



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA**

PRESENTADA POR
ROSA ANGELICA BRICEÑO CALVO

ASESORA
MARÍA ELENA PIEDRA ROJAS

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
ROSA ANGELICA BRICEÑO CALVO**

**ASESOR(A)
MG. MARÍA ELENA PIEDRA ROJAS
ORCID:0000-0002-5290-9203**

**LIMA, PERÚ
2022**

A Dios, por su guía y fortaleza en los diferentes momentos atravesados durante esta etapa. A mis padres y hermanos, por su apoyo continuo y palabras de aliento. A mi familia que en todo momento estuvieron pendientes de mis progresos y apoyándome con palabras muy gratificantes.

Agradecimiento

A todos mis profesores que, durante esta etapa universitaria, compartieron no solo conocimientos teóricos, sino también parte de su experiencia personal. A mi asesora del hospital, Elvira Parra, que en mi etapa de internado me guio y contribuyó a consolidar mis conocimientos, además de sus sabios consejos que me acompañarán de por vida. A mi querido amigo Segundo, de quien he recibido un gran apoyo para mi vida profesional. Por último, a mi asesora de caso, María Elena Piedra Rojas, quien con mucha paciencia me ha guiado en la elaboración de este trabajo.

INDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE	iv
INTRODUCCION	vi
Capítulo I: MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Ansiedad.....	8
1.1.1 Antecedentes	8
1.1.2 Definición	9
1.1.3 Diferencia Terminológica	13
1.1.4 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad	13
1.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	14
1.2.1 Antecedentes.....	14
1.2.2 Definición.....	15
1.2.3 Etiología.....	16
1.2.4 Clasificación Diagnóstica.....	18
1.2.5 Comorbilidades	22
1.3 Terapia Cognitivo Conductual.....	22
1.3.1 Historia.....	23
1.3.2 Representantes.....	23
1.3.3 Supuestos.....	24
1.3.4 Terapia Cognitiva de Beck.....	26
1.3.5 Técnicas Conductuales.....	28
1.3.6 Técnicas Cognitivas	29

Capítulo II: PRESENTACIÓN DEL CASO.....	30
2.1 Datos de Filiación.....	30
2.2 Motivo de Consulta.....	30
2.3 Procedimiento de Evaluación.....	32
2.4 Informe Psicológico.....	39
2.5 Identificación del Problema.....	43
Capítulo III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.....	46
3.1 Especificación de los objetivos de tratamiento.....	46
3.2 Diseño de Estrategias de Tratamiento.....	47
3.3 Aplicación del tratamiento o procedimiento.....	47
3.4 Seguimiento	99
Capítulo IV: RESULTADOS.....	103
Capítulo V: RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	106
REFERENCIAS.....	109
ANEXOS.....	113

Introducción

La ansiedad es una respuesta adaptativa que suele darse ante ciertas situaciones, sin embargo, debido a varios factores dicha ansiedad puede convertirse en desadaptativa y provocar un trastorno mental, en la actualidad los trastornos de ansiedad han venido en aumento debido a la problemática de salud que vivimos, encontrando mayor número de casos en mujeres que en varones (OMS, 2020). Así mismo, el trastorno de Ansiedad Generalizada se encuentra como uno de los trastornos ansiosos más frecuentes y básicos, que se vienen presentando en la sociedad, el cual se define como una ansiedad flotante y crónica, que abarca un excesivo estado de preocupación sobre diversas esferas de la vida de una persona, acompañada de un conjunto de síntomas físicos, que hacen que quienes lo padecen, disminuyan parcialmente su funcionalidad (Roemer y Orsillo, 2018).

En ese sentido, se consideró importante el desarrollo del presente estudio de caso, en el cual se muestra el curso clínico de una paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada, quien presenta varias preocupaciones relacionadas a su familia, su economía, su salud y su futuro, además de síntomas fisiológicos como dolor de cabeza, adormecimiento, sensación de ahogo, palpitaciones, entre otros.

El modelo psicológico que ha mostrado mayor eficacia para el tratamiento de TAG es el cognitivo conductual, el cual tiene como máximos representantes a Aaron Beck y Albert Ellis, quienes encuentran en el cuestionamiento de los pensamientos una disminución de las perturbaciones que aquejan a la persona, además de motivar la comprobación de dichos pensamientos para cambiar los esquemas formados con anterioridad, mediante un conjunto de técnicas. Por su parte, Aaron Beck menciona que los esquemas mentales se van formando a lo largo de los años de vida de las personas y a estos distorsionarse causan los trastornos mentales, evidenciando una visión negativa de sí mismos, de los demás y del futuro, por lo que mediante la reestructuración cognitiva se busca modificar dichos esquemas.

Por lo antes mencionado, el proceso de intervención se basó en el modelo Cognitivo – Conductual, y se dividió en dos partes, la primera de evaluación, donde se hizo uso de técnicas de observación y entrevista, además de la aplicación de instrumentos psicométricos y posteriormente se realizó la etapa de tratamiento, la cual se llevó a cabo en 12 sesiones, para cual se tuvo como objetivo principal disminuir los niveles de ansiedad de la paciente mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, logrando la adopción de nuevos pensamientos y comportamientos que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana. En esta etapa se hizo uso de diferentes técnicas cognitivas y técnicas conductuales. Posteriormente se realizaron dos sesiones de seguimiento, que permitieron monitorear las mejoras de la paciente.

Capítulo I

Marco Teórico

1.1 Ansiedad

1.1.1. Antecedentes

El constructo ansiedad tiene sus inicios desde hace muchos años atrás, en donde aún sin conocer su nombre, ya se reconocía los síntomas que se experimentaba y se trataba de encontrar una causa para tal fenómeno.

Etimológicamente, Sarudiansky (2013) menciona que el término ansiedad tiene un origen directo en el latín *anxietas*, el cual significa o tiene relación con sensaciones como agitación, inquietud y zozobra, intentando así abarcar un conjunto de sensaciones que podrían explicarse con un término.

Stone (2010), nos menciona que, durante la época griega, no existía una definición de ansiedad como ahora, aunque autores de la época, como Sófocles o Platón, ya hacían una referencia indirecta de las manifestaciones que se experimentan en este estado, hablando de dolencias que aquejaban a las personas. Así mismo, Casarotti (2012) nos dice que, en los tiempos de Hipócrates, en el siglo V. a.C., se va comprendiendo mejor el malestar que sienten las personas, dejando de ver al malestar como un fenómeno externo al cuerpo y por el contrario comprenderlo como un desorden interno, provocado en agentes también internos, como ocurre en el caso de la ansiedad, dejando ver como poco a poco diferentes personajes de ese entonces intentaban comprender el estado manifestante y relacionarlo a un nuevo constructo.

Por su parte, Conti y Stagnaro (2007) afirman que el término ansiedad fue inventado en el siglo VIII, buscando describir un estado de aflicción del sistema nervioso, el cual produciría nerviosismo y miedo, que se vería acompañado de una conducta rígida y limitada.

Sin embargo, entre 1882 y 1899, Freud publica distintos trabajos, en los que se

incluye “La primeras aportaciones a la teoría de las neurosis”, donde se puede ver que se hace referencia a la ansiedad pero bajo otra denominación, y tal vez su contribución más decisiva sea la separación del cuadro que él denominó “neurosis de angustia”, para Freud dicha neurosis consistía en un estado de tensión, en donde se experimentan diferentes sensaciones corporales, acompañada de una espera angustiosa, que corresponde a expectativas catastróficas (Ojeda, 2003).

Como vemos la ansiedad ha estado presente a lo largo de la historia, desde muchos siglos atrás hasta la actualidad, haciendo su aparición más notoria en momentos o situaciones de tensión o tragedias sociales, como desastres naturales, atentados y otros eventos que ponen en riesgo la vida de las personas (Clark y Beck, 2012).

1.1.2. Definición

Para estudiar a profundidad a la ansiedad, es necesario delimitar su definición, ya que muchas veces encontramos que suelen referirse haciendo uso de otros términos como susto, miedo, preocupación, pánico, entre otros; por lo que es conveniente clarificarla y diferenciarla oportunamente, así tenemos a Beck, et al (1985), quienes mencionan que la ansiedad es un tipo de respuesta emocional provocada por otra emoción, el miedo, definiéndolo como un proceso cognitivo donde se realiza una valoración de la situación que se vive, en consecuencia la ansiedad es el sentimiento catalogado como negativo o desagradable, que se da cuando el miedo es estimulado y se anticipan situaciones que ponen a la persona en desventaja. Sin embargo, también es importante mencionar que el miedo tiene una duración más corta, sin embargo, la ansiedad puede llegar a prolongarse por un poco más de tiempo.

Barlow (2002) menciona que hay un conjunto de factores que se involucran para que esto ocurra, como aversividad percibida, incontrolabilidad, incertidumbre, indefensión o vulnerabilidad e incapacidad para obtener los resultados esperados.

Otros autores como Navas y Vargas (2012) siguen la misma dirección y mencionan que la ansiedad es una emoción que aparece frente a diferentes situaciones, donde la persona se prepara para reaccionar, ya que anticipa mentalmente una posible amenaza, provocando cambios a nivel cognitivo y conductual.

Así mismo, Rando y Cano (2013) refieren que la ansiedad “es la anticipación de un peligro que amenaza al sujeto y que lo pone en estado de alerta y tensión”, es decir lo definen como aquel proceso que llega funcionar como un factor de protección y supervivencia, ya que coloca al sujeto en un estado vigilante ante lo que pueda ocurrir, previendo una posible acción, sin embargo, a su vez experimenta estados de tensión. Por su parte, Lazarus (1966) nos dice que la ansiedad en grados adecuados puede ayudar a las personas a rendir mejor en las diferentes áreas de su vida, y que dichas preocupaciones que suelen acompañar, podrían impulsar o movilizar para encontrar soluciones.

Por lo que podemos inferir que la ansiedad es una emoción inherente al ser humano, que aparece en diferentes situaciones, tanto reales como no y que está acompañada por un conjunto de cambios cognitivos y conductuales, con sensaciones poco agradables que hacen que el sujeto se impulse a la acción y afronte o pueda paralizarse. Lo cual nos permite encontrar diferencias entre lo que podemos llamar una ansiedad adaptativa y una patológica.

Rodríguez (2008) no ayuda con dicha diferenciación y nos dice que la ansiedad adaptativa, es aquella que tiene como función principal la preparación para la supervivencia frente a una situación que sea considerada de peligro, contribuyendo a la preparación del organismo y buscando en el repertorio las conductas a realizar para encontrar una solución, suele ser un estado que presenta ocasionalmente y su intensidad es de un nivel leve, por lo que afecta levemente la funcionalidad de la persona; mientras que la ansiedad patológica es aquella que por el contrario, frena el actuar de la persona y se presenta con una intensidad desproporcionada al evento que está viviendo, desencadenando un conjunto de conductas de

escape o evitación, que afectan en diferentes niveles la calidad de vida de las personas.

Clark y Beck (2012) sugieren 5 criterios que pueden ayudarnos a distinguir niveles normales de ansiedad, de los que no lo son, ellos mencionan:

1. Cognición disfuncional: es una valoración errónea de peligro que se hace de la situación, la cual no se confirma mediante la observación directa.

2. Deterioro del funcionamiento: interferencia en el desenvolvimiento adaptativo ante la amenaza percibida, lo cual afecte diferentes aspectos de la vida, principalmente la social y laboral.

3. Persistencia: es la sensación aumentada de peligro que se siente, solo con pensar en algo amenazante, y que puede durar desde horas hasta meses.

4. Falsas alarmas: es el miedo visible que se experimenta en ausencia de un estímulo amenazante, sea este aprendido o no.

5. Hipersensibilidad a los estímulos: las personas que experimentan un trastorno de ansiedad interpretan una serie mucho más amplia de situaciones, como amenazantes que los individuos que no la experimentan.

Por otro lado, diferentes autores, han intentado dar una explicación de los factores involucrados en la aparición y mantención de la ansiedad, sobre todo en el caso de la patológica, ya que es la que mayor sufrimiento viene trayendo a la sociedad, para lo cual han hecho uso de los diferentes enfoques que se tienen en psicología, siendo los siguientes:

- **Teoría Conductual**

Watson (1919) considera a los pensamientos, ideas y emociones, como conductas privadas, que pueden ser entendidas y analizadas a través de la verbalización y sus conductas desencadenantes, lo cual contribuyó en la delimitación y operacionalización del constructo ansiedad. Gracias a los trabajos realizados sobre condicionamiento, se pudo lograr entender cómo es que se van creando las fobias en las personas, involucrando estímulos

incondicionados y condicionados y desencadenando respuestas incondicionadas y condicionadas. A su vez, Watson logró diferenciar los miedos innatos de los aprendidos, lo cual contribuyó a una mejor comprensión de cómo se inicia la ansiedad.

Por otro lado, Skinner (1969, 1977), explica cómo es que se mantienen las conductas, lo que conocemos como condicionamiento instrumental; en relación a la ansiedad, explica que el refuerzo negativo no disminuye o extingue la conducta ansiosa, sino que por el contrario crea otra que ayude a la persona a evitar lo aversivo. Concluyendo que la ansiedad es una respuesta emocional reforzada negativamente por la conducta de evitación en situaciones que se consideran peligrosas.

Por último, Bandura y Walters (1974) nos hablan de un aprendizaje por imitación u observacional, donde el comportamiento de un individuo o modelo actúa como estímulo para reproducir conductas, pensamientos o actitudes similares a quienes se les consideró modelos.

- **Teoría Cognitiva.**

Este modelo se basa en los procesos cognitivos que median entre un estímulo y su respuesta. Bandura (1982), concibió a la ansiedad como una experiencia subjetiva producto de los procesos de evaluación y reevaluación que se hace de los estímulos internos y externos, cuyo resultado determinará las características de la experiencia emocional.

Por su lado, Clark y Beck (2012) describen a la ansiedad como un sistema complejo que desencadena un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas, las cuales se activan al anticipar circunstancias amenazantes. Así mismo explican, qué en el caso de la ansiedad, se debe tener en cuenta la valoración que se hace de las situaciones, y de qué manera se procesa dicha información, para lo cual hacen mención de dos procesos que suelen darse, el primero es una valoración primaria de amenaza, la cual se realiza de forma automática, rápida y eficiente de lo amenazante que puede ser un estímulo, resaltando que, en el caso de personas con ansiedad, se encontraba una

sobrevaloración del daño y la consecuencia. Y el segundo, una reevaluación secundaria, el cual es un proceso más controlado y estratégico, que ayudaría a la persona a percibir mejor la realidad de la situación y reconocer los recursos con los que cuenta para una conducta de frente.

1.1.3. Diferencia Terminológica

La ansiedad es un término que suele ser confundido por muchos otros, como miedo y estrés, más frecuentemente, por lo que definiremos dichos términos, para evitar confusiones.

El miedo es definido como una respuesta de carácter emocional de tipo adaptativo y sano, que se da frente a un estímulo que se considera amenazante o peligroso para la propia seguridad física o mental, es decir es una emoción que es experimentada cuando el sujeto percibe un peligro real y este le permite entender la situación y buscar protección y seguridad (Clark y Beck, 2012).

Por otro lado, García (como se citó en Miranda, 2018), nos dice que el miedo es una emoción muy próxima a la ansiedad y que lo que puede diferenciarlas es la probabilidad de reconocer o no un peligro u objeto concreto como causa de la amenaza percibida. Es decir, que en el caso del miedo si se podría diferenciar el estímulo causante de dicha emoción, y en la ansiedad sería un proceso más complejo.

En cuanto al termino estrés, Bowler y Cone (2001) mencionan que es una respuesta negativa, que causa malestar en quien lo padece por no poder manejar la presión y la capacidad de frente. Los autores también mencionan que el estrés puede estar presente en los diferentes ámbitos de la vida y que el nivel de afectación dependerá de factores como personalidad, resistencia orgánica, entre otros.

1.1.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad o también denominados neuróticos (CIE-10, 2004), se

han venido clasificando en los diferentes manuales diagnósticos, teniendo en cuenta la diferente sintomatología que presentan cada uno. Así tenemos a la agorafobia, en donde se presenta un conjunto de temores a lugares públicos (como salir a la calle, utilizar medios de transporte público, entre otros), temores externos como atravesar túneles, subir a ascensores, así como temores internos como preocupación excesiva por las sensaciones somáticas o ataques de pánico (Echeburúa y Corral, 1995). La fobia social, que es el miedo a ser examinado por otras personas, lo que conduce a evitar constantemente situaciones de encuentro social y suele estar acompañado de síntomas somáticos (CIE-10, 2004). Por otro lado, la fobia específica, consiste en un miedo intenso y continuo, caracterizada por ser excesiva e irracional, provocado por la presencia o anticipación de la posibilidad de exponerse a un objeto o situación específica (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010). El trastorno de pánico es aquel en el que la persona experimenta un conjunto de síntomas desagradable, llamados ataques de pánico, que son inesperados y le preocupa desarrollar otros (DSM V, 2014). El trastorno mixto ansioso depresivo: es una categoría que debe usarse cuando se presenten síntomas ansiosos y depresivos, pero que ninguno de los cuadros mencionados, predomine claramente (CIE-10, 2004). El trastorno de adaptación es un estado de malestar subjetivo que altera el funcionamiento habitual de quien la padece, el cual aparece ante cambios biográficos significativos o un acontecimiento vital estresante (CIE-10, 2004). Por último, el trastorno somatomorfo se caracteriza por la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de evaluaciones médicas, a pesar de las reiteradas confirmaciones de que los síntomas no tienen base orgánica (CIE-10, 2004)

1.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada

1.2.1 Antecedentes

La ansiedad generalizada, ha estado presente a lo largo de la historia y ha recibido muchas denominaciones, entre ellas ansiedad crónica, continua o persistente, y ha sido

considerada el problema más básico entre las otras ansiedades (Sierra et al., 2001)

En un inicio el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) era conocida como neurosis de ansiedad (Roemer et al., 2002). Dicho término se mantuvo en la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la asociación de psiquiatría americana, bajo la denominación de DSM II, pero no existían criterios diagnósticos que la diferenciaron de otros trastornos como la ansiedad crónica y crisis aguda de angustia (Clark y Beck, 2012). Es recién en el DSM-III que aparece como una categoría diagnóstica, pero una de tipo residual, lo que significaba que no podía ser usada mientras estuviera presente otro diagnóstico simultáneamente; más adelante en el DSM III-R, en el grupo de “trastornos de ansiedad no provocados por estímulos específicos”, se definen mejor los criterios diagnósticos del TAG y se agrega el tiempo de duración, el cual debe ser de 6 meses. Ya en el DSM IV se delimitan de mejor manera los síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico y se reducen la cantidad de síntomas que deben estar presentes de 6 de 18 a 3 de 6, de los cuales se menciona: (1) inquietud o sentirse activado, 2) fatigarse fácilmente, 3) dificultad para concentrarse o bien tener la mente en blanco, 4) irritabilidad 5) tensión muscular, 6) perturbaciones del sueño). Además, se describe mejor el componente “preocupación”, al incluirle el término “incontrolable”, lo que les daba mayor peso a dichas preocupaciones y contribuye con la diferenciación de otros trastornos (Sierra et al., 2001; Clark y Beck, 2012).

