y paciente.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Centro hacer y dar a conocer a los pacientes las normas de una atención online, donde se señale la importancia de la persona y el equipo, la seguridad de los datos, contar con una buena señal de internet y un espacio privado para evitar interrupciones durante las intervenciones terapéuticas.
- Considerar un seguimiento de la paciente y evaluar posibles recaídas.
- Se recomienda implementar herramientas para mejorar la atención de personas que presentan algún problema psicológico relacionado a estas creencias. Por tal razón, es necesario realizar intervenciones como la Terapia Racional Emotiva Conductual, un modelo de abordaje terapéutico, que permite cambiar estilos de pensamientos irracionales por racionales, flexibles y lógicos.
- Fomentar intervenciones psicoterapéuticas en Universidades dirigidas a estudiantes y docentes.
- Implementar intervenciones psicoterapéuticas en Centros de Salud (hospitales, clínicas) dirigido a los profesionales de salud.
- Con la información obtenida se recomienda concientizar de manera profesional el fenómeno de las creencias irracionales con relación a la ansiedad y realizar intervenciones pertinentes para su estudio y tratamiento.

CONCLUSIONES

Para este estudio, cabe mencionar que los resultados se obtuvieron mediante evaluaciones utilizando el modelo ABC, entrevistas abiertas, preguntas concisas, registros, tareas, videos y corroboraciones de otras personas. No se utilizaron pruebas o instrumentos psicométricos.

En referencia al objetivo general del caso, se concluye que la paciente logró alcanzar satisfactoriamente una nueva filosofía de vida más racional. La motivación, interés y constancia de la paciente, sumado al acompañamiento terapéutico durante el proceso fue relevante para lograr el objetivo deseado.

Respecto a los objetivos específicos:

1. Se logró la comprensión del origen de la perturbación emocional (ansiedad), mantenimiento y consecuencias, a través del conocimiento de la filosofía de la TREC, lo que le permite decidir cómo pensar, aceptando y asumiendo su responsabilidad en la participación de la propia perturbación emocional.
2. Se logró identificar, debatir y sustituir las creencias irracionales por creencias racionales mediante la utilización del modelo ABCD, debate y cuestionamiento lógico, empírico y práctico, demostrado a través del uso de un lenguaje racional (preferencial), manifestaciones de emociones sanas y conductas funcionales.
3. Se logró generar y mantener emociones sanas debatiendo a favor y en contra de las

creencias irracionales, sustituyéndolas por creencias racionales y como consecuencia se producen emociones sanas. Se evidencia a través de sus conductas adaptativas, funcionales y eficaces.

4. Se consiguió desarrollar hábitos y conductas funcionales para el logro de los objetivos personales manteniendo creencias racionales que generen emociones sanas y estas a su vez permitan conductas adaptativas. Se comprobaron mediante la revisión de tareas, registros ABC, videos y mensajes del cónyuge.

REFERENCIAS

- Bertacco, M. (2011) *Fundamentos Epistemológicos del Modelo Cognitivo*. Barcelona: Institut RET (en prensa).
- Botella, C., Baños, R., García Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. & Pons, A. (2007). *La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica*, UOC papers (4), 32-41.
- Brown, F.W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964
- Camerini, Julio (2000). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. <https://www.unc.catrec.org/index.htm>
- Chaves, L. & Quiceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva*. 2(3), 41-56.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R. M., Santed Germán, M. A., & Romero Déniz, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 2(2), 123–136. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3838>
- Chuco, V., Álvarez, J., Chávez, M., & Cuba, L. (2020). El trabajo remoto y el desempeño laboral en el marco del COVID-19. *Review of Global Management*, 6(1), 50-55.
- Coba, F. M. T. (2020). Trabajo remoto en procesos no urgentes a consecuencia del brote del coronavirus (COVID-19) en el Perú y su aplicación continua. *Revista Oficial del Poder Judicial. Órgano de Investigación de la Corte Suprema de Justicia de la República del Perú*, 11(13), 439-458. <https://revistas.pj.gob.pe/revista/index.php/ropj/article/download/53/108>