1.2.2 Definición

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los trastornos por ansiedad más frecuentes, pero poco diagnosticados, esto debido a que los síntomas que se experimentan suelen ser normalizados por la baja intensidad que tienen en un inicio o a lo largo de trastorno.

Wolpe (citado por Sierra, Buena-Casal y Miró, 2001), define al TAG como “aquella ansiedad que lo impregna todo, que está condicionada a propiedades más o menos

omnipresentes del ambiente y que hace que el sujeto este ansioso de forma continua y sin causa aparente”(p.133), intentando explicar así, que este tipo de trastorno se encuentra en los diferentes ámbitos de la vida, y que no es exclusivo de un área, así mismo que es causado por aspectos que pudieran ser reales como no y que su curso es continuo.

Por su parte, Cárdenas et al. (2010), mencionan que lo que define a este trastorno es la preocupación excesiva presente, por diferentes áreas de la vida cotidiana (como dinero, trabajo, salud, etc.) y que desencadena un conjunto de síntomas somáticos que se van intensificando con el tiempo, agregan también que dicha preocupación es desproporcional a las consecuencias que puedan imaginar y esto produce un desgaste en la vida cotidiana.

Clark y Beck (2012) lo describen como un estado persistente de ansiedad combinado con preocupaciones, ambos de una manera crónica, en donde se produce un sesgo atencional dirigido a lo que se considera amenazante, esto debido a distorsiones en el procesamiento de información, al momento de hacer una valoración de la situación y los recursos con los que cuenta, considerándose vulnerable e incapaz de afrontar la situación, mencionan además que estas preocupaciones suelen ser referentes al trabajo, la salud, el dinero y la familia, así mismo que suele verse más en mujeres que en hombre, y que suele ser bastante limitante para quien la padece, afectando su desempeño diario.

Por último, Etchebarne, et al. (2019) se refieren al TAG como una patología crónica, que afecta fuertemente la calidad de vida de las personas, impidiendo que puedan realizar sus actividades cotidianas, alejándolas de los objetivos que ya tenían planteados, aumentando así su nivel de malestar.

1.2.3 Etiología

Diferentes autores han abordado este trastorno y han intentado dar una explicación de su origen y mantenimiento, llegando a presentar una dirección de cómo es que al involucrase diferentes factores facilitan su aparición.

El modelo de Evitación a la Preocupación (MEP), explica cómo dichas preocupaciones se van reforzando y agudizando este trastorno, primeramente, el autor hace una diferencia entre las preocupaciones y las imágenes mentales, ya que la primera es entendida como aquel dialogo interno y la segunda como la visualización de lo amenazante y generador de los síntomas somáticos. Posteriormente menciona que dichas preocupaciones se ven reforzadas negativamente, al usarse para evitar activar el procesamiento emocional y así sentir que disminuye las imágenes mentales de las amenazas (que ya de por si tiene muy pocas probabilidades de ocurrir), calmando así los síntomas que en un primer momento se empezaron a sentir (Borkovec e Inz, 1990).

Clark y Beck (2012) mencionan que para que el TAG, este sigue unas fases, la cual empieza por la fase Evocativa, en la cual cobra vital importancia los objetivos situaciones de vida personales de las personas, ya que serán los motivadores que lleven a las personas a la movilización por conseguirlos, además mencionan que en dichos procesos motivadores se ve involucrado una vulnerabilidad personal, en donde nacen las preocupaciones desadaptativas, visualizando una indefensión para afrontar los requerimientos de lo que buscan conseguir, haciendo a la persona más propensa al desarrollo del TAG, además también mencionan que durante esta etapa se da lugar a un continuo e involuntario conjunto de pensamientos intrusivos, que provocan alteraciones sobre todo en el sueño. La siguiente fase es la de Procesamiento Automático, en donde se ven involucrados otros procesos como la activación esquemática, en la cual se activan los esquemas que contribuyen a la aparición del TAG, los autores mencionan que los pensamientos intrusivos serian la causa y consecuencia de dichos esquemas. También se mencionan un conjunto de esquemas característicos de este trastorno, los cuales son: amenaza general, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre y meta - cognición de la preocupación, el siguiente proceso es el sesgo atencional de amenaza, en el cuál la persona afectada guía su atención

exclusivamente, y sin darse cuenta, hacia las posibles amenazas, el siguiente proceso es el sesgo de interpretación de la amenaza, que es en donde se suele dar una interpretación negativa y amenazante a las situaciones que se consideran ambiguas. La última fase que mencionan es la fase elaborativa de procesamiento, en donde por lo general se puede revalorizar las preocupaciones y si disminuir el malestar, sin embargo, los autores nos dicen que en el caso del TAG no es así, ya que dicha preocupación genera más preocupación, es decir la persona se encuentra preocupada por la preocupación, sumado a las características personales y las otras fases, harían que este trastorno sea crónico.

Otro autor que nos explica sobre el TAG es Wells (2006), quien en su modelo metacognitivo de la preocupación y del TAG, nos dice que existe una preocupación patológica que se origina y mantiene por las metacogniciones positivas que se tienen con respecto a dichas preocupaciones, al pensar por ejemplo que “al estar preocupado mejor le irá”, recalca también que esto se da por un par procesos previos, los modelos parentales preocupados y por un reforzamiento negativo. También nos menciona que, durante el TAG, se produce otro tipo de metacognición, a la que denomina meta-preocupación que se refiere a la idea de “preocuparse por estar preocupado”, formando un concepto negativo y peligro de la preocupación, tratando de evitarla y a su vez elevando la sintomatología ansiosa, creando un refuerzo para dicho trastorno.

1.2.4 Clasificación Diagnóstica

Los principales manuales diagnósticos como el CIE-10 y DSM-V, nos brindan un conjunto de características sintomáticas necesarias para realizar el diagnóstico de este trastorno. El CIE-10 (2004), señala que el TAG es una “ansiedad flotante”, en donde predominan diversos síntomas, siendo los más frecuentes el nerviosismo, temblores, sudoración, temores, entre otros. Así mismo el DSM-V (2014), nos brinda una descripción similar, por lo que ahora pasaremos a mencionar los criterios planteados y necesarios para

el diagnóstico, los cuales son:

Figura 1

Diferencias entre CIE-10 Y DSM-V

CIE-10	DSM-V
<p>A. Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión predominante, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.</p> <p>B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:</p> <p>Síntomas autonómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardiaco acelerado. 2) Sudoración 3) Temblor o sacudidas 4) Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación) <p>Síntomas relacionados con el pecho y abdomen</p>	<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado.

<p>5) Dificultad para respirar</p> <p>6) Sensación de ahogo</p> <p>7) Dolor o malestar en el pecho</p> <p>8) Náuseas o malestar abdominal</p> <p>Síntomas relacionados con el estado mental</p> <p>9) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento</p> <p>10) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).</p> <p>11) Miedo a perder el control, a volver loco o perder la conciencia.</p> <p>12) Miedo a morir.</p> <p>Síntomas generales</p> <p>13) Sofocos de calor o escalofríos.</p> <p>14) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.</p> <p>15) Tensión, dolores o molestias musculares.</p>	<p>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</p> <p>4. Irritabilidad.</p> <p>5. Tensión muscular.</p> <p>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</p> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de</p>
---	--

<p>16) Inquietud e incapacidad para relajarse.</p> <p>17) Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o de tensión mental.</p> <p>18) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.</p> <p>Otros síntomas no específicos</p> <p>19) Repuestas exageradas a pequeñas sorpresas o sobresaltos.</p> <p>20) Dificultad para concentrarse o de “mente en blanco”, a causa de la preocupación o de la ansiedad.</p> <p>21) Irritabilidad persistente.</p> <p>22) Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.</p> <p>C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondriaco.</p> <p>D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno</p>	<p>pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés posttraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p>
---	--

<p>orgánico, como hipotiroidismo, a un trastorno mental orgánico o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia de benzodiacepina.</p>	
---	--

Nota: tomado de *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* por Organización Mundial de la Salud, 2004, Madrid y *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* por American Psychiatric Association, 2014, Estados Unidos.

1.2.5 Comorbilidades

Diferentes estudios muestran la existencia de una elevada tasa de comorbilidad en pacientes que tienen como principal diagnóstico al TAG y otros trastornos. En dichos estudios, los diagnósticos asociados más frecuente eran fobia social, trastorno por pánico, trastorno distímico y fobia simple (Dugas y Ladouceur, 1997).

Clark y Beck (2012) mencionan que las personas con TAG suelen tener una condición comórbida con trastornos como depresión mayor, fobia social y trastorno de angustia, además que entre uno y dos tercios de la población con TAG podrían presentar trastorno de personalidad, siendo frecuente los trastornos de personalidad por evitación, obsesivo – compulsivo, paranoide y dependiente.

Así mismo, Roemer y Orsillo (2018), mencionan que más del 90% de personas que en algún punto de sus vidas cumplieron con los criterios para TAG, los cumplirán también para otro trastorno, por lo que el TAG es considerado un factor de riesgo para la aparición de otros trastornos.

1.3 Terapia Cognitivo Conductual

1.3.1 Historia

Si bien es cierto, la terapia Cognitiva empieza a cobrar mayor reconocimiento con los trabajos de Ellis y Beck, su base filosófica, se remonta a las épocas de los Estoicos, principalmente a la de Zenón de Citio, en el siglo IV a. C, Cicerón, Epicteto, entre otros; siendo Epicteto quien escribiría la frase que describe y acompaña hasta nuestros tiempos, lo que es la terapia cognitiva, la cual fue “Los hombres no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ella se hacen”, haciendo hincapié en los pensamientos. Así mismo las filosofías orientales, como el taoísmo y budismo, refuerzan esta idea y mencionan que las emociones humanas tienen su base en los pensamientos. Siguiendo por la línea filosófica, tenemos a Kant, Heidegger y Husserl, quienes con sus trabajos sobre fenomenología contribuyeron a esta terapia; así mismo otro autor que influyó en el desarrollo de esta terapia es Piaget (1947) con sus trabajos sobre psicología del desarrollo. Posteriormente, Arnold Lazarus (1972) haría énfasis en la modificación y reestructuración de las cogniciones. Entre los últimos autores que realizaron grandes aportaciones a esta terapia, se encuentran Albert Ellis (1957), quien propone la Terapia Racional Emotiva y Aaron Beck (1976), que desarrolla la Terapia Cognitiva para la Depresión (Beck, et al., 2010).

1.3.2 Representantes

Dentro del modelo cognitivo conductual, tenemos a diferentes autores que lo representan, tenemos a Albert Ellis, quien nació el 27 de septiembre de 1913 en Pittsburgh y falleció el 24 de julio del 2007, iniciador del enfoque terapéutico racional – emotivo y fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). En un inicio, Ellis se interesó en un inicio por el modelo psicoanalítico, posteriormente cambió a un enfoque comportamental, sin embargo, estos no terminaban por convencerlo; es por eso que entre 1954 y 1955 plantea su propio enfoque, al cual llamó de manera formal Terapia Racional, el

cual publicó en “Nuevos enfoques de las técnicas psicoterapéuticas”. Posteriormente, ante diferentes críticas, cambió a Terapia Racional Emotiva, ya que abarcaba ambos aspectos, y ya en 1993, vuelve a modificarla y ahora es Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), en ella plantea el ABC, donde A son las situaciones, B los pensamientos y C las consecuencias (Navas, 1981; Lega et al., 2017).

Por otro lado, se encuentra Aaron Temkin Beck, nacido el 18 de julio de 1921, quien realiza sus primeras intervenciones en el campo de la psiquiatría durante su tiempo de residencia, se inclina hacia el modelo psicoanalítico, y de esa manera trata sus primeros casos clínicos. Recién a inicios de los años 70, desarrolla la Terapia cognitiva como tratamiento para depresión, la cual es una terapia estructurada, breve y se orienta a los problemas actuales, dirigido a modificar pensamientos y por ende conductas. Esta terapia propone que las perturbaciones psicológicas tienen una distorsión en el pensamiento, la cual es la causante de un cambio en el estado anímico y en la conducta. Aunque en un inicio Beck desarrolló la terapia cognitiva para tratar la depresión, presentando un número de sesiones limitadas y manuales de aplicación, posteriormente se fue ampliando su aplicación a otros trastornos (Beck et al., 2010; Korman, 2013; Gonzales et al., 2017).

Otro representante es Donald Beichenbaum, psicólogo y profesor canadiense, a quien se le reconoce como uno de los fundadores de este modelo, creador del entrenamiento autoinstruccional (1969) que consiste en modificar el dialogo interno que interfiere en la ejecución de una tarea, preparando una serie de pasos antes de actuar, y del entrenamiento en inoculación en estrés que consiste en incrementar las estrategias de afronte ante diferentes situaciones que producen estrés (Ruiz et al., 2012).

1.3.3 Supuestos

Dentro del modelo cognitivo, a través de su historia se han planteado diferentes puntos que apoyan su existencia, sin embargo, hay autores que han reconocido la existencia

de un conjunto de supuestos que como mencionan, serian la base de toda terapia cognitiva.

Figura 2

Comparación de supuestos teóricos

Ingram y Scott (1990)	Beck, Rush, Shaw y Emery (2010)
<p>1. Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos per se.</p> <p>2. El aprendizaje esta mediado cognitivamente.</p> <p>3. La cognición media la disfunción emocional y conductual.</p> <p>4. Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.</p> <p>5. Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.</p> <p>6. Como un corolario de los números (3), (4) y (5), alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales.</p> <p>7. Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual son deseables y deben ser integrados en la intervención.</p>	<p>1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.</p> <p>2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.</p> <p>3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).</p> <p>4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.</p> <p>5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo</p>

	<p>y en sus pautas de conducta.</p> <p>6. Mediante la terapia psicológica, una persona puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.</p> <p>7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.</p>
--	--

Nota: tomado de *Terapia cognitiva conductual: antecedentes- técnicas* por Becoña, E. y Oblitas, L., s.f. y *Terapia cognitiva de la depresión* por Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G., 2010, España

1.3.4 Terapia Cognitiva de Beck

El modelo de terapia de Beck se caracteriza por ser limitada y centrarse en la problemática actual del paciente, se basa en que “los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Beck et al., 2010, p. 13).

Beck (2006) menciona que existen una serie de principios en la aplicación de esta terapia, mencionando lo siguiente:

- La problemática del paciente se plantea a términos cognitivos, se busca una comprensión y explicación de lo que le ocurre haciendo uso de los constructos cognitivos.
- Importancia a la alianza terapéutica, la cual influirá positivamente al proceso terapéutico.
- Una participación activa por parte del paciente es vital en el desarrollo, aunque en un inicio no suele darse muy seguido.

- Plante objetivos específicos que guiaran la construcción de las sesiones.
- Se basa en el presente, en problemas y situaciones actuales y específicas que estén causando malestar.
- Modelo educativo, ya que busca que el paciente pueda lograr ser su propio terapeuta, mediante el aprendizaje de las estrategias y así pueda prevenir futuras recaídas.
- Es breve y de tiempo limitado, a que trabaja en base a una cantidad determinada de sesiones.
- Suele ser estructurada y directiva, ya que dispone de un orden con un inicio y final claro, guiado por el terapeuta.
- Su propósito es enseñar al paciente a identificar y evaluar, pensamientos y conductas disfuncionales, para trabajar en ellas.
- Hace uso de diferentes técnicas, en ocasiones de otras corrientes, para causar un cambio en los pensamientos, emociones y conductas.

Uno de los conceptos que más se revisan en este modelo, son las creencias, las cuales son formadas desde los primeros años de vida, y son dirigidas a uno mismo, los demás y el mundo. Estas creencias tienen 3 niveles, las creencias centrales, que se refieren a las ideas más profundas que se poseen y que no suelen expresarse con uno mismo, se caracterizan porque son consideradas como verdades absolutas, suelen ser rígidos y generalizados a varios aspectos, por otro lado están las creencias intermedias que se refieren a las reglas, actitudes que por lo general tampoco suelen ser expresados, y por último se habla de pensamientos automáticos, que són las imágenes o palabras que aparecen ante diversas situaciones y suele ser el nivel más expresado (Beck, 2006).

Así mismo, Beck et al (2010), menciona que este modelo propone tres conceptos importantes, el primero es la triada cognitiva que hace referencia a patrones cognitivos que

influyen en la conceptualización negativa que hace el paciente sobre uno mismo, el mundo y el futuro, creando pensamientos distorsionados que empiezan a alterar el funcionamiento del individuo. Otro concepto son los esquemas, que se refiere a la matriz que tiene cada individuo para interpretar o analizar cada situación, se podría que es como una especie de base que se tiene. El ultimo concepto son los errores cognitivos, los cuales alteran el procesamiento de la información, creando y manteniendo creencias distorsionados, los cuales pueden ser de tipo: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización selectiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico. Otra distinción que realiza el autor es entre pensamiento maduro y pensamiento primitivo, siendo el primero caracterizado por ser flexible, orientado a la conducta, y brindar una perspectiva orientada al cambio, mientras que, por otro lado, el primitivo serian aquellos pensamientos en los que se analiza todo de manera global y absolutista, orientado al carácter y la rigidez.

1.3.5 Técnicas Conductuales

Beck et al. (2010) menciona que las técnicas conductuales son un conjunto de herramientas que tienen como fin comprobar las hipótesis formuladas por los pacientes, mediante la realización de ciertas conductas, además menciona que dichas técnicas son un medio para lograr el objetivo terapéutico.

- **Relajación Progresiva de Jacobson:** técnica propuesta por Edmund Jacobson en 1924, tiene por objetivo que el individuo discrimine los estados de tensión y distensión, lo cual contribuya a aumentar sus estados de relajación, mediante el entramiento de tensar y relajar diferentes grupos de músculos por un periodo de tiempo determinado (Barraca, 2014).
- **Modelado:** es aquella técnica en la que el aprendizaje de una conducta se da mediante la observación de la conducta de otra persona, a quien se le denomina modelo (Barraca, 2014).

- **Refuerzo positivo:** se llama así a la presentación de un estímulo reforzador gratificante o apetitivo, seguido de la emisión de una conducta, con la intención de mantener o incrementar una conducta (Barraca, 2014).

1.3.6 *Técnicas Cognitivas*

Son aquellas orientadas al cuestionamiento de los pensamientos, y de esa manera se puedan modificar y disminuir el malestar que pueda ocasionar (Beck et al., 2010).

- **Reestructuración Cognitiva:** tiene como objetivo cambiar las creencias, pensamientos, etc. Del individuo con el fin de que realice una mejor evaluación de sus vivencias, para lo cual hace uso de procedimientos cognitivos, conductuales o ambos (Buela-Casal et al., 2001).
- **Psicoeducación:** es una técnica de componente educativo, que tiene como objetivo informar al paciente lo que le está sucediendo, se da en el inicio del tratamiento y aporta una leve mejoría (Buela-Casal et al. 2001).
- **Tres columnas:** es aquella técnica en la que se busca que el individuo pueda reconocer las distorsiones cognitivas que presenta con mayor frecuencia, para lo cual se pide que identifique y anote las cogniciones negativas, luego que identifique que tipo de distorsión es y posteriormente de una respuesta alternativa para dicha cognición (Buela-Casal et al., 2001).
- **Inducción a la preocupación y decatastrofización:** es una técnica en la que se busca inducir y exponer mentalmente al individuo a sus preocupaciones y así crear unos guiones de catastrofización y de decatastrofización, así el paciente pueda encontrar pruebas de que el hecho de preocuparse es algo que, si puede controlar, además de que se puede disminuir la ansiedad al no tratar de evitar dichas preocupaciones (Clark y Beck, 2012).

- **Inoculación al riesgo e incertidumbre:** el objetivo de esta técnica es mejorar la tolerancia al riesgo e incertidumbre, mostrando a la persona que ambas son parte de la vida y que una mejor aceptación de las mismas disminuye sus niveles de ansiedad (Clark y Beck, 2012).
- **Entrenamiento en resolución constructiva del problema:** Clark y Beck (2012), mencionan que las personas con TAG suelen tener una visión negativa y amenazante de los problemas, porque es necesario, como primer paso, cambiar esta perspectiva y tomar el problema como una oportunidad o reto; el siguiente paso es entrenar al individuo en habilidades de solución de problemas.
- **Procesamiento elaborativo del presente:** lo que se busca es, primero, que a pesar de que las personas con TAG suelen tener pensamientos de cómo será el futuro, esto no quiere decir que este será tal cual lo tienen en mente, y por otra parte a tener una conciencia más activa de sus vivencias presentes, emociones, pensamientos, y las tomen como tal (Clark y Beck, 2012).

Capítulo II

Presentación Del Caso

2.1 Datos De Filiación

Nombre	: Milagros
Sexo	: Femenino
Edad	: 23 años
Fecha de nacimiento	: 14/04/1996
Lugar de nacimiento	: Chimbote
Grado de instrucción	: 5°secundaria
Ocupación	: Ama de Casa
Estado civil	: Conviviente
Distrito	: Santa Anita
Vive con	: Pareja e Hijos
Numero de hermanos	: 3
Posición entre hermanos	: 1/3
Religión	: católica
Informante	: Paciente
Evaluadora	: Rosa Briceño Calvo
Fechas de evaluación	: 24 septiembre, 03, 09, 15 y 22 de octubre del 2019

2.2 Motivo de Consulta

Paciente acude a consulta refiriendo que desde hace 1 año, a raíz del nacimiento de su segunda hija, empezó a sentirse más preocupada por la economía de su hogar, ya que tenía muchos gastos y su pareja no tenía un trabajo estable, así como por la salud de su primer

hijo, pensando que podría darle una enfermedad grave, “ya que no tiene buenas defensas porque no le di de lactar”, o que a ella podría sucederle algo y entonces “que pasaría con sus hijos, quien los cuidaría”, lo cual le ha venido ocasionando diferentes síntomas somáticos como sensación de ahogo, aceleración del corazón, dolor en el pecho, sensación de hormigueo , y sudoración de manos, además, hace 3 semanas, debido a enterarse de una infidelidad por parte de su pareja, los síntomas se han ido intensificando y presentando más seguidos, sintiendo además tristeza, desanimo para realizar algunas actividades, aunque si llega a realizarlas, sensación de soledad, irritabilidad, también ha tenido pensamientos de huir lejos, pero al ver a sus hijos se le pasan, así como “no podré yo sola con mis hijos”, también dolores corporales, sensación de mareo, sofocación y dificultad para dormir, comenta no saber cómo sobrellevar esta situación, ya que ve afectada su vida personal y familiar.

- **Antecedentes**

En el 2015, cuando tenía 19 años, a raíz de la presión que sentía por ayudar económicamente a su familia y el trabajo que tenía en ese entonces, sentía que le pesaba la cabeza, se le adormecía del cuerpo y la cara, sensación de ahogo y tenía miedo de estar sola, por lo cual fue a un centro médico y fue evaluada por un neurólogo, quien le dijo que tenía ansiedad y le recetó unas pastillas.

2.3 Procedimiento de Evaluación

2.3.1. Historia Personal

2.3.1.1. Etapa Prenatal

La paciente fue el primer embarazo de su madre, no fue planificado, sin embargo, su madre asistió a sus controles médicos y no se presentaron complicaciones durante esta etapa.

2.3.1.2. Etapa Perinatal

El parto se dio de manera natural a los 9 meses, no hubo complicaciones, pesó 3.650

kg y midió 50 cm.

2.3.1.3. Etapa Post Natal

Comenta que su alimentación fue leche materna exclusiva hasta los 6 meses, posteriormente le dieron papillas y al año alimentos sólidos; uso andador desde los 7 meses, y no gateó, caminó con apoyo desde los 9 meses y logró hacerlo sola a los 11 meses; habló más fluido a los 2 años y a la misma edad se produjo el control de esfínteres.

2.3.1.4. Escolaridad

Empezó el colegio a los 5 años, recuerda que durante los primeros días lloró, posteriormente se quedaba tranquila, tenía amigos y se llevaba bien con su profesora, así mismo cumplió los objetivos académicos de esa etapa. Ya en primaria, su curso favorito era matemáticas, menciona que era una alumna promedio, tímida para relacionarse por lo que hablaba poco y tenía pocos amigos, asimismo era muy perfeccionista con sus tareas y trabajos escolares. En secundaria sus notas fueron bajando, por lo que debe dar un examen para aprobar un curso pendiente de 5° de secundaria, también tenía pocos amigos y no se juntaba mucho con sus compañeros varones, ya que jugaban de una forma que a ella no le agradaba (tocándose), además agrega que sentía que una de sus profesoras le tenía cólera, ya que su trato era hostil con la paciente. Cuando tenía 17 años, vino a Lima y con ayuda de su tío empezó a estudiar cosmetología, lo cual le agradaba más o menos, asistió por un periodo de 8 meses a clases y luego lo abandonó.

2.3.1.5. Enfermedades

No recuerda alguna enfermedad significativa, solo gripes temporales.

2.3.1.6. Psicosexual

Presentó la menarquía a los 15 años, lo cual le preocupaba porque sus amigas empezaron antes, llegando a pensar que sería estéril. Su primera relación sexual se dio cuando tenía 17 años, tenía poco conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, sin

embargo, usó preservativo, recuerda que sentía un poco de temor por lo que sucedería en el acto. Tuvo su 1° enamorado a los 17 años, al cual conoció por chat, y luego ya en persona, su relación duró 1 año aproximadamente, terminaron por infidelidad por parte de él. De esta relación piensa que “se aprovechó de mi porque era inexperta”.

Posteriormente tuvo otro enamorado, con el cual convivió por unos meses, aunque su familia no se encontraba de acuerdo, luego de un tiempo terminaron, y ella se sentía decepcionada. Sobre temas como el aborto comenta no estar ni a favor ni en contra, “depende de cada persona”, pero ella no lo haría, sobre la homosexualidad manifiesta que antes lo veía bien pero ahora lo ve mal por sus creencias religiosas y sobre el machismo, no le parece y opina que todos somos iguales.

2.3.1.7. Vida marital

Comenta que se conoció con su pareja en la juguería donde trabajaba, a la edad de 19 años, él trabajaba cerca del lugar como cargador de verduras, fueron amigos por unos meses y luego empezó su relación, estuvieron como enamorados por 1 año, lo que a ella le agradaba de él es que era atento y detallista. Luego de 3 meses de convivencia, salió embarazada, ella tomo la noticia con un poco de temor y a él lo veía entre feliz y preocupado, luego de un par de meses de la noticia se mudaron a la casa de la familia de él; ya estando en casa de sus suegros, ella se sentía incómoda, pero trató de integrarse. Actualmente siguen viviendo ahí. Agrega que luego del nacimiento de su hijo, veía cada vez menos a su pareja, ya que él se iba temprano a trabajar, eso ocasionaba que por momentos se sintiera sola, así mismo los detalles que tenían antes, fueron disminuyendo. Posteriormente empezaron a tener discusiones y hubo ocasiones en las que ella quería irse de la casa, agrega que notó que su relación cambio más con la llegada de su segundo hijo, cada vez estaban menos tiempo juntos y a ella no le gustaba que él no tenga un trabajo estable. Actualmente se encuentran distanciados por una infidelidad por parte de él, lo cual ha hecho que ella se sienta triste,

decepcionada e irritable, por lo que las discusiones han aumentado.

2.3.1.8. Vida laboral

Comenta que desde pequeña cada vez que venía a Lima ayudaba a su tío en su negocio, lo cual le agradaba ya que así podía ayudar a su mamá. Cuando vino a quedarse definitivamente en Lima, a los 17 años, empezó a trabajar en una juguería de mesera, al inicio sentía temor porque no tenía experiencia, pero sin embargo aprendió y le fue bien. Posteriormente, a los 19 años, trabajó en una casa, en la modalidad cama adentro, esto lo hizo por 3 meses, en ese entonces pensaba “estaré encerrada”, luego dejó de trabajar porque tuvo una crisis de ansiedad. Comenta que tenía una buena relación con todos los que trabajó en la casa, pero sentía mucha presión y preocupación. Luego de unos meses, cuando se sintió mejor, volvió a trabajar en la juguería.

2.3.1.9. Hábitos e intereses

Le gusta bailar y escuchar música, lo cual lo hace constantemente en casa, comenta no tener preferencia por algún ritmo en particular, siendo los que más escucha cumbia y reggaetón. También en ocasiones le gusta hacer postres.

2.3.2. Historia Familiar

La paciente proviene de una familia nuclear, conformada por sus padres y hermanos, con quienes vivía en Chimbote, en un pequeño cuarto alquilado.

Su madre, Isabel, de 46 años, ama de casa, es una persona sociable, conversadora, estricta y nerviosa, suele asustarse y preocuparse con facilidad, actualmente recibe tratamiento para el asma, la paciente comenta que la relación con su madre siempre fue buena, con comunicación y confianza, en ocasiones recibió castigos por parte de ella, algunos físicos.

Su padre, José, de 58 años, es comerciante, se caracteriza por ser tranquilo, callado y estricto, mantiene una buena relación con la paciente, sin embargo, ella agrega que su padre

suele tomar alcohol continuamente y lo hace por periodos largos, lo cual ocasiona conflictos entre sus padres.

Su hermano, Aron, tiene 12 años, es estudiante, se caracteriza por ser un poco rebelde y contestón, suele renegar, pero también es bueno y le gusta ayudar, mantienen una buena relación, hablan de vez en cuando.

Su hermana menor es Dakira, quien tiene 8 años, es una niña alegre, juguetona y conversadora, hablan frecuentemente por teléfono y mantienen una buena relación.

Actualmente Milagros vive con su pareja, en casa de sus suegros, con quienes tiene poco contacto, ya que ellos viven en el primer piso, mientras ella lo hace en el segundo.

Su pareja, Ricardo, tiene 24 años, no tiene un trabajo fijo, lo cual es uno de los principales factores de discusión, se caracteriza por ser callado, reservado e inmaduro. Su relación ha venido empeorando con los días, cada vez hablan menos y discuten más.

Su hijo mayor se llama Billy, tiene 2 años, es un niño tranquilo y juguetón, por momentos juegan juntos, o realizan otras actividades.

Su hija es Kaory, tiene 1 año, es con quien pasa más tiempo en casa, es una niña alegre, traviesa e inquieta, por lo que Milagros siempre está pendiente de lo que hace para evitar que se lastime.

2.3.3. Examen Mental

Paciente de sexo femenino, quien aparenta su edad cronológica, de aproximadamente 1.50 cm de estatura y de 50 kilogramos, de biotipo normosómico; de tez trigueña, cabello largo y tinturado, ojos oscuros, con vestimenta acorde con la edad, el sexo y la estación del año; mostró un adecuado aseo y aliño personal. Al ingresar al consultorio se observó una marcha adecuada, con una postura semi encorvada, manteniendo contacto visual con la entrevistadora, mostró facies de tristeza y preocupación, así como movimientos de brazos y piernas. Su actitud fue colaboradora durante la sesión.

2.3.3.1. Evaluación De Funciones

- **Conciencia:** La paciente se mostró lúcida durante toda la entrevista.
- **Atención:** La paciente mostró atención selectiva y sostenida.
- **Orientación:** evidenció tener una adecuada orientación autopsíquica y alopsíquica.
- **Pensamiento:**
 1. **En su contenido:** ideas de culpa (como que ella es la responsable de que su hijo se enferme), de desvalorización (como que será incapaz o no podrá seguir, que es inútil), preocupación excesiva (expresadas como temor y preocupación a que le suceda algo a ella o a sus hijos, que el dinero no les alcance, por el futuro de sus hijos y de ella misma).
 - ✓ **Errores cognitivos:**
 - a) **Inferencia arbitraria:** “No podré sola con mis hijos”, “se van a descarrilar”, “este mes no alcanzará para los pañales”, si me sucede algo, que será de mis hijos”
 - b) **Generalización excesiva:** “el dinero nunca alcanza ni me alcanzará”, “mi hijo siempre se está enfermando”
 - c) **Maximización:** “le puede dar leucemia”.
 2. **En el curso:** no presentó alteración.
- **Lenguaje:** Presentó adecuada fluidez verbal, tono de voz moderado y ritmo adecuado.
- **Memoria:** Área sin alteración.
- **Afectividad:** Evidenció ansiedad, tristeza, irritabilidad y temor.
- **Percepción:** Área conservada.
- **Voluntad:** Disminuida, aunque ha tratado de continuar sus actividades.
- **Apetito:** Aumentó.
- **Sueño:** Dificultad para iniciar el sueño.

Figura 3

Listado de síntomas, signo y síndromes

Signos	Síntomas	Síndrome
<ul style="list-style-type: none"> • Aparenta su edad cronológica. • De biotipo normosómico • Vestimenta acorde a la edad, el sexo y la estación del año • Muestra adecuado aseo y aliño personal. • Marcha adecuada • Presenta una postura semi encorvada • Adecuada fluidez verbal • Tono de voz moderado • Mantiene contacto visual • Muestra facies de tristeza y preocupación. • Movimiento de brazos y piernas • Colaboradora 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Tristeza • Preocupación excesiva por su hijo, situación económica, que le suceda algo, desde hace 1 año • Ansiedad • Sensación de ahogo • Aceleración del corazón • Dolor en el pecho • Sudoración de manos • Desánimo para realizar sus actividades • Sentimientos de soledad • Dolores corporales • Sensación de mareo • Sofocación • Dificultad para dormir • Aumento del apetito • Problemas con la pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Ansioso Depresivo

Diagnóstico presuntivo

- F41.1 Trastorno De Ansiedad Generalizada
- Z63.0 Problemas Relacionados A La Pareja

2.4 Informe Psicológico

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Apellidos y Nombres : Milagros
- N° de Historia Clínica : -
- N° de DNI : -
- Edad : 23 años
- Fecha de nacimiento : 14/04/1996
- Lugar de nacimiento : Chimbote
- Sexo : Femenino
- Estado Civil : Conviviente
- Grado de instrucción : 5° Secundaria
- Ocupación : Ama de casa
- Domicilio : Santa Anita
- Fechas de evaluaciones : 24 septiembre, 03, 09, 15 y 22 de octubre del 2019

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta refiriendo que desde hace 1 año, a raíz del nacimiento de su segunda hija, empezó a sentirse preocupada por la economía de su hogar, así como por la salud de su primer hijo, pensando que podría darle una enfermedad grave ya que no pudo alimentarlo con leche materna o que tal vez a ella podría sucederle algo y entonces “que pasaría con sus hijos”, lo cual le ha venido ocasionando síntomas somáticos como sensación

de ahogo, aceleración del corazón, dolor en el pecho, sensación de hormigueo , y sudoración de manos, además, hace 3 semanas, debido a enterarse de una infidelidad por parte de su pareja, los síntomas se han venido intensificando y presentando más frecuentemente, sintiendo además tristeza, desánimo para realizar sus actividades, aunque si llega a realizarlas, sensación de soledad, irritabilidad, también ha tenido pensamientos de huir lejos, pero al ver a sus hijos se le pasan, así como miedo al pensar “no podré yo sola con mis hijos”, dolores corporales, sensación de mareo, sofocación y dificultad para dormir, comenta no saber cómo sobrellevar esta situación, ya que ve afectada su vida personal y familiar.

III. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- Entrevista Psicológica
- Observación Conductual
- Pruebas Psicológicas
- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Inventario de Pensamientos Automáticos
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II)
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

IV. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente de sexo femenino, de aproximadamente 1.50 cm de estatura y de 50 kilogramos, de biotipo normosómico; de tez trigueña, cabello largo, lacio y tinturado, ojos oscuros, con vestimenta acorde con la edad, el sexo y la estación del año; mostrando un adecuado aseo y aliño personal. Al ingresar al consultorio se observó una marcha adecuada, con una postura semi encorvada, manteniendo contacto visual con la entrevistadora, mostrando facies de tristeza y preocupación. Se mostró colaboradora durante la sesión.

V. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En el área de inteligencia, se ubicó en el Rango III, de la categoría Término Medio, evidenciando tener capacidad para la abstracción y solución de problemas, lo cual le ha permitido realizar de manera adecuada sus estudios.

En el área de personalidad, la paciente mostró ser una persona tranquila, con gusto por ayudar a los demás; se mantiene atenta a lo que puedan comentar de ella, sobre todo a temas relacionados a su trato o cuidados con sus hijos, los cuales suelen causarle inseguridad y molestia cuando se tratan de comentarios negativos; además su autoestima se ha visto disminuida, por calificativos negativos que ella misma realiza y dudas de lo que puede llegar a ser capaz de hacer; siente desconfianza ante personas que recién conoce, optando por mantener distancia y tener un círculo social reducido por temor a ser engañada o que puedan aprovecharse de ella, prefiriendo apoyarse más en sus familiares; así mismo, ante situaciones nuevas o donde deba actuar y tomar decisiones se siente ansiosa y piensa continuamente en el asunto, lo cual le dificulta encontrar una solución rápida y por el contrario experimenta mucha preocupación, buscando que otros tomen la decisión por ella.

En el área pensamiento, se encontraron errores cognitivos que le causan malestar emocional y somático, como el pensar que la situación mejorará mágicamente en el futuro sin que ella intervenga, lo cual se evidencia en pensamientos como "dejarlo en manos de Dios" evitando tomar decisiones y actuar, mostrando una posición de pasividad; también al anticiparse al desenlace de una situación y esperar que el resultado siempre sea negativo, como cuando ella observa a su hijo diferente o toser un poco y piensa que puede estar muy enfermo; o al pensar que siempre tiene la razón, así como tener reglas autoimpuestas y exigentes como "debo ser una buena madre", las cuales siente no cumplir y le ocasionan culpa y desánimo.

En el área emocional, evidenció sintomatología ansiosa que se ha venido

manifestando con preocupaciones recurrentes en diferentes ámbitos de su vida, como que se enferme o suceda algo negativo con algún integrante de su familia, que el dinero no alcance y el quedarse sola, y también con malestar fisiológico como sudoraciones, taquicardias, dolores musculares, sensación de ahogo y mareos, que al experimentarlos le ocasiona temor a enfermarse; además, a raíz de la situación que estuvo atravesando con su pareja existen sentimientos de tristeza, que expresa llorando por momentos, irritabilidad al hablar con él, formándose discusiones, desánimo para realizar actividades durante su día, realizándolo con lentitud y sintiendo inseguridad.

VI. CONCLUSIONES

- En el área de inteligencia se ubicó en la categoría Término Medio, evidenciando adecuada capacidad para la abstracción y solución de problemas.
- En el área de personalidad, se evidenció estar atenta a comentarios externos, sentimientos de inseguridad y desconfianza, además de necesidad de afecto y de apoyo.
- En el área de pensamiento, se evidenciaron errores cognitivos que producen malestar y que no le permiten hacer una valoración objetiva de la realidad.
- En el área emocional se encontraron síntomas ansiosos en un nivel moderado, causado por preocupaciones excesiva sobre la salud de ella y de sus hijos, la economía de casa y su futuro, además de los acontecimientos que ha vivido con su pareja, que han aumentado dicha sintomatología, además de desencadenar tristeza, desánimo e irritabilidad.

VII. SUGERENCIAS

Terapia individual Cognitivo – Conductual

2.5 Identificación del Problema

Figura 4

Análisis Funcional 1

<i>ESTÍMULO ANTECEDENTE</i>	<i>CONDUCTA</i>	<i>ESTÍMULO CONSECUENTE</i>
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cuando ve un programa de salud en la tv. * Cuando está sola con sus hijos. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda cuando le decían que le diera leche materna a su hijo. 	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Pensamiento Automático: “a mi hijo le puede dar leucemia” “él tiene los síntomas”, “él siempre se enferma” “él es débil”</i> • <i>Pensamiento Intermedio: “debo cuidarlo y alimentarlo mejor” “debo evitar que se enferme” “debi alimentararlo con leche materna”</i> • <i>Pensamiento Nuclear: “soy mala madre”</i> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Preocupación * Miedo * Tristeza <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sensación de ahogo * Sudoración de manos 	<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Evita salir para cuidar mejor a su hijo. * Discute con su pareja por dinero. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Piensa en formas de cuidar a su hijo. * Piensa en qué pueden hacer para conseguir dinero. <p>Latencia: 5 min.</p> <p>Duración: 5 y 15 minutos</p> <p>Frecuencia: Cada vez que se presenta el estímulo, 2 veces a la semana</p> <p>Intensidad:</p> <p>Preocupación (10/10)</p> <p>Miedo (8/10)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> * Opresión en el pecho <p>Motor:</p> <p>Llorar</p>	Tristeza (4/10)
--	--	-----------------

Figura 5

Análisis Funcional 2

<i>ESTIMULO ANTECEDENTE</i>	<i>CONDUCTA</i>	<i>ESTIMULO CONSECUENTE</i>
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Siente dolor de cabeza o estómago. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • recuerda las veces que se ha sentido mal. 	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensamiento</i> <p><i>Automático: “¿tendré algo grave?” “¿y si me da un derrame?”, “no me puedo enfermar” “¿Qué pasará con mis hijos?”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensamiento</i> <p><i>Intermedio: “debo estar bien” “debo ser fuerte”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensamiento</i> <p><i>Nuclear: “soy débil”</i></p> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Miedo * Preocupación <p>Fisiológico:</p>	<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Toma pastillas * Pasa más tiempo en su cuarto. * Deja de hacer sus cosas en su casa. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se dice a si misma que debe tranquilizarse. <p>Duración: 15 minutos</p> <p>Frecuencia: Cada vez que se presenta el</p>

	<ul style="list-style-type: none"> * Dolor de cabeza * Dolor de estomago * Hormigueo en la <p>cara</p> <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Llorar 	<p>estímulo</p> <p>Intensidad:</p> <p>Miedo (10/10)</p> <p>Preocupación</p> <p>(10/10)</p>
--	--	--

Capítulo III

Programa de Intervención Terapéutica

3.1. Especificación de los objetivos de tratamiento.

a. *Objetivo General*

Disminuir los niveles de ansiedad de la paciente mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, logrando la adopción de nuevos pensamientos y comportamientos que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana.

b. *Objetivos específicos*

1. Fortalecer la alianza terapéutica mediante el contrato terapéutico.
2. Explicar la problemática a la paciente a través del modelo Cognitivo Conductual.
3. Explicar la problemática de la paciente a los familiares de ella y así contribuyan con la mejoría.
4. Explicar e identificar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
5. Disminuir la ansiedad mediante la técnica de relajación progresiva de Jacobson
6. Identificar los pensamientos automáticos y los errores cognitivos.
7. Modificar los pensamientos desadaptativos mediante la técnica de tres columnas
8. Disminuir la ansiedad mediante la inducción de la preocupación y elaboración de un guion de decatastrofización.
9. Aumentar la tolerancia al riesgo y a la incertidumbre
10. Evitar niveles altos de ansiedad mediante el Entrenamiento en resolución constructiva del problema.

11. Aumentar la realización de actividades placenteras mediante la programación de actividades.

12. Reforzar las conductas adaptativas de la paciente mediante el refuerzo positivo.

3.2 Diseño de Estrategias de Tratamiento o de Intervención

Se establecerá un contrato terapéutico entre terapeuta y paciente, en el cual ambas partes se comprometerán a tener una participación activa durante el proceso de psicoterapia. De esta forma se espera la colaboración profesional por parte de la terapeuta explicando y llevando a cabo las diversas técnicas terapéuticas y por el otro la participación comprometida de la paciente en el desarrollo de las técnicas y en el cumplimiento de las tareas que se le asignen.

El desarrollo de la terapia se llevará a cabo en 12 sesiones aproximadamente, las cuales durarán 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicarán las diversas técnicas cognitivo conductuales para lograr los objetivos planteados. Así como 2 sesiones de seguimiento.

3.3 Aplicación del Tratamiento o Procedimiento

1. Sesión 1

Objetivo: Fortalecer la alianza terapéutica mediante el contrato terapéutico

Técnicas aplicadas:

- Psicoeducación
- Feedback
- Contrato terapéutico

Descripción:

T: Buenos días Milagros

P: Buenos días doctora

T: ¿Qué tal, como estas?

P: Bien doctora, aunque sigo con mis malestares que ya le había comentado, y un poco preocupada por lo que me dirá el día de hoy.

T: ¿Qué te preocupa de lo que pueda decirte?

P: Que tal vez tengo algo grave y no me pueda ayudar. Y bueno también he pensado que estoy un poco loca.

T: entiendo entonces empezamos con lo que trabajaremos el día de hoy, y vamos despejando las dudas y preocupaciones que tienes, ¿está bien?

P: si, está bien.

T: hoy es nuestra primera sesión terapéutica, por lo que empezaré por mostrarte esto que llamamos contrato terapéutico, aquí es donde tendremos todos los puntos que trabajaremos durante un tiempo, que en un momento te especificaré. Ahora vamos a empezar a leerlo, si tienes alguna duda o algo no te parece, te agradecería que me lo dijeras, ¿está bien?

P: si, está bien, ¿pero ahí también dice que es lo que tengo?

T: no, eso te lo diré de manera verbal esta vez y ahondaremos más en la siguiente sesión, lo de hoy es para que sepas todo lo que trabajaremos, y como dice en las primeras líneas, te comprometas a realizar las actividades que irán planteando. Para eso es necesario que puedas entender cuál es el objetivo de cada una de ellas.

P: ah, está bien doctora, espero poder comprenderlo.

T: Seguro que sí, y en caso algo no quede claro me lo haces saber para volverlo a explicar. Bien, como te decía, en las primeras líneas hace referencia al compromiso que ambas pondremos a las sesiones, ya que el trabajo es de ambas partes, 50 /50, tú ¿estás dispuesta a realizar los ejercicios y tareas que se dejen?

P: si claro, si con eso estaré mejor, por supuesto que lo haré.

T: Genial, esa es la primera parte, estar comprometida, ahora lo siguiente son los objetivos que buscaremos alcanzar sesión a sesión, estos están dirigidos a mejorar tus niveles de ansiedad y estado de ánimo, ya que en base a los resultados que se obtuvimos, nivel de ansiedad es moderado y también hay síntomas de una depresión leve, al escuchar esto ¿Qué piensas?

P: bueno, sobre la ansiedad ya había escuchado antes, pero me preocupa lo que me dice sobre la depresión. Ya que he escuchado que algunas personas se matan y eso me da miedo.

T: bueno, es cierto que hay casos en los que las personas llegan al suicidio y esto porque no recibieron tratamiento en su momento, pero en tu caso ya estamos empezando y así previniendo que el nivel en el que te encuentras ahora, aumente. Además, en la actualidad debido a las situaciones que vivimos a diario, una gran parte de personas vive con ansiedad y depresión, es más común de lo que muchos creen.

P: ¿entonces no es algo grave lo que tengo?, voy a poder estar mejor.

T: Así es, conforme vayamos avanzando con las sesiones y cumplas con tu parte del trato, iras sintiéndote mejor.

P: está bien doctora.

T: ahora en cuanto a los objetivos que te comentaba, el general es *“Disminuir los niveles de ansiedad de la paciente mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, logrando la adopción de nuevos pensamientos y comportamientos que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana”*.

P: trabajaremos mis pensamientos entonces, por lo que entiendo ¿verdad?

T: Así es, ya que hay pensamientos que no te están ayudando y no son tan reales tampoco, entonces los identificaremos y trataremos de cambiarlos.

P: ah, comprendo.

T: muy bien, ahora en cuanto a los específicos, estos se refieren a lo queremos alcanzar en cada sesión, te los mencionaré y no te preocupes si hay algunos nombres que no entiendes, estos son los nombres de las técnicas que usaremos y que las iras comprendiendo más, sesión a sesión, cuando los pongamos en práctica.

P: si, si, está bien.

T: muy bien, los objetivos específicos son:

- Fortalecer la alianza terapéutica mediante el contrato terapéutico
- Explicar la problemática a la paciente a través del modelo Cognitivo Conductual.
- Explicar la problemática de la paciente a los familiares de ella y así contribuyan con la mejoría.
- Explicar e Identificar la relación entre situación, pensamiento, conducta.
- Disminuir la ansiedad mediante la técnica de relajación progresiva de Jacobson
- Identificar los pensamientos automáticos y los errores cognitivos.
- Modificar los pensamientos desadaptativos mediante la técnica de tres columnas
- Disminuir la ansiedad mediante la inducción de la preocupación y elaboración de un guion de decatastrofización.
- Aumentar la tolerancia al riesgo y a la incertidumbre
- Evitar niveles altos de ansiedad mediante el Entrenamiento en resolución constructiva del problema.
- Modificar la atención de los pensamientos amenazantes orientados al futuro y centrarlos en el presente.

Como has escuchado, todos están orientados a disminuir tus síntomas y cambiar tus

pensamientos, para que de esa manera también cambien tus emociones y tus conductas, ya que se encuentran relacionados. Pero eso lo veremos a detalle en otra sesión.

P: si ya veo, al escucharlos, aunque no entiendo algunos nombres, me hace sentir confianza en que mejorare. Sé que tendré que poner de mi parte para que esto funcione.

T: además de confianza ¿qué otras emociones te hacen sentir?

P: bueno, también me da algo de miedo.

T: ¿qué es lo que te da miedo?

P: no sé, solo lo siento, o sea, si me siento emocionada, pero también siento algo de miedo. ¿Qué pasaría si no funciona y sigo igual?, no quiero que eso pase.

T: entonces eso es lo que te da miedo, ¿Qué no funcione?

P: me parece que sí, en verdad ya no me quiero sentir así.

T: todo esto es un proceso, los cambios no se notarán de la noche a la mañana y hay que tener eso claro, pero al tener todo especificado, como te dije, y trabajando juntas, es muy poco probable no ver cambios en ti en un tiempo. Así que vamos paso a paso ¿sí?, por hoy ya hemos visto que es lo que trabajaremos en las sesiones y están al tanto de lo que se viene.

P: si eso es cierto, ya sé lo que haremos. Gracias.

T: además tengo que decirte que las sesiones las llevaremos a cabo una vez por semana, y duraran 45 a 60 min, ¿está bien?

P: sí, claro

T: bueno y serán un total de 12 sesiones, cuando las hayamos concluido, tendremos dos sesiones más, pero que se darán después de 2 y 3 semanas, para ver cómo te está yendo y si estas poniendo en práctica lo trabajado durante todo este tiempo.

P: si, ya entendí, pensé que sería menos tiempo, pero está bien, seguro necesito todo ese tiempo.

T: Así es, es necesario, espero que no faltes a ninguna sesión y en caso no puedas

venir a una, vienes otro día y reprogramamos la sesión, pero en lo posible evitemos las faltas, ¿está bien?

P: sí, claro doctora, me voy a organizar bien para no faltar, además creo que eso haría que extienda más el tiempo ¿no?

T: si, además que no sería un trabajo continuo y se puede perder la ilación de lo que venimos trabajando.

P: mmm... si entiendo.

T: ¿tienes alguna pregunta Milagros, sobre lo que hoy hemos visto?

P: no doctora, tengo todo clarísimo.

T: bueno entonces pasamos a firmar el contrato donde te estás comprometiendo.

T: listo, en caso surja alguna duda, la revisamos la siguiente sesión, por hoy hemos concluido.

P: ya doctora, gracias, nos vemos la otra semana.

T: cuídate, hasta la otra semana.

2. Sesión 2

Objetivo: Explicar la problemática de la paciente mediante el modelo cognitivo conductual.

Técnicas aplicadas:

- Psicoeducación
- Feedback

Descripción:

T: buenos días Milagros, adelante.

P: buenos días doctora, gracias.

T: ¿Qué tal, como has estado?

P: más o menos doctora, he tenido algunas discusiones con Ricardo (pareja), el solo verlo me da cólera.

T: bueno Milagros, esa emoción corresponde a la situación que estas pasando, pero cuando discutían tú ¿qué hacías?

P: bueno, le hablaba más fuerte, le decía que mejor se vaya, porque me hacía sentir mal o si no yo me iba a otro lado y lloraba, han sido días difíciles. También me he sentido más cansada.

T: además del cansancio, ¿has sentido otras cosas?

P: bueno, igual no he podido dormir, creo que por eso también me siento así, también hubo un día en el me dolía mucho la espalda, me asuste y le dije Ricardo que se quede hasta que me duerma, también me estuvo frotando la espalda, igual esa noche no dormí, el sudor en las manos y dolores de cabeza también continúan, eso más que todo recuerdo.

T: entiendo, lo que has venido sintiendo son parte de los síntomas de tu ansiedad y depresión y justamente hoy hablaremos de eso, para que cuando los sientas no te asustes y sepas que es.

P: ya doctora.

T: bien empezaremos por definir y diferenciar tres palabras claves, las cuales son ansiedad, miedo y preocupación. ¿Habías escuchado algo sobre estas palabras?

P: si creo, ansiedad es cuando estás nervioso, como dicen estas ansioso, miedo es cuando ves algo que te asusta y preocupación, mmm... creo que es cuando algo nos preocupa, no lo sé realmente.

T: no te preocupes ahora lo definiremos bien, para que ya no haya dudas, estos conceptos los veremos bajo el modelo con el que trabajaremos, que se llama cognitivo conductual, ¿habías escuchado de esto antes?

P: no doctora, eso si nunca había escuchado

T: bueno este modelo trata de decirnos que el modo como pensamos afecta nuestra forma de sentir, es decir que tenemos un significado propio de la realidad, a ese significado le llamamos pensamiento, y este pensamiento es lo que nos hará sentir felices, tristes, molestos, etc. ¿lo entiende?

P: más o menos doctora

T: lo que nos intenta decir es que lo que nos afecta más, es lo que pensamos que va a suceder, que lo que sucede realmente.

P: ah, ya, o sea, mis pensamientos son más importantes que lo que sucede, ya que eso es lo que hará sentir bien o mal, ¿verdad?