- Dias BG, Banerjee SB, Goodman JV, Ressler KJ. Towards new approaches to disorders of fear and anxiety. *Cur Opin Neurobiol.* 2013;23(3):346-352.
- DiGiuseppe, R.; Doyle, K.; Dryden W.; Backx (2014). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy.* London: Oxford University Press.
- Dryden, W. (1996). *Inquiries in Rational Emotive Behavior Therapy.* London: Sage publications.
- Dryden, W. (2012). *Dealing with Emotional Problems Using Rational Emotive Behavioral Therapy.* Routledge publications.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva.* New York: Springer Publishing Company
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59(1), 35-49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. *Rational Living*, 15, 25-30.
- Ellis, A. (1984). The essence of Ret. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2(1), 19-25.
- Ellis, A. (2000). Como controlar la ansiedad antes que los controlo a usted. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books/about/C%C3%B3mo_controlar_la_ansiedad_antes_de_que.html?id=f1Cqjx5TgK0C&redir_esc=y
- Ellis, A. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva.* Paidós
- Ellis, A. & Beck, A. (2005). Los fundadores de la terapia Cognitiva. Extraído de: www.psicologíaonline.com
- Ellis, A. & Lega, L. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Revista de Psicología Conductual*, 1(1), 101 – 110. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>

- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *The practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. New York: Springer. (Práctica de la terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989.)
- Ellis, A. & Dryden, W. (1990). *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- Ellis, A. & Grieger, R. (2003) *Manual de Terapia Racional – Emotiva (10a ed.)*, Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Ellis, A. & MacLaren, C. (2004) *Rational Emotive Behavior Therapy, A Therapist Guide (2da. Ed)*, Atascadero, California. Impact Publishers
- Lega, L. I. & DiMattia, D. (2003). *Managing your Emotions: An REBT Approach*. New York: Albert Ellis Institute.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L. & Sorribes, F. (2012) *Una guía para manejar emociones*, Madrid, España
- Nickelson, D. (1998). Telehealth and the evolving health care system: strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29,527-535.
- Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). Recuperado de <https://oei.org.br/arquivos/informe-COVID-19d.pdf>
- Papalia, D. E. (1994). *Psicología*. Madrid: Ed. Mac Graw-Hill.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sanz, I., Sáinz, J. & Capilla, A. (2020). Efectos de la crisis del coronavirus en la educación.
- Shah AA & Han JY. *Anxiety. Continuum (Minneapolis Minn)*. 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):772-782.
- Spielberger, C. D. (1966). *Theory and research on anxiety*. *Anxiety and behavior*. New York: Academic press.

Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo.Urizar, A. & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., & Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID- 19 outbreak. Geneva: World Health Organization; 2020

ANEXOS

ANEXO 1

A continuación, se presenta el Cronograma de Trabajo:

Cronograma de evaluación y tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Conductas esperadas
1 y 2	La paciente pueda conocer el origen de la perturbación emocional que esta presentando y como contribuyen a su malestar	<ul style="list-style-type: none">• Psico-educación	Comprensión del origen de la problemática
3 y 4	<ul style="list-style-type: none">• Identificar y debatir las creencias irracionales	<ul style="list-style-type: none">• Psico-educación TREC• Modelo ABC• Detección de síntomas secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Comprensión, identificación de creencias irracionales y diferenciarlas de las racionales
5 y 6	<ul style="list-style-type: none">• Identificar las emociones no sanas y reconocer las sanas	<ul style="list-style-type: none">• Modelo ABC• Debates• Psico-educación• Humor• Activación conductual	Diferenciar emociones sanas de las no sanas
7 y 8	<ul style="list-style-type: none">• Planifique y retome actividades placenteras que eran limitadas por las creencias irracionales	<ul style="list-style-type: none">• Modelo ABC• Debates• Metáforas• Psico educación• Preferencias-demandas	Conductas funcionales

9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> •Debatir exigencias, tolerancia y auto aceptación •Sustituir creencias irracionales por racionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo ABC • Debate • Rol playing • psico-educación • Humor •Auto-revelación 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto debate de las creencias irracionales. Sustituirlas por racionales
11 y 12	<ul style="list-style-type: none"> •Debatir exigencias, tolerancia, auto aceptación •Utilización de lenguaje racional 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate • Rol play • Humor, metáforas •Preferencias -demandas • Modelado 	<ul style="list-style-type: none"> •Auto debate de las creencias irracionales
13 y 14	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar Lenguaje racional •Reforzar pensamientos racionales •Reforzar emociones sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencias vs demandas • Valoración de coste-beneficio • Rol Play 	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de frases racionales
15 y 16	Repasar logros, cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificación de dudas 	Nueva filosofía de vida mas racional

ANEXO 2

El cronograma de las 5 sesiones de seguimiento se muestra a continuación:

Cronograma de sesiones seguimiento

Seguimiento	Objetivos	Técnicas	Resultados
1	Reconocer responsabilidad y participación de sus creencias irracionales	Entrevista abierta	Asumió responsabilidad de su participación en la perturbación emocional
2	Detección de creencias irracionales y discriminarlas de las racionales	Entrevista abierta	satisfactorio
3	Debate de creencias irracionales y creación de alternativas racionales	Entrevista abierta	satisfactorio
4	Diferenciar entre emociones sanas e insanas, conductas funcionales de disfuncionales	Entrevista abierta	satisfactorio
5	Reforzar logros alcanzados Cierre de terapia	Entrevista abierta	Mantener estrategias aprendidas

ANEXO 3

Cronograma de Monitoreo y Evaluación

Monitoreo	Evaluación	Qué se hizo
1, 2	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para asumir responsabilidad en su participación del malestar emocional • Dificultad en diferenciar emociones sanas de insanas • Dificultad en identificar, debatir y crear nuevas alternativas racionales • Baja tolerancia, auto condena 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo psico-educación, resolver dudas, aclarar conceptos de emociones sanas y no sanas • Se practicó y reforzó debate lógico, empírico y pragmático. Preferencias vs exigencias, auto aceptación, tolerancia.
3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Logra identificar creencias irracionales y derivados (tolerancia, condena) • Reconocimiento de conductas funcionales (Baile, estudio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • Mantener aprendidas y afianzarlas estrategias
5	<ul style="list-style-type: none"> • Logró controlar la respuesta de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y afianzar técnicas y estrategias aprendidas

ANEXO 4

Formato del Modelo ABCDE (Dryden ,1996)

A (Acontecimientos o adversidades activadoras)		C (Consecuencias)	
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Principales emociones negativas poco saludables: Principales conductas autoderrotistas:</div>	
<p>* Resuma, brevemente, la situación que le molesta (qué vería una cámara) * Un A puede ser interno o externo, real o imaginado * Un A puede ser un acontecimiento del pasado, presente o futuro</p>		<p>Las emociones negativas poco saludables incluyen: ansiedad, depresión, ira, baja tolerancia a la frustración, celos, culpa, sentirse herido</p>	
B (Creencias irracionales)	D (Disputar las B)	E (Nuevas filosofías efectivas)	E (Nuevas conductas y emociones)
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Nuevas emociones negativas saludables: Nuevas conductas constructivas saludables:</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Para identificar las B, hay que buscar: *Exigencias dogmáticas (debos, absolutos, etc.) *Catastrofismo (es horrible, terrible, etc.) *Baja tolerancia a la frustración (no puedo soportarlo) *Estimación de uno mismo/demás (Yo no tengo, el/ella... no tiene valor)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Para disputar hay que preguntarse: * ¿A dónde me lleva esta creencia, me ayuda o me dificulta? * ¿Dónde está la evidencia que apoya mi creencia irracional, es consistente con la realidad social?, ¿es mi creencia lógica?, ¿es una derivación de mis preferencias?, ¿es de verdad tan espantosa (tan mala como podría ser)?, ¿de verdad, no puedo soportarla?</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Para pensar de forma más racional, busca: * Preferencias no dogmáticas (deseos, querencias, etc.) * Evaluar lo malo (es malo, desafortunado) * Alta tolerancia a la frustración (no me gusta, pero lo puedo soportar) * No estimar de forma global el sí mismo y a los otros (Yo y los otros somos seres humanos que fallamos)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Las emociones negativas saludables incluyen: * Malestar * Preocupación * Fastidio * Tristeza * Pesar * Frustración</div>

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tamara Nassar C.

INTERVENCIÓN TREC ONLINE EN UN CASO DE ANSIEDAD DE UN CENTRO DE PSICOTERAPIA

Próposito de estudio:

Has sido invitada a participar en el estudio de caso INTERVENCIÓN TREC ONLINE EN UN CASO DE ANSIEDAD DE UN CENTRO DE PSICOTERAPIA. Estudio desarrollado por Tamara Nassar para optar por el título de Licenciada en Psicología. El propósito de esta investigación es para fines académicos.

Confidencialidad:

La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su identidad será protegida en la manera que utilizaremos nombres ficticios en el manejo, análisis e interpretación de los datos.

Riesgos:

Ninguno

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de los conceptos creencias irracionales y ansiedad social.

Uso de la información obtenida:

Solo se usarán los datos para fines académicos. La información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación que beneficien al campo de la Psicología.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También, tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, así como recibir una copia de este documento.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio y comprendo claramente la información brindada, asimismo entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Investigador Nombre: DNI: Firma:

Participante Nombre: DNI: .. Firma.