T: si, a eso se refiere, es por eso que le prestaremos más atención a tus pensamientos, y para eso también es necesario conocer los conceptos que tienes interiorizados o que hayas aprendido en base a tus experiencias.

P: está bien, empecemos a conocerlos entonces.

T: genial, como te decía vamos a definir 3 conceptos, para lo cual usaremos esta ficha donde está más organizado. Si hubiera algo que no entendieras, me lo haces saber para despejar esa duda.

P: está bien.

T: bien cómo podemos ver, en ansiedad nos dice primero que es una emoción orientada hacia el futuro y que se caracteriza por los pensamientos de cosas que sucederán en el futuro, lo que ocasiona que se visualice mentalmente lo negativo o positivo que podría pasar en el futuro, cuando se centra solo en lo negativo ocasiona malestar emocional y fisiológico. Es decir que vemos el futuro como algo con lo que no podremos lidiar, enfrentar y esto ocasiona que haya reacciones en tu cuerpo como dolores de cabeza, cuerpo, sudoración, etc.

P: ah, si eso me sucede, a veces pienso que no podré con varias cosas, entonces tengo

ansiedad, ya que después me empieza mi malestar.

T: así es, lo que experimentas es ansiedad, pero una ansiedad patológica o poco sana, ya que está más centrada en lo negativo, bien, sigamos, ya que lo que sientes está relacionado con la siguiente palabra que es miedo, el cual también es una emoción y se produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro real para la propia seguridad física o psíquica.

Sin embargo, el miedo también puede ser mal adaptativo o negativo, cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. Es decir, ante un evento irreal y que solo está en nuestra cabeza, ya que no estamos seguros sobre el futuro, ya que es incierto.

P: claro y todo está en la cabeza, solo lo imaginamos, entonces ¿está bien sentir miedo?

T: claro, ya que como dijimos, es una emoción básica, esto quiere decir que está en nosotros, así como la felicidad, pero esta la sentimos cuando nos sucede algo ¿verdad?, pues lo mismo se espera que pase con el miedo, que sea una respuesta a algo que nos ocurre y no solo por imaginarnos que pasará, ya que eso es lo que nos causa malestar.

P: claro, aunque a veces no se puede evitar estar con la “pensadora”, así le puse a estar pensando mucho en algo.

T: y justamente esa parte es la que iremos entrenando poco a poco, hasta que tu misma lo puedas controlar.

P: espero poder lograrlo.

T: claro que si lo lograrás, si realizas las técnicas que iremos trabajando, ahora veremos la última palabra, que es preocupación, y la que más aparece en lo que te ocurre, la preocupación es una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable, es decir, pensamientos que atormentan a una persona y dan

vueltas constantemente en tu cabeza, y se da de un intento de iniciar solucionar problemas sobre una cuestión cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos. Es decir, mientras intentas dar una solución te enfocas más en resultados negativos y llegas a dar con la solución que te gustaría, sin embargo, la preocupación puede ser adaptativa, sana o patológica y causarte sufrimiento, siendo en este último: más generalizada, consume tiempo, es incontrolable, se centra más en problemas menores y está selectivamente sesgada por la amenaza.

P: ya tengo todo más claro, entonces las preocupaciones son los pensamientos, pero con un final malo, pero que solo está en mi cabeza, pero también dice que puede ser sano, ¿cómo sería una preocupación sana?

T: sería cuando ocurre algo real por lo que deberíamos preocuparnos, algo específico y que nos impulse a buscar una solución real, tomando en cuenta las consecuencias positivas y negativas.

P: claro, como cuando mi hijo realmente se enferma, ¿no?, no antes de que suceda, ya que eso solo me hace sentir mal.

T: claro. Entonces estos tres conceptos están claros ¿verdad?

P: si doctora, están claros.

T: bueno entonces te pasare a explicar lo que es el trastorno de ansiedad generalizada, que es lo que sucede contigo, bajo el modelo cognitivo, para eso veremos este cuadro, donde ya he descrito algunos puntos en base a la evaluación previa que realizamos, ¿está bien?

P: si, ¿también me explicará mejor lo que es la ansiedad generalizada?

T: claro, la ansiedad generalizada es un trastorno, muy común últimamente, que se caracteriza porque la persona presenta muchas preocupaciones de diferentes ámbitos de su vida, como su salud o la de su familia, la economía, el trabajo, etc. y estas preocupaciones ocasionan en la persona diferentes malestares emocionales y fisiológicos, como sensación

de perder el control, miedo, tensión muscular, dolores corporales, sudoración, opresión en el pecho o que el corazón late mucho más rápido, entre otros. Y por lo que hemos visto tú has sentido todo esto por un largo tiempo.

P: si, por mucho tiempo, ahora entiendo mejor, no es que me esté enfermado entonces, sino que es debido a mis preocupaciones, que es lo que ya me dijo antes.

T: así es, ahora veremos cómo es que se ha venido dando todo esto sí. Para eso veremos este otro cuadro, aquí vemos en esta primera fase llamada fase evocativa, que se refiere a que, es lo que hace que se formen tus preocupaciones, vemos que lo que influye son tus objetivos y preocupaciones, sucesos que hayan pasado por tu vida y la vulnerabilidad psicológica, lo cual se refiere a lo que dice cada cuadro, todo esto es lo que te ha predisposto a que se desarrolle el TAG en ti. Ahora la siguiente fase llamada procesamiento automático nos dice a raíz de estas diferentes circunstancias anteriores, tu forma de ir procesando lo que ocurre está sesgada, es decir se produce con desviaciones que no te permiten ver con claridad la realidad, produciéndose un sesgo atencional, que se refiere a que solo atiendes a lo peor o negativo, a lo que consideras amenazante, de manera selectiva y también un sesgo interpretativo, que se refiere a que a lo que ocurre le das un significado catastrófico, hasta aquí ¿lo has entendido?.

P: si veo que hay cosas de mí que me han llevado a esto y que nunca me di cuenta, y también que han pasado varias cosas en mi vida que también me han llevado a esto, verlo así, ordenado hace que lo entienda mucho mejor. Pero entonces ¿podré mejorar, esto tiene cura?

T: hay que dejar claro que no es una cura total, como vimos en los objetivos, buscamos disminuir tu ansiedad, no eliminarla, porque como ya vimos hoy, es una emoción propia del ser humano, que está en uno mismo, por eso también puede ser adaptativa y es lo que queremos lograr y en eso consiste esta última parte del cuadro, la fase de procesamiento

elaborativo, en el que como su mismo nombre lo dice re – elaboraremos la preocupación que existe, ya que dicha preocupación funciona como una forma de evitación de los síntomas desagradables, es decir que al preocuparte y estar pensando y pensando, crees que llegarás a una solución, pero no suele ser así, sino que ves que el problema se va agrandando y que no puedes con él, entonces al revisar esas preocupaciones, objetivamente, también veremos qué puntos te dan más seguridad y cuáles son las reales soluciones, para que no te genera malestar y puedas actuar sobre ello. ¿Lo entiendes?

P: si creo que sí, lo que me dice es que, si veo más claro todo y no me dejo llevar solo por la preocupación, encontraré las soluciones que quiero encontrar. Además, que mi ansiedad no va a desaparecer, sino que será más sana porque es algo normal sentirla, es una emoción más.

T: así es, hasta aquí has entendido todo lo que hemos visto, sé que ha sido mucho, por eso te daré una copia de lo que revisemos hoy, para que lo anexes a un cuaderno, el cual traerás en cada sesión e iras registrando diferentes puntos que veremos en las siguientes sesiones, así como algunas tareas.

P: está bien doctora, ¿puede ser cualquier cuaderno?

T: si no hay problemas el que tu prefieras. Por ahora vas a escribir todo lo que hablamos hoy, como un pequeño resumen, para que no se te olvide. Entonces ya que tenemos todo claro, vamos a dar por concluida la sesión de hoy y no olvides que, para la siguiente sesión, tiene que venir un familiar cercano a ti para también poder explicarle lo que te está sucediendo.

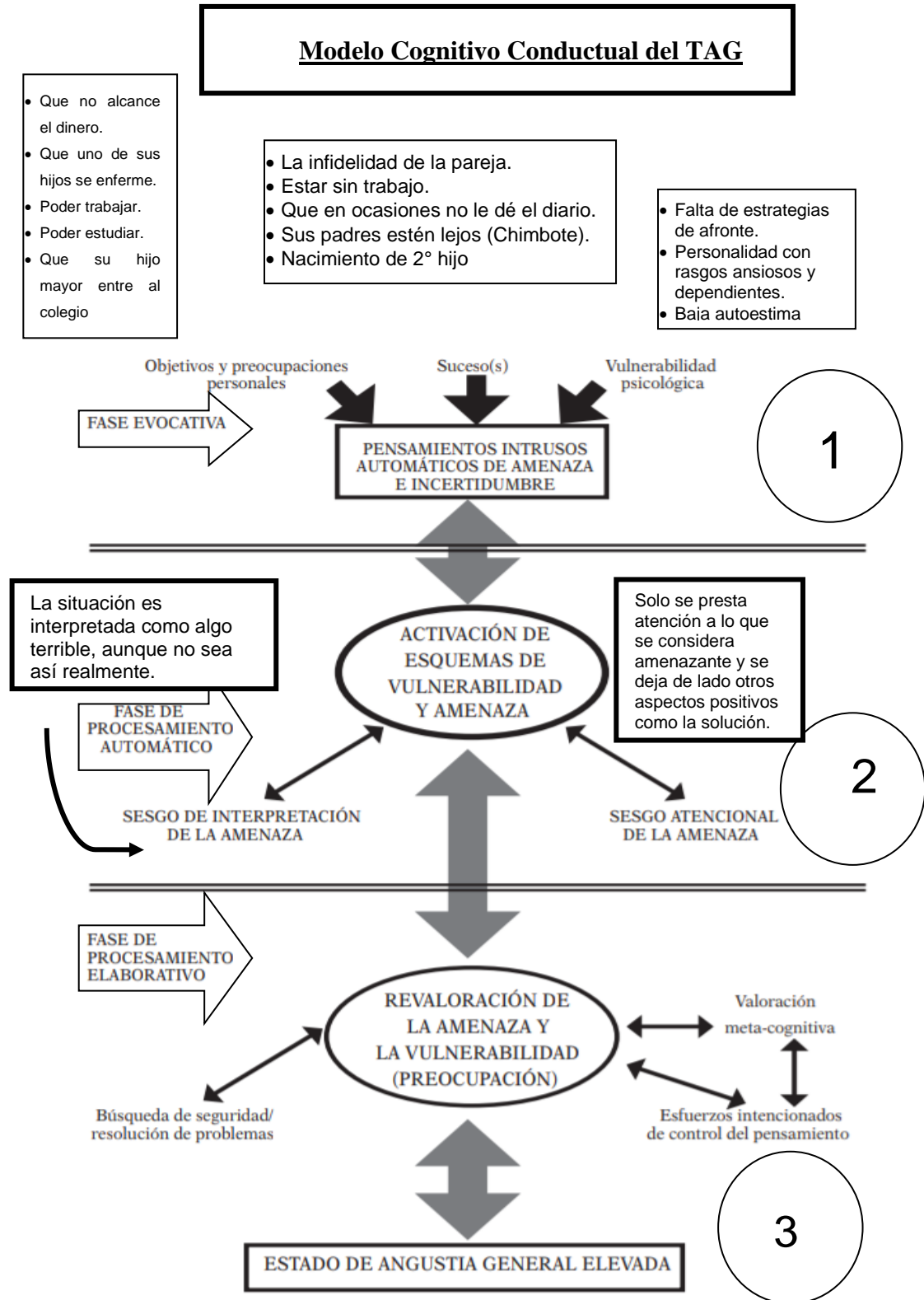
P: si doctora, ya hablé con mis tíos, y vendrá una de mis tías.

T: genial, entonces nos vemos la siguiente sesión, cuídate.

P: gracias doctora, nos vemos.

Figura 6

Modelo cognitivo conductural de la problemática de la paciente



3. *Sesión 3*

Objetivo: Explicar la problemática de la paciente a los familiares de ella y así contribuyan con la mejoría.

Técnicas aplicadas:

- Psicoeducación
- Feedback

Descripción:

T: Buenos días Milagros

P: Buenos días doctora, vine con mi tía como le había dicho

T: ¿y donde esta ella?

P: está esperando allá afuera, le dije que primero entraría yo.

T: bueno, entonces primero revisare lo que quedamos qué harías en tu cuaderno y luego haremos pasar a tu tía.

P: ya está bien, doctora. Este es mi cuaderno y esto es lo que entendí.

T: muy bien, veo que también pegaste las hojas que te di, en cuanto a tu resumen está bien, lo has entendido.

P: si doctora, gracias.

T: bueno ahora, hagamos pasar a tu tía, llámala por favor.

P: ok, doctora. ¿Yo también regreso o me quedo afuera?

T: nos esperas un momento afuera si, luego te invitare a pasar.

P: ya doctora está bien.

Ap: Buenas señorita.

T: que tal señora, adelante.

Ap: gracias.

T: bueno el motivo por el que pedí que venga un familiar es para poder explicarles

mejor que es lo que está sucediendo con Milagros. ¿Usted es cercana a ella?

Ap: sí, aunque no vivimos juntas, cuando voy de visita, hablamos y trato de aconsejarle, ella más o menos nos dijo que tenía ansiedad. Y que eso le provocaba algunas molestias.

T: así es, lo que ella tiene se llama trastorno de ansiedad generalizada, este es un trastorno bastante común en la sociedad actual, y que es ocasionado por preocupaciones que ocurren a raíz de diferentes aspectos de su vida, no solo del presente sino a lo largo de toda su vida.

Ap: ¿entonces no es de ahora?

T: ahora se están presentando los síntomas, pero es una acumulación de diferentes experiencias y como ella ha aprendido a enfrentar esta situación y el apoyo que ha recibido, lo cual como vemos no han sido adecuados, lo cual genera en ella malestar que es real, sus dolores, sudoraciones, dolor en el pecho, insomnio, es producido por todo esto.

Ap: ya veo, entonces no es que se esté haciendo, sino que es de verdad, porque a veces, mi hermano que es su tío le dice que le ayude a coser, pero ella dice que se siente mal y le dice que seguro no quiere trabajar y vemos que ella se incomoda con esos comentarios, pero a veces solo lo dice como broma, pero creo que ella no lo toma así.

T: así es, su malestar es real, es su cuerpo que está reaccionando a sucesos de su vida actual, a los problemas que enfrenta, preocupaciones de su día a día que ella siente que no podrá resolver o sobrellevar. Y justamente en eso trabajaremos, para que ella pueda ver con más claridad la realidad y sea más consciente de sus capacidades. Para esto será necesario evitar comentarios como el que me comenta. Y también hacerle saber que no está sola y que puede confiar en ustedes como su familia.

Ap: si, siempre le decimos eso, pero también esos comentarios también siempre están presentes, hablaré con mis hermanos y mi mamá, que es con los que más tiempo pasa.

T: claro el apoyo de todos será de mucha ayuda para ella y por el contrario hacerle comentarios positivos, que contribuyan con su autoestima, como el tú puedes, vas a lograrlo, se encontrará una solución.

Ap: pues sí, vamos a tener más cuidado con eso. También habrá alguna otra forma de ayudarla.

T: pasando tiempo con ella, ayudarla a ver las cosas tanto positivas como negativas que hay, tenerle paciencia, ya que todo esto es un proceso y como sabe nadie cambia de la noche a la mañana. Pasen tiempo en familia, pero tiempo de calidad.

Ap: entiendo, si trataremos de estar más pendiente de ella, a veces cada quien está en sus cosas, su familia y deja de lado a otros familiares y como ella vive aparte, hay días que no la vemos, pero trataremos de estar más comunicados con ella.

T: claro, como le digo eso la ayudara mucho, y a no sentirse sola, como sabe la familia y su apoyo son importantes para la recuperación cuando uno está vulnerable.

Ap: si, lo sé. Pero, ¿hasta cuándo estará así?

T: el tiempo va depender del esfuerzo y compromiso que ella misma ponga, se han programado un total de 12 sesiones, en las que se trabajaran diferentes técnicas, estas se darán semanalmente. Esta ya es nuestra 3° sesión.

Ap: a ya, señorita, en verdad espero que pueda ayudar a mi sobrina, y que se mejore pronto.

T: ese es nuestro objetivo, ¿tiene alguna duda al respecto?

Ap: no ninguna, todo me ha quedado muy claro.

T: muy bien, entonces vamos hacer ingresar a Milagros.

Ap: si señorita, ahora la llamo.

P: ¿qué tal doctora?

T: bien Milagros, ya terminamos de hablar con tu tía y hemos aclarado varias cosas.

P: que bueno doctora. ¿Será necesario que vuelva a venir?

T: por el momento no, ya yo te avisare si es necesario, entonces por hoy hemos terminado.

P: está bien doctora, muchas gracias.

Ap: gracias señorita, cuídese.

T: hasta la próxima sesión, nos vemos.

4. Sesión 4

Objetivo: Identificar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.

Técnicas aplicas:

- Psicoeducación
- Feedback

Descripción:

T: Buenos días Milagros, ¿Qué tal?

P: Buenas doctora, más o menos, he seguido con mis malestares, me ha estado doliendo la cabeza, el cuello y los hombros.

T: ¿ha sucedido algo recientemente?

P: mmm... me enteré que mi hermano está mal. El saber que está mal me hace sentir mal a mí también.

T: ¿Cómo así te hace sentir mal?

P: ando pensando en eso, pienso que se puede morir, que es algo grave lo que él tiene.

T: ya veo, y ¿sabes que es lo que tiene o que tan grave es?

P: no, solo me dijo mi mamá que él estaba mal y que lo había llevado a la posta.

T: entiendo y esto ha generado preocupación en ti y no solo eso, sino que también te causa malestar físico.

P: si creo que sí.

T: sería bueno que le preguntes bien a tu mamá y puedas saber si realmente es grave, por otro lado, el día de hoy veremos un punto que es importante en el modelo con el trabajaremos y es el pensamiento. ¿Te has dado cuenta, que siempre estamos pensando? Algo así como respirar.

P: sí, es cierto, siempre lo estamos.

T: sin embargo, no siempre somos conscientes que lo hacemos, ahora que hable de la respiración, le pusiste más atención a tu respiración ¿verdad?

P: si

T: bueno algo así sucede con nuestros pensamientos, a pesar que siempre lo estamos haciendo, muchas veces no somos conscientes de su contenido. Por eso de ahora en adelante lo volveremos más consciente ¿sí?, para eso veremos estos cuadros. ¿Puedes ver qué dice?

P: si claro, dice situación, pensamiento, emoción y conducta, también veo flechas.

T: así es, muy bien, hoy veremos cómo se relacionan estas palabras. Primero una situación es lo que ocurre en el mundo exterior, como algo que sucede, que observas, en lo que participas, pero también puede ser algo que recuerdes, que aparezca como imágenes. Pensamiento es la interpretación que hacemos de lo que ocurre, son las creencias y el significado que le damos a algo, emoción es lo que sentimos, como alegría, miedo, enojo y conducta lo que hacemos. ¿Hasta ahí lo has entendido?

P: si, comprendo lo que significa cada uno.

T: listo, ahora veremos porque tienen esas flechas, esta primera parte se refiere a que en ocasiones ante una situación que atravesamos, no nos detenemos a ser conscientes de lo que estamos pensando, sino que nos dejamos llevar por la emoción, por ejemplo, supongamos que ante un robo de tus pertenencias, esto de produzca enojo, y entonces te dejas llevar por este enojo y te enfrentas al delincuente, el hecho de que te enfrentes es la conducta,

pero a raíz de haberlo enfrentado terminas herida, luego recién pensarías en que hubiera sido mejor dejar que se lleven las pertenencias, ¿verdad?

P: si, eso está pasando mucho en la actualidad y las personas terminan heridas.

T: así es, entonces vemos que la persona al final, cuando ya había pasado todo, recién fue consciente de sus pensamientos y logró hacer un análisis más real de la situación. En su lugar, se dejó llevar por la emoción. ¿Crees que esto suceda contigo?

P: nunca me había puesto a pensar en eso, pero creo que es así, si sucede algo me siento feliz o triste o enojada o con miedo o preocupada. Pero no recuerdo pensarlo antes.

T: y es que esto suele suceder con la mayoría de las personas, que se dejan llevar, sin embargo, esto no quiere decir que no podamos hacer más conscientes de los pensamientos. Pero ahora ¿por qué crees que sean importantes los pensamientos y que debemos pensar antes de sentir?

P: mmm... tal vez para actuar mejor, ya que como dice a veces cuando nos dejamos llevar por las emociones, las cosas no salen bien.

T: así es, como vemos en el segundo cuadro. Lo primero es lo que ocurre, la situación y de esta situación haremos una interpretación o le daremos un valor, el hacer esto provocará una emoción y una conducta. Es decir, quien comanda son los pensamientos.

P: si, me doy cuenta de eso, que importantes son los pensamientos.

T: así es, pero ahora lo veremos con un ejemplo, usaremos como ejemplo lo que me comentaste al inicio de la sesión, puedes sacar tu cuaderno para apuntar el ejemplo, entonces pondremos en situación, que te enteraste que tu hermano está mal, ahora ¿qué ideas vinieron a ti, cuando tu mamá te lo contó?

P: mmm... no sé, no lo recuerdo. Eso fue hace dos días que me lo contó.

T: veamos, cuando ella te lo dijo, ¿cómo te sentías?

P: me sentí preocupada, con miedo que le ocurra algo grave a mi hermano.

T: muy bien, ahí tenemos un pensamiento, el que pienses que le ocurra algo grave a tu hermano. Ya que el miedo es la emoción que sentías.

P: ahhh, entonces también pensaba que si tiene algo grave tal vez no podamos cubrir los gastos, o que pueda morir ¿está bien?, porque eso recuerdo.

T: está muy bien, eso lo colocaremos aquí en pensamiento, entonces tenemos la situación los pensamientos y falta qué hiciste luego.

P: bueno, me puse a rezar.

T: listo, hemos completado el cuadro. Entonces tenemos, que ante esta situación pensaste en estos tres puntos que mencionaste y el pensar en eso, hizo que sintieras miedo y te pongas a rezar.

P: así es.

T: entonces, ¿has logrado ver la relación que hay entre todos los puntos?

P: sí, entiendo que mis pensamientos harán una interpretación de la situación y aquello que piense, hará que sienta y haga algo. ¿Verdad?

T: sí, así es, ¿crees poder hacerlo?

P: no lo sé, creo que sí y creo que no, jajaja

T: ¿Qué crees que sea difícil?

P: saber mis pensamientos, ¿Qué pasa si no logro?

T: eso no lo sabremos hasta que lo intentes, así que será una tarea, así como hicimos con el ejemplo de hoy, escribirás ejemplos tuyos, de tu día a día, para que puedas prestarles más atención a tus pensamientos, recuerda que es todo un proceso, y como tal habrá cosas que no saldrán a la primera, pero si seguimos y somos constantes, se logrará ¿sí?

P: sí doctora, tiene razón, lo voy hacer y lo traeré la siguiente sesión, aunque tal vez me equivoque.

T: cómo te digo, ya lo veremos y poco a poco ¿está bien?

P: si doctora está bien.

T: muy bien, ¿tienes alguna duda?

P: no doctora, todo me ha quedado muy claro.

T: genial, entonces vamos a dar por terminada nuestra sesión de ahora.

P: ok doctora, nos vemos.

T: cuídate, hasta la próxima sesión.

5. *Sesión 5*

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la relajación de Jacobson, logrando reconocer la sensación de tensión y de no tensión.

Técnicas aplicadas:

- Relajación de Jacobson
- Psicoeducación
- Modelado
- Refuerzo positivo

Descripción:

T: hola Milagros.

P: buenos días doctora

T: que gusto verte, ¿cómo has estado?

P: más o menos, he tenido algunos enfrentamientos con el papá de mis hijos, y bueno eso me deja alterada, la verdad

T: ¿Cómo así te deja alterada?

P: bueno, termino molesta, de mal humor, me siento agitada, cansada, y siento que sudo más y que hay partes de mi cuerpo como que tiemblan.

T: ¿y a que se deben estos enfrentamientos?

P: más que nada doctora, a que no está cumpliendo con lo que acordamos la última vez, no me está dando el dinero a tiempo, y eso me estresa, y pienso que van a faltar los pañales o ya no me va alcanzar para la comida, ¡ay! es terrible doctora.

T: ya veo, es decir que tus pensamientos te están llevando a sentirte estresada y preocupada ¿verdad?

P: si creo que sí, pero también él que no me da la plata.

T: ¿lograste realizar la tarea que acordamos?

P:si, aquí esta doctora.

T: déjame ver, si veo que has puesto varios ejemplos, y también que varios son en relación a tu pareja.

P: si, se puede decir que es lo que más me está afectando últimamente.

T: ok, entonces se puede decir que ahora eres un poco más consciente de tus pensamientos entonces.

P: creo que sí

T: muy bien, eso es bueno, es de mucha utilidad para el trabajo que realizaremos más adelante. Por ahora seguirás realizando el ejercicio, y así luego podremos revisar a detalle tus pensamientos y también puedas lograr ver los cambios que irán ocurriendo. Pero ahora veremos lo que tenemos para hoy y es trabajar una técnica de relajación. La cual se llama relajación progresiva de Jacobson, ¿habías escuchado antes de esta técnica?

P: no, es la primera vez que la escucho, ¿esa técnica me ayudará a relajarme?

T: así es, esta técnica tiene como objetivo que aprendas a reconocer como se siente tu cuerpo cuando esta tenso y como es cuando esta relajado, para que así puedas disminuir tu ansiedad. Entonces para lograrlo primero vamos a aprender a respirar correctamente, ya que no solemos hacerlo bien, para eso te voy a pedir que voltees tu silla y quedemos frente a frente, listo, ahora te voy a pedir que cuentes mentalmente tus respiraciones ¿está bien?

P: si, cada vez que tomo aire y lo boto es uno ¿verdad?

T: así es. Listo cuando yo diga “ya” empiezas y cuando diga “alto” paras. Lista, ya, alto, ¿Cuántas respiraciones tienes?

P: 14

T: muy bien ya lo tome solo por 30 segundos, en un minuto tienes 28 respiraciones, lo cual es demasiado, y quiere decir que el oxígeno, no está ingresando correctamente a tus pulmones, pero tranquila ahora veremos cómo tendría que ser realmente, para eso necesito que te sientes cómoda, y observes primero este gráfico, aquí vemos como esta chica inhala el aire, el aire pasa por sus pulmones hasta llegar a su diafragma, por eso parte de sus estómago se levanta y luego exhala el aire.

P: si puedo ver que son varios pasos, se parece a lo que hice cuando estuve embarazada, fui a psicoprofilaxis.

T: claro, bueno entonces ahora vas a observar cómo lo realizo para que luego tú lo hagas. En este caso vamos a colocar una mano sobre el estómago para ver que realmente se levante esa parte. Voy empezar, tomo aire, observa cómo se hincha aquí y ahora exhalo el aire lentamente. Lo voy a volver hacer, observa. ¿Entendiste cómo realizarlo?

P: si me quedo claro.

T: entonces ahora lo realizaras tú, ¿lista?

P: si

T: muy bien los has hecho muy bien, ahora que ya sabemos cómo hay que respirar pasaremos a la relación en sí. Para esto quiero que te sientes lo más cómoda posible, ¿sí?, ahora vamos a tomarte el pulso, préstame tu mano izquierda para hacerlo, ahora estas en 87, bien ahora si vas a poner tus brazos y manos sobre tus piernas, con tu mano derecha tratarás de hacer presión, así como vemos en este dibujo, como si estuvieras sujetando algo y que no quieres que se caiga, así como yo lo estoy haciendo, así, ahora cuando yo diga “suelta”, iras

abriendo tu mano poco a poco y tratando de sentir esa sensación, ¿está bien?

P: si, primero hare presión con mi mano y luego iré soltando lentamente.

T: así es, entonces ahora harás caso a lo que te vaya diciendo si, empezaremos presionando, presiona ahora tu mano, reconoce los que estas sintiendo, como están tus dedos, la palma de tu mano... ahora iras soltando poco a poco, reconoce ese cambio, como se siente ahora tu mano, tus dedos, que tan agradable ahora es, conoce esas sensaciones. Muy bien vamos a pasar hacerlo con tus brazos, para eso vas a estirar tu brazo lo más que puedas, al hacerlo sentirás sensaciones molestas, vas a reconocerla y luego iras bajando el brazo hasta que esté en completo reposo y también puedas sentir como es que este así.

P: está bien.

T: empecemos, tensa y estira tu brazo. Listo ya puedes empezar a dejarlo en reposo, siente como se siente ahora que se está relajando. Muy bien, ¿sientes que logras diferencias es que parte de tu cuerpo se vaya tensando y como es cuando se va relajando?

P: si cuando tengo, es incómodo, molesto, como si tuviera un peso extra, pero cuando suelto siento ese cambio, como que me quito un peso de encima.

T: que bueno ya lo vayas identificando, ahora pasaremos a realizarlo en la parte inferior, primero los pies y luego las piernas. Para los pies vas a estirarlo, como si señalaras el piso, ¿sí? Empecemos. Siente también como se siente tu pie, ahora puedes ir soltando la tensión y viendo ese cambio, ahora lo haremos con tu pierna, para ello estiraras toda tu pierna, si empecemos, y también vas a sentir como se siente tu pierna cuando esta tensa. Que tan incomodo es, ahora puedes ir liberándote de esa tensión. Ahora realizaremos todo junto ¿está bien?, si deseas puedes cerrar tus ojos.

P: si voy a intentarlo con los ojos cerrados.

T: ok, empecemos vas a tensar tu mano derecha, y luego lentamente vas a ir soltando y relajándote poco a poco, reconociendo esas sensaciones agradables. Ahora tu mano

izquierda, vas a tensarla, reconociendo como se siente cada parte de tu mano, y luego vas a relajar, ahora pasaremos a tus brazos repitiendo los pasos realizados con anterioridad , ahora de misma manera con tus piernas y pies, ahora que has logrado que tu cuerpo este relajado, vas a empezar a inhalar y exhalar el aire muy lentamente y pensar en un lugar que a ti te guste mucho, ahora que estas en ese lugar, observa todo lo que está ahí, que es lo que más te gusta, conéctate con eso que sientes, con lo agradable... Muy bien ahora poco a poco iras abriendo tus ojos, vamos, poco apoco. ¿Cómo te sientes?

P: me siento bien, relajada, con calma

T: muy bien ese es el objetivo, ahora volveré a tomarte el pulso, ahora estas en 80, quiere decir que si lo has logrado y has realizado muy bien el ejercicio, cuando uno está relajado el pulso disminuye, así que no te asustes.

P: ya entiendo, así podre saber que lo hice bien entonces.

T: Si además lo que hemos hecho hoy lo practicarás en casa también y harás un registro de tu pulso, colocaras la fecha, cuanto tuviste antes de realizar la relajación y cuando tuviste después de realizarla ¿está bien?

P: si todo claro

T: perfecto, entonces en caso que ya no haya más dudas, damos por terminada la sesión de hoy.

P: gracias doctora, practicaré la relajación.

T: muy bien, cuídate, hasta la próxima.

6. Sesión 6

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la relajación de Jacobson. Logrando reconocer la sensación de tensión y de no tensión.

Técnicas:

- Relajación de Jacobson
- Psicoeducación
- Modelado
- Refuerzo positivo

Descripción:

T: buenos días Milagros

P: buenos días doctora, ¿Qué tal?

T: bien, ¿cómo estás?

P: un poco mejor, la relajación me ha ayudado a sentirme mejor, la he estado practicando.

T: qué bueno que la hayas practicado, ¿registraste cómo te dije?

P: si doctora aquí esta, en algunos no disminuyó, y eso me preocupó.

T: tranquila eso puede suceder, porque seguro sucedió algo, algún pensamiento que interfirió o algo que no dejó que te concentres en lo que hacías, puede ocurrir, pero mayormente veo que tu pulso disminuyó.

P: si, mayormente disminuyó, pero me preocupaba eso, ahora que me dice que eso puede pasar me siento más tranquila.

T: bueno hoy vamos a continuar con la relajación, ya que solo trabajamos algunas partes de tu cuerpo y ahora nos faltan otras como partes de tu cara y espalda, el procedimiento es el mismo, que ahora te voy a ir mostrando como lo harás con las otras partes para que puedas tensionarlos.

P: ya está bien doctora.

T: bien entonces ahora, vamos a tomarte el pulso, estas en 90, ahora vas a tratar de arrugar tu frente, estarás un tiempo así, hasta que te diga alto y puedas relajarlo dejando la tensión, empecemos, así como que estas molesta, muy bien, siente como es tensionar esa

parte del cuerpo, ahora relaja, despacio, sintiendo como va cambiando. Ahora lo haremos con los ojos, para ello trataras de ciérralos y presionarlos fuerte, luego iras liberando esa tensión, empecemos, siente como han cambiado las sensaciones, que tan molesto puede ser, ahora vas a relajar tus ojos, libéralos de la tensión lentamente, reconoce ese cambio, esa sensación agradable. Ahora bajaremos a los labios, aquí también arrugaremos los labios, con fuerza.... Empecemos, presiónalos, fuerte, conoce como se siente esa parte tensa, ahora relájala lentamente, poco a poco. El siguiente es el cuello, aquí trataras de estirarlo y tensarlo, así como yo lo hago, luego lo relajaras, muy bien empecemos, tensiona el cuello, reconoce que parte de tu cuello siente más tensión, como es esa tensión, ahora poco a poco relájala y libera la tensión, siente ese cambio, que tan agradable es. Por último, tensarás la espalda, para lo cual llevaras tus brazos hacia atrás, y los mantendrás ahí por un momento y luego bajarás los brazos y soltarás la tensión acumulada en esa zona. Empecemos, tensiona esa zona, como se siente, que parte está más tensionada, ahora relájate poco a poco, baja los brazos, conoce esa sensación agradable. Lo has hecho muy bien Milagros. Ahora lo haremos todo junto ¿sí? Y si deseas puedes cerrar los ojos.

P: está bien doctora.

Luego de haber realizado la tensión y distensión de cada zona del cuerpo que se trabajó en la sesión.

T: ahora vas a inhalar y exhalar lentamente mientras piensas en un lugar que a ti te guste mucho, ahora que estas en ese lugar, observa todo lo que está ahí, que es lo que más te gusta, conéctate con eso que sientes, con lo agradable...mantente ahí hasta que te diga que abras los ojos.... Muy bien ahora poco a poco irás abriendo tus ojos, vamos, poco apoco. ¿Cómo te sientes?

P: muy bien doctora, tranquila, así me siento.

T: muy bien Milagros, has hecho muy bien los ejercicios, ahora te tomaré el pulso

para ver si se ha logrado disminuir.... Si ahora está en 82, entonces esta nueva rutina es la que practicarás durante esta semana y también la registrarás en tu cuaderno, tal cual ya lo has hecho la semana anterior, colocas la fecha y el pulso que tienes antes y al finalizar el ejercicio.

P: está bien doctora, ahora esta será la que practicaré.

T: listo, ¿tienes alguna duda o algo que te preocupe?

P: no por ahora no, lo que preocupaba ya usted me dijo que puede ocurrir, así que...

T: así es, ahora también puede ocurrir así que no hay de qué preocuparse.

P: si doctora. Está bien.

T: bueno entonces damos por finalizada la sesión, nos vemos la siguiente semana, cuídate.

P: hasta luego doctora.

7. *Sesión 7*

Objetivo: Identificar los pensamientos automáticos y el tipo de error cognitivo

Técnicas:

- Psicoeducación
- Feedback
- Relajación Progresiva de Jacobson
- Refuerzo positivo

Descripción:

T: buenos días Milagros:

P: buenos días doctora.

T: ¿qué tal, como has estado estos días?

P: en general bien doctora, la relajación me ayudado mucho con mis molestias, sin

embargo, el asunto con el papá de mis hijos sigue ahí y me incomoda.

T: qué bueno que la técnica te esté ayudando, me permites ver tu registro, veo que esta semana si disminuyó tu pulso todas las veces que practicaste, no olvides que tienes que seguir practicando y registrando, por otro lado, ¿él sigue sin cumplir el acuerdo?

P: si doctora, y cada vez lo veo menos, supuestamente se está quedando en el 1° piso con sus papás, pero creo que no es así y que ya no viene.

T: ¿y qué es lo que te preocupa?

P: que tal vez le pase algo y no nos enteremos, porque ni celular tiene.

T: ¿hay algún otro pensamiento?

P: o que nos pase algo a alguno de nosotros y no podamos avisarle.

T: es decir que tus pensamientos están orientados a que suceda algo malo, ¿Qué podría suceder?

P: no lo sé, una enfermedad, un accidente, algo así.

T: muy bien Milagros, esto que pensaste, de forma rápida cuando te hice la pregunta, se le llaman pensamientos automáticos y hoy hablaremos ya un poco más acerca de tus pensamientos. ¿Primero, que es un pensamiento automático? Pues como su nombre lo dice un pensamiento de aparecer automáticamente, así como vemos en el gráfico, es lo primero que se nos viene a la cabeza cuando sucede algo, una situación, como ahora que te hice la pregunta y me respondiste con lo primero que viene a tu cabeza.

P: entonces los pensamientos automáticos es lo primero que se me ocurra.

T: así es, sin embargo, no porque los pienses quiere decir que son verdaderos, en ocasiones estos pensamientos están errados y nos hacen ver una irrealdad, es decir que no corresponde con lo que realmente es.

P: ahhh, también pueden fallar, entonces.

T: así es, no todos son ciertos y eso lo que aprenderemos a reconocer, ya que como

habíamos visto antes, los pensamientos son una interpretación de la realidad, y si dicha interpretación está mal, es muy probable que nos cause emociones desagradables o conductas poco adaptativas.

P: claro, ya veo, es decir que ¿hay algunos pensamientos que me mienten?, ¿algo así?

T: así es y aquí tengo un listado, en este cuadro, para revisar como es que nos mienten, para eso miremos el título que dice error cognitivo, ya que se refiere a errores que suelen ocurrir en nuestro día a día. El primero es Inferencia arbitraria, que se refiere al proceso de adelantar una conclusión en ausencia de evidencia o pruebas que la apoyen o cuando la evidencia es contraria a la conclusión, es decir cuando nos adelantamos a lo que realmente ocurre. Abstracción selectiva, consiste en centrarnos en un único detalle, que suele ser negativo, de todo lo que ocurre, ignorando otros detalles más relevantes de la situación, y valorar toda la experiencia en base a ese detalle. Generalización excesiva, se refiere a cuando sin darnos cuenta creamos una regla general a raíz de una situación que hayamos vivido, por ejemplo, si un perrito me ladra pienso que todos los perros siempre lo harán, se vuelve una regla. Maximización y minimización, se refiere a cuando agrandamos o achicamos algo que sucede o en nosotros mismos, por ejemplo, cuando vemos un trabajo como imposible, lo agrandamos tanto que pensamos que no podremos o cuando minimizamos nuestros logros o capacidades. Personalización Se refiere a la facilidad con la que atribuimos a nosotros mismo hechos externos, cosas que suceden, cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. Pensamiento absolutista o dicotómico se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, limpio o sucio, santo o pecador, bueno o malo, sin tomar en cuenta diferentes factores o los grises de la situación.

P: no pensé que fueran tantos

T: si, son varios y estos errores son los que no nos permiten hacer una evaluación

real de las situaciones y si te das cuenta, nos guían más hacia una perspectiva negativa. Sin embargo ¿todo será solo negativo?

P: no creo, siempre hay cosas positivas también, pero esos errores, si nos ponen en el lado negativo de la situación. ¿Eso errores los tenemos todos?

T: así es, es común y todos los tenemos, por eso aprenderemos a cuestionarlos y que sean más realistas, así se asemejaran más a la situación tal cual y nos evitaremos malestar en las emociones y conductas, ya que como vimos anteriormente, nuestros pensamientos se relacionan directamente con las emociones y la conducta.

P: si, doctora es verdad, pero ¿cómo lo cuestionaré?

T: eso lo iremos realizando en las siguientes sesiones, por hoy veremos estos errores que surgen y que nublan nuestra visión de la realidad, para eso vamos a usar un ejemplo. Supongamos que cuando ocurre algo, como por ejemplo ir de paseo, de pronto uno de tus hijos, jugando se cae y desde entonces tú te sientes mal, molesta y triste porque piensas que con esa caída ya el paseo se malogró, este ejemplo ¿qué tipo de error cognitivo es?

P: mmm, no sé, tal vez abstracción selectiva.

T: así es, ya que de toda una situación que probablemente hayas tenido muy buenos momentos, te centras en lo malo que pasó y por ese hecho, das por arruinado todo lo demás.

P: claro, así más o menos lo entendí.

T: bien, ahora el pensar eso, ¿Cómo te haría sentir?

P: molesta y triste, pero más molesta porque no estuve pendiente.

T: ok, y entonces ¿qué harías?

P: creo que quisiera irme rápido a mi casa.

T: muy bien, hasta aquí podemos ver tus emociones y conducta, a partir de este pensamiento, pero ahora dejemos la situación igual, uno de tus hijos se cayó, pero ahora tus pensamientos son diferentes, como, por ejemplo, estas cosas suelen pasar con los niños,

entonces el pensar eso ¿Cómo te haría sentir y qué harías?

P: creo que no me sentiría mal, si no que estaría normal y bueno seguiría en el paseo, ya no regresaría rápido a casa.

T: ¿puedes observar como todo cambió cuando el pensamiento cambio?

P: si es cierto doctora, con uno me sentía mal y con el otro todo fue más tranquilo.

T: por eso era importante que tus pensamientos se vuelvan más conscientes, para que ahora puedan ser analizados y modificados si es necesario.

P: si doctora, ahora lo comprendo mejor, esto me emociona, siento que realmente voy a poder superar lo que me pasa.

T: claro que podrás y esto se debe al compromiso que estas poniendo en las sesiones y actividades, sigue así, ¿está bien?

P: si doctora, ahora con muchas más ganas

T: perfecto, entonces ahora vas a realizar el ejercicio de registro de SPEC y vas a identificar si tu pensamiento automático es un error y de serlo, que tipo es.

P: si doctora ya lo apunte en mi cuaderno, esta hoja de los errores también me la puedo llevar ¿no?, para así poder identificar.

T: si claro, si surge alguna duda mientras realizas la actividad, la siguiente sesión me la haces saber, por ahora ¿tienes alguna duda ahora?

P: no doctora, por ahora tengo todo claro, ya le avisaré si tuve algún problema cuando lo realicé.

T: muy bien Milagros, entonces ya para culminar, vamos a realizar la técnica de relajación para practicarla.

P: está bien doctora.

T: vamos a medir tu pulso ... está en 80. Bien. Haremos tensión de brazos y piernas y en el momento de relajar acompañamos con la respiración diafragmática, no lo olvides,

bien iré observando como lo realizas.

Luego de que la paciente realizó la actividad.

T: Muy bien Milagros, mientras mido tu pulso, dime ¿Cómo te sientes?

P: bien doctora, más tranquila.

T: que bueno Milagros, tu pulso disminuyó, está en 74, ahora si damos por terminada la sesión, no olvides las actividades, nos vemos la siguiente semana.

P: si doctora, gracias, chau.

8. *Sesión 8*

Objetivo: Modificar los pensamientos desadaptativos mediante la técnica de tres columnas.

Técnicas aplicadas:

- Tres columnas
- Feedback
- Psicoeducación
- Reestructuración Cognitiva
- Respiración Diafragmática

Descripción:

T: buenos días Milagros, adelante.

P: buenas doctoras, gracias

T: ¿qué tal, como te ha ido estos días?

P: bien doctora me he dado cuenta de algunas cosas mientras realizaba la actividad que me dejó, y también he estado usando la relajación.

T: muy bien Milagros, y ¿de qué has podido darte cuenta?

P: bueno que, si tengo algunos errores, o bueno varios errores cognitivos y que eso

tal vez es lo que me ha ocasionado todo mi malestar.

T: bien Milagros has podido dar un gran paso hacia el objetivo de la terapia, te felicito por eso.

P: gracias doctora, aquí está todo lo que apunte.

T: muy bien ahora lo vamos a ver y trabajaremos con uno de ellos el día de hoy con una nueva técnica, llamada tres columnas y tiene como objetivo que puedas evaluar mejor tus errores cognitivos.

P: ya doctora, entiendo.

T: bueno entonces para esta técnica también necesitaremos realizar un cuadro, donde este el pensamiento negativo, luego el tipo de error cognitivo y por último le agregaremos el cuadro de pensamientos alternativo, en este cuadro colocaremos los pensamientos más realistas.

P: ya doctora, es decir que aquí pondré pensamientos más reales que se opongan de este que es el negativo

T: así es, son alternativas más reales, una valoración más real.

P: ya claro, similar al ejemplo de la sesión pasada ¿verdad?

T: así es, que en vez de pensar lo negativo cuando lo cambiamos, ese sería un pensamiento alternativo.

P: claro, ya lo entendí.

T: bien entonces ahora armaremos ese cuadro y veremos con cual trabajaremos.

P: está bien.

T: que te parece este en el que pones que seguro porque no le diste leche materna a tu hijo, él se enferma.

P: si doctora, eso es algo que siempre pienso cuando mi hijo mayor se enferma, creo que es mi culpa que se enferme.

T: muy bien entonces vamos a ver en el cuadro de pensamiento negativo, mi hijo se enferma por mi culpa, ahora este pensamiento que tipo de error será.

P: mmm... a ver, déjeme buscar la hojita que me dio, me parece que es de personalización, porque digo que yo tengo la culpa.

T: así es, hasta aquí vamos bien, hemos identificado un pensamiento negativo que te causa malestar, hemos podido ver que es un tipo de error, es decir que ¿será un pensamiento realista?

P: mmm.... Creo que no del todo, ya que es un tipo de error, pero entonces ¿no es que se enferme tanto porque no le di de lactar?

T: parece que no, haber Milagros, ¿todos los niños que no fueron alimentados por leche materna, son enfermizos como tú dices?

P: creo que no todos, solo algunos.

T: bien, ahora ¿quiénes son los que más suelen enfermarse? ¿Los adultos o los niños?

P: los niños, los adultos casi no nos enfermamos.

T: así es, por muchos factores, los niños son los que suelen enfermarse más, entonces viendo de alguna manera estos puntos, ¿aun sigues creyendo que solo es tu culpa?

P: creo que ya no, creo que como dice puede deberse a otras cosas y no solo a ese hecho.

T: bien, entonces ahora ¿cuáles serían los pensamientos alternativos en este caso?

P: mmm... creo que no es mi culpa y que los niños suelen enfermarse con más rapidez.

T: ¿algún otro pensamiento?

P: podría ser, el enfermarse también es parte de la vida, ¿tal vez?

T: ¿cómo así?

P: es que ahora que vengo al hospital veo muchas personas que vienen a atenderse,

de todas las edades, así que supongo que también es parte de la vida, además que eso te permite descansar un poco.

T: está bien, has logrado ir más allá y darte cuenta que eso que siempre aparecía era un pensamiento o error cognitivo, que no era tan real y ahora has encontrado pensamientos alternativos que se ajustan más a la realidad. Eso está muy bien.

P: si doctora, nunca me había puesto a analizar eso, solo lo pensaba y me hacía sentir muy mal.

T: me imagino, la culpa no es algo agradable, sin embargo, como puedes ver no siempre se debe a algo real.

P: si ahora me doy cuenta de eso.

T: entonces ahora, esta será la actividad de la semana, buscarás, así como hemos hecho ahora, pensamientos alternativos para aquellos pensamientos negativos

P: si doctora, lo haré, esto me está ayudando mucho, muchas gracias.

T: no hay de que, es bueno que estés logrando darte cuenta. Ahora ¿tienes alguna duda al respecto?

P: no, doctora todo muy claro.

T: bien, entonces pasaremos a realizar la parte de relajación, pero esta vez solo usaremos la respiración diafragmática, cerrarás los ojos e iniciaras a dar respiraciones lentas y profundas, ¿está bien?, tomaré tu pulso.

P: si doctora, ya no haré tensión entonces.

T: si solo la respiración y tomaremos en cuenta cómo cambian las sensaciones en tu cuerpo, ahora tu pulso está en 82, empecemos.

Luego de que la paciente realiza el ejercicio.

T: ¿Cómo te sientes Milagros?

P: bien doctora, también me siento relajad haciéndolo así.

T: así es Milagros, eso es porque has aprendido a reconocer ese estado de relación en tu cuerpo y eso te permite conectar más rápido con esa sensación, tu pulso también disminuyó, esta en 73. Vas a practicar de esta manera, sí.

P: está bien doctora.

T: bueno entonces damos por terminada la sesión de hoy y nos vemos la siguiente semana, cuídate.

P: si doctora gracias, nos vemos.

9. Sesión 9

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la inducción de la preocupación y elaboración de un guion de decatastrofización.

Técnicas:

- Inducción a la preocupación y decatastrofización.
- Feedback
- Refuerzo positivo
- Reestructuración cognitiva
- Programación de actividades

Descripción:

T: hola Milagros, adelante

P: buenos días doctora

T: ¿qué tal, como has estado?

P: bien doctora, realizando todo lo que he ido aprendiendo.

T: que bueno Milagros, sin embargo ¿hay algo de lo que te gustaría hablar en este momento?

P: bueno doctora, sucede que mi ex pareja se está quedando ahora en casa de un

amigo y como no tiene celular, es difícil contactarlo, si cuando aún estaba en casa era difícil ahora es como imposible. Y bueno la idea que nos abandone completamente es algo que está en mi cabeza, incluso hay noches que me cuesta dormir.

T: es una situación algo complicada y más porque el hecho de que se vaya o no, no está en tus manos, es una decisión de él. Sin embargo, hay responsabilidades que tiene que cumplir con tus pequeños.

P: si, es una de las cosas que también me preocupan, por ahora mis suegros me apoyan con víveres y mi tío me ha dicho para que trabaje con el cosiendo, pero no sé.

T: a ver, el día de hoy vamos a ver esta situación que me comentas, ¿que sería lo peor, que podría pasar?

P: que nos abandone, que se vaya y nos deje solos

T: bien entonces ahora vas a cerrar los ojos y vas a imaginar que estas en esa situación. Observa cómo se ve todo, y ¿qué es lo que sientes?

P: que no puedo con todo eso, que estoy sola con mis hijos, tengo miedo, pienso en que van a comer, como haré con sus pañales, leche, me quiere doler la cabeza, hasta que tal vez estoy en la calle con mis hijos.

T: muy bien, ahora abre los ojos, intenta respirar como lo hemos practicado, lo que acabamos de hacer es que imaginariamente vivas aquello que te causa, temor, ansiedad y te preocupa, para que veas que por más preocupada que estés por algo, sigues viva, bien, y que con la relajación los síntomas fisiológicos que puedan aparecer disminuyan

P: si está bien doctora, es un sentir horrible.

T: así es, pero eso no nos mata, más bien lo que hace es que no veamos con claridad la situación en sí, porque cuando ocurra algo similar en tu vida puedas usar la relajación. Pero ahora lo que haremos es que, a partir de este tipo de situaciones, vamos hacer que disminuya la parte catastrófica o terrible. Para eso vamos hacer un listado de aquello que nos

causa temor que nos pase. Como por ejemplo en el hecho que se dé que no esté el apoyo del papá de tus hijos, me dices una preocupación es la parte económica ¿verdad?

P: si así es.

T: bien esto es algo que suele suceder mucho con las personas con TAG, y es que piensan en que ¿y si...?, como ahora, ¿y si no alcanza el dinero? ¿y si no hay alguien que me apoye?, entiendes

P: si

T: bien entonces lo que haremos es ver que tan grave es la situación, cambiando el ¿y sí?, por el ¿y que...?, entonces sería ¿y que si no alcanza el dinero? ¿que si nadie te apoya?, haber ¿qué pasaría?

P: bueno no tendría dinero si sucediera eso.

T: ya, si eso sucede ¿qué harás?

P: trabajar, creo, pero ¿y mis hijos?

T: ¿qué podrías hacer? ¿los dejarías solos?

P: no, son muy pequeños, por lo general mis cuñadas me ayudan viéndolos así que creo que esa puede ser una solución.

T: Muy bien, ¿habría otra?

P: tal vez podrían ir a una guardería, ya que sería porque yo trabajaría.

T: muy bien, entonces ¿sería muy grave no tener ese apoyo económico?

P: creo que no, ya que yo también puedo hacer cosas como trabajar.

T: así es, entonces te das cuenta que hay situaciones que hacen que nos preocupemos demasiado y que no nos permiten ver la realidad.

P: si, nunca me había detenido a verlo de esa manera, siempre lo vi como algo terrible y que no podría, sin embargo, yo sé trabajar y bueno realmente si me ayudan con mis hijos, a pesar de los problemas que pueda haber con mi ex pareja.

T: así es, si nos dejamos llevar por las emociones, sino que vemos todo con más calma, veremos más oportunidades y nos ahogaremos en un vaso de agua. Entonces para que puedas hacerlo tú, primero hay que ponernos y vivir imaginariamente en la situación que tanto tememos que nos suceda, luego empezamos a evaluar si realmente están grave y si realmente no puedes con eso.

P: claro, con él me apoyé tanto y más hijos pequeños y no me daba cuenta que por mí misma también puedo hacerlo.

T: ¿y ver ahora que tú podrías con una situación así? ¿Como te hace sentir?

P: bien, que soy una persona capaz, aunque eso supongo que no le quita responsabilidad a él ¿no?

T: así es, ese es otro tema, que tiene que ver con los derechos y deberes que tiene como padre.

P: si ya me lo imaginaba, bueno ahora me ayuda a decidirme más a apoyar a mi tío, que me llamó para que pueda trabajar con él.

T: que bueno, tienes muchas habilidades y eres muy capaz, podrás realizar muchas cosas, pero no hay que dejar que las preocupaciones te limiten o esa falta de confianza en ti misma, evalúa antes de no darte una oportunidad.

P: si doctora tiene razón, a veces por miedo, digo no y luego me arrepiento, ahora trataré de mejorar eso.

T: eso está muy bien, y ¿bueno tienes alguna duda sobre lo que trabajamos hoy?

P: no doctora, como siempre todo claro.

T: perfecto entonces, para esta semana practicaremos lo que hemos hecho hoy en la sesión, imaginaremos que sucede aquello que nos preocupa, disminuirémos el malestar con la relajación y analizaremos la situación lo más cercano a la realidad, haciendo uso de tus fortalezas, además programaremos una actividad placentera para ti, tal vez que puedas salir

al parque con tus hijos o ver una película, ¿se te ocurre cual puede ser?

P: creo que está bien salir al parque con mis pequeños.

T: bien, ¿tienes en mente algún día en específico?

P: mmm... el fin de semana, tal vez también mis primas puedan.

T: bien, la siguiente sesión me comentas que tal te fue, entonces ahora damos por terminada la sesión de hoy.

P: si doctora, gracias

T: a ti, cuídate, nos vemos.

10. Sesión 10

Objetivo: Aumentar la tolerancia al riesgo y a la incertidumbre.

Técnicas:

- Inoculación al riesgo y a la incertidumbre
- Feedback
- Psicoeducación
- Restructuración cognitiva
- Programación de actividades

Descripción:

T: buenos días Milagros

P: buenos días doctora.

T: ¿qué tal?

P: bien, me he sentido bien esta semana, empecé a trabajar con mi tío

T: que bueno Milagros

P: si, puede hablar con ellos y me dijeron que podían ayudarme con mis hijos, y bueno mi ex pareja aun no nos abandona, y si me está trayendo el dinero para la casa, solo

que, a destiempo, pero bueno como le dije, a nada.

T: ya veo, han llegado a nuevos acuerdos, entonces y ¿cómo te sientes con todo esto?

P: bueno me siento bien, que ya puedo decidir si comprarme algún antojo, o para mis hijos, veo más seguido a mis familiares, me siento mucho mejor realmente. También pude ir al parque, como se quedó en la sesión anterior y me la pasé muy bien.

T: que bueno Milagros que te estés sintiendo mejor y estés realizando nuevas cosas, ¿has vuelto a sentir molestias fisiológicas?

P: no, en ya varias semanas me parece que no, no recuerdo, y en caso lo sienta sé que puedo usar la relajación y con eso me calmo.

T: bien que bueno ya lo hayas implementado a tu vida cotidiana.

P: si doctora, muchas gracias.

T: bueno Milagros, el día de hoy hablaremos acerca de una palabra importante, que es la incertidumbre, ¿habías escuchado antes de esa palabra?

P: me parece que no doctora, no sé qué es.

T: bien entonces te paso explicar, incertidumbre se refiere al desconocimiento futuro, que es algo real, no conocemos el futuro, sin embargo, hay personas que no lo toleran y sienten la necesidad de saberlo, pero ¿crees que puedan saberlo solo porque sí?

P: no lo creo, como dice el futuro no lo sabemos, es algo completamente nuevo.

T: al pensar en cosas nuevas que nunca has hecho, ¿qué te hace sentir?

P: no sé, es una sensación extraña y hasta un poco de temor creo.

T: si la incertidumbre, suele producir eso ya que es algo desconocido, sin embargo ¿crees que esto te pueda limitar a realizar algunas actividades? ¿Tal vez, un trabajo nuevo?

P: mmm... tal vez lo pensaría mucho antes de tomar una decisión.

T: y que es lo que pensarías, más o menos.

P: creo que, si podré realizarlo, si me sale mal, si malogro algo, si ocurre algo, cosas

así más o menos.

T: pues si también ante la incertidumbre no solo se producen emociones, sino que estos son producidos por lo que pensamos que sucederá, y si te das cuenta son mayormente pensamientos negativos, no veo un tal vez todo salga bien.

P: es cierto doctora, todo lo que dije es más negativo

T: y es que así suceden los pensamientos automáticos, se dan de manera rápida, y más los negativos, y esto es lo que puede limitarte a que realices algunas cosas, proyectos, cosas nuevas.

P: si claro, ya que sentiré temor y entonces no voy a querer hacerlo.

T: lo primero que hay que saber es que la incertidumbre es parte de la vida y no se puede evitar, entonces hay aceptarlo, sin embargo, no puede quedar ahí, sino que, a partir de esto, ya que vemos más lo negativo, ahora también veremos lo positivo, pues los resultados son de ambos tipos ¿verdad?

P: si así es, no todo puede ser malo o todo bueno.

T: exacto, entonces vamos a ver, hay algo que estés próxima a realizar o que te gustaría hacer.

P: mmm... bueno, en unos años más me gustaría estudiar, tal vez secretariado.

T: muy bien, ante esta situación, ¿qué ideas vienen a ti?

P: que tal vez no pueda, ya que también tengo dos hijos, o que no me alcance el dinero, creo que esas son las ideas que más surgen.

T: muy bien, entonces eso sería lo negativo, pero en positivo ¿qué sería?

P: bueno que todo vaya bien supongo, que pueda pagar mis estudios y que pueda ser mamá y estudiante.

T: ¿ambas probabilidades son válidas?

P: si, creo que pueden pasar ambas cosas.

T: ok, entonces ahora ¿qué te impediría poder pagar tus estudios en el futuro?

P: no lo sé realmente, solo me lo imagine.

T: esto suele suceder, ahora ¿hay más probabilidades que para entonces tengas un trabajo más estable?

P: si creo que hay más probabilidades que eso ocurra. Entonces me ayudaría a poder cubrir esos pagos en el futuro.

T: si verdad, te das cuenta que la incertidumbre negativa, puede hacer que te límites a realizar algunas cosas.

P: si, no lo había visto así, en que las cosas pueden salir bien y que hay más probabilidades que eso ocurra.

T: y eso es porque no habías analizado la situación bajo una perspectiva más realista. Entonces vemos que la incertidumbre siempre va a existir, el punto es como logres sobrellevarla.

P: si veo que es mejor analizar antes de tirar la toalla o de preocuparme por cosas que aún no pasan.

T: así es, y esto es aplicable para cualquier situación en la que sientas esa incertidumbre.

P: si doctora, lo voy a tener en cuenta.

T: muy bien, entonces hoy hemos aprendido algo nuevo, ¿ha surgido alguna duda de lo que hemos trabajado?

P: no doctora, ninguna, gracias.

T: bien, entonces recuerda al igual que en la sesión anterior, antes de pensar en lo peor, hay que analizar lo que pensamos y que tanto se ajusta a lo que realmente puede pasar, el futuro es incierto, pero no negativo, hay que tenerlo presente si, además ya que te fue muy bien en la salida al parque, programaremos otras actividades placenteras para esta semana,

¿se ocurre alguna?

P: desde hace tiempo he querido ir a un centro comercial, y por una u otra razón ya no pude, tal vez ahora ya pueda ir y otro sería ir a visitar a mi abuela, varios días ya que no he ido.

T: bueno entonces esas serán las actividades, además de tener presente los pensamientos distorsionados y cambiarlos, bien damos por concluida la sesión. Nos vemos.

P: si doctora, gracias.

11. Sesión 11

Objetivo: Evitar niveles altos de ansiedad mediante el entrenamiento en resolución constructiva del problema.

Técnicas aplicadas:

- Entrenamiento en resolución constructiva del problema
- Psicoeducación
- Feedback
- Programación de actividades

Descripción:

T: buenos días Milagros, adelante.

P: buenos días doctora, gracias

T: ¿Qué tal?

P: bien doctora, todo ha estado yendo bien.

T: que bueno, ¿y empezaste a trabajar con tu tío?

P: si, ya empecé hace un par de días.

T: ¿y qué tal?

P: hasta ahora todo bien, un poco cansado porque tengo que estar sentada casi todo

el día y me duele la espalda, pero nada más, lo demás todo tranquilo.

T: y tus hijos, ¿cómo estás haciendo con ellos?

P: uno, se está quedando con mi cuñada, el mayor y la más pequeña me la llevo y ahí me ayudan a verla mis primos.

T: que bien, entonces tu familia te está apoyando en todo esto.

P: si la verdad que sí, me están ayudando bastante, yo pensaba que la familia de mi ex pareja no iba a querer ayudarme, por los problemas que tengo con él, pero luego de hablar con ellos me dijeron que me apoyarían, por lo menos en ver a mi hijo para que yo pueda trabajar.

T: que bueno, ¿Cómo te sientes ahora?

P: siento que todo se va arreglando poco a poco, me siento más tranquila y contenta, ya que mi mamá vendrá en uno días a pasar unos días junto a mis hermanos, sin embargo, como dicen no todo es perfecto.

T: ¿Por qué lo dices, paso algo?

P: lo de siempre doctora, el papá de mis hijos, que igual sigue sin darme lo que acordamos, es muy irresponsable y para colmo ya ni pasa tiempo con sus hijos, no sé qué le sucede.

T: ¿antes si lo hacía?

P: mmm... un poco más que ahora sí, él no ha sido muy cariñoso con ellos ni de pasar mucho tiempo jugando, pero al menos los veía por las noches, ahora ya ni eso.

T: ¿qué crees que podrías hacer para arreglar esa situación?

P: hablar, pero ya lo hice, él dice que si los quiere y pasara tiempo con ellos y que me dará el dinero, pero ni uno ni el otro.

T: ¿además de hablar, has pensado en otra cosa?

P: ¿algo más?... algo así como denunciarlo?

T: ¿has pensado en denunciarlo entonces?

P: ha pasado por mi cabeza, pero no lo haría, aunque sinceramente, no sé qué hacer, ya hasta sus papás hablaron con él y nada.

T: ya veo, Milagros cuando ocurre una situación similar, en la que consideras una situación como un problema, ¿llegas hasta ese punto en el que no sabes que hacer, en el que te quedas sin alternativa de solución?

P: me parece que sí, hay momentos en los que no sé qué hacer

T: ¿y cómo te sientes en esos momentos?

P: enojada, confundida, hasta algo triste creo, es una sensación rara, no se

T: eso es porque aún no cuentas con las herramientas para solucionarlos, solo ves el problema como algo muy malo que podría pasar y al tratar de evitarlo solo piensas en una solución y esa es la realizas, sin analizarla antes para saber si sería la mejor opción, pero ahora es momento de cambiar esa perspectiva del problema y buscar mejores formas de solución, ¿te parece?

P: si doctora.

T: entonces primero cambiaremos el valor negativo del problema, al verlo como algo aterrador y que hay que evitar, por algo más motivador como un reto, ya que como sabemos, depende mucho nuestra interpretación y pensamientos sobre algo, para que nuestras emociones y conductas cambien.

P: así es

T: bien entonces, sabemos que problemas habrá siempre, son parte de la vida, todos los tenemos, niños, adultos, todos, y si es parte de la vida, hay que aceptarlo y verlos bajo otra perspectiva, como un reto, por ejemplo. ¿Qué opinas de los retos?

P: mmm, que son más divertidos, que son obstáculos que tienen un objetivo, un fin.

T: bien, ¿algo así como que tiene solución?

P: si, como un acertijo.

T: ok, al verte es como si los acertijos te emocionaran

P: si un poco, me suena a algo misterioso.

T: Ya veo, bueno entonces vamos a ver a los problemas como acertijo que hay que resolver.

P: ya, está bien

T: entonces ahora vamos a ver los pasos que nos llevaran a resolverlo, ¿sí? Primero vamos identificar el problema, para lo cual será necesario analizar que me produce esto, y que es lo que quiero alcanzar. En tu caso, te produce malestar que tu ex pareja no te dé el dinero en la fecha acordada ¿verdad?

P: si, me molesta eso.

T: bien entonces ahora vamos a ver qué alternativa de solución se puede dar, para esto harás como una lluvia de idas, sobre posibles soluciones, que pueden ser soluciones reales, irreales, que se pueden hacer o no, todo vale en esta parte, una vez que tengamos varias, pasaremos a analizar cuál es la que realmente podrá ayudar, para poder tomar una decisión. ¿Qué soluciones darías tú?

P: bueno uno era hablar, pero no ha estado funcionando, otro seria, tal vez denunciarlo por pensión de alimentos, otro... ir a buscarlo donde trabaja, otro decirles a sus papás que vayan a decirle, otro... ya no se me ocurre.

T: sin embargo has dado varias, está bien. Ahora vamos a analizar la consecuencia de cada una para tomar la decisión y poder llevarla a cabo.

P: está bien.

T: entonces con el que es hablar, ya has verificado que no funciona, entonces pasamos a la siguiente, que es la denuncia, pero dijiste que no lo harías.

P: sí, creo que no, como que es algo muy fuerte, me daría pena.

T: entiendo que haya emociones encontradas, ¿pero crees que te ayudaría a lograr tu objetivo?

P: por lo que he escuchado, tal vez, pero creo que demoraría, hasta que proceda todo.

T: puede que, si demora un poco y no sea tan inmediato, pero si te ayudaría a lograr el objetivo, así que lo mantendremos como posible, ¿te parece?

P: si

T: también dijiste el ir tu o los papás de él a su trabajo, ¿Cómo crees que iría con esa solución?

P: creo que, si voy los días que sé que le pagan, ya no tendrá excusas, porque será algo directo, sobre que vayan sus papás lo veo difícil ya que ellos trabajan todo el día, así que creo que el que vaya yo misma sería más fácil.

T: entonces podríamos decir que has encontrado una alternativa que tiene probabilidades de funcionar.

P: me parece que sí, aunque me da un poco de vergüenza.

T: ¿crees que esa vergüenza sea muy fuerte o que podrías manejarlo?

P: creo que, si puedo manejarlo, ya que no es algo malo lo que haré.

T: bien lo que seguiría ahora es la ejecución o realización y luego la verificación, es decir analizar si realmente funcionó. ¿Lo harás?

P: sí, quiero intentarlo esta semana.

T: perfecto, entonces lo podremos hablar la siguiente sesión para ver la verificación.

P: si claro doctora.

T: bien, entonces vamos a repasar los puntos, primero identificamos el problema, luego proponemos varias soluciones, todas las que se te ocurran, el siguiente es analizar cada alternativa, así como lo hicimos antes, pasamos a la toma de decisión, ejecución y verificación. Esos serían los pasos para la solución de problemas.

P: entiendo, no es tan complicado, ¿siempre lo tengo que escribir?

T: no siempre, llegará el momento en el que ya será mental, pero para eso es necesario practicarlo cuantas veces puedas.

P: claro como las otras técnicas que vimos antes, tengo que practicarlo.

T: así es, ¿tienes alguna duda?

P: ¿Qué pasaría si la alternativa que elegí no me ayuda a resolver mi problema realmente?

T: en ese caso, tienes otras alternativas, por eso se sugiere hacer una lluvia de ideas, y ver las consecuencias reales de estas, no hay problemas si cambias de alternativa, recuerda que todas están orientadas a la solución.

P: ya, lo entiendo mejor, esa era mi duda.

T: ¿tienes alguna otra?

P: no, ninguna otra, lo demás está claro.

T: muy bien, ahora la sesión pasada acordamos dos actividades para que puedas realizar, ¿cómo te fue?

P: bien doctora, pude realizar ambas, al centro comercial fui con una prima y mi hija, me divertí mucho y luego pasé a ver a mi abuela y ahí si llevé a mis dos hijos, eso sí fue algo cansado, pero me hizo sentir bien.

T: qué bueno que pudiste realizarlo, y sobre todo que disfrutes esos momentos y puedas vivenciar que no todos son problemas, sino que también puedes disfrutar, para esta semana igual realizaras dos actividades placenteras pero esta vez las dejaré a libertad tuya y me las comentarás la siguiente sesión, bien entonces vamos a concluir aquí la sesión, hasta la otra semana.

P: si doctora, gracias, realizaré mis actividades, nos vemos.

12. Sesión 12

Objetivo: Evaluar el estado actual de la paciente.

Instrumentos aplicados:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Descripción:

T: buenos días Milagros, ¿Qué tal?

P: buenos días doctora, bien.

T: ¿Cómo te ha ido esta semana?

P: bien doctora, me vengo sintiendo bien, los problemas que tengo ya no me están afectando como antes, que me sentía mal.

T: que bueno Milagros, me alegra saber que te sientes bien. ¿has puesto en práctica la última técnica que vimos en la sesión pasada?

P: si doctora, he tratado de ver más varias soluciones a mis problemas, y poner en práctica la correcta.

T: muy bien y mientras más la uses y practiques, te ayudará a tomar mejores decisiones, y así verás que para todo hay una o muchas soluciones.

P: si doctora, gracias.

T: bien Milagros, sobre la solución que está pendiente de saber contribuyó con la solución

P: si doctora, llegué a ir y ahí me dio el dinero y fue todo más tranquilo, aunque él se sorprendió, pero no hubo peleas ni nada, si me ayudó así que seguiré yendo.

T: qué bueno que hayas llegado a una solución sobre algo que te estaba preocupando, por otro lado, te comento que hemos llegado a la última sesión de la fase de tratamiento, hemos ido semana a semana mostrando y poniendo y practica diferentes técnicas que te han ayudado a sentirte cada vez mejor, y como te había comentado en un inicio este es un

entrenamiento para que luego tú puedas continuar sola.

P: si, entiendo doctora, la verdad si me siento mucho mejor de como vine la primera vez, me siento diferente y mejor, pero me da un poco de pena que ya no seguiremos reuniéndonos.

T: si a veces las despedidas nos causan un poco de nostalgia, pero sabíamos que llegaría este momento, que significa que ya puede hacerlo por ti misma, sin embargo, aun tendremos dos sesiones más de seguimiento, que será una de ellas en dos semanas y la otra en tres semanas, ¿te parece? Para ver un poco, como te va en ese tiempo.

P: si me parece bien, puedo venir en las fechas que me indique.

T: bien, ahora lo que haremos el día de hoy es aplicar una prueba, que también fue aplicada en el inicio del proceso, para poder hacer una comparación del progreso que has tenido.

P: si está bien doctora, aunque ya ni me acuerdo de lo que respondí en ese entonces.

T: si ha pasado tiempo, sin embargo, lo que responderás ahora es como te vienes sintiendo desde hace una semana, ¿está bien? Ahora leeré las instrucciones, si tienes dudas, me las haces saber.

P: si, entiendo, entonces es sobre cómo me he sentido en esta última semana.

T: así es.

Luego de la aplicación.

T: muy bien Milagros, veo que has respondido todo, no te ha faltado ninguno. Bueno ya estamos llegando al final de la sesión, ¿tienes alguna duda?

P: no doctora, todo me ha quedado claro, usted me ha ayudado mucho, muchas gracias por todo este tiempo.

T: gracias a ti, por la confianza y por el compromiso y responsabilidad que pusiste en todo este proceso. Antes de concluir la sesión de hoy, en las últimas sesiones hemos

venido programando actividades que sean de tu agrado y que has logrado realizar, logrando así también el objetivo, en esta última semana ¿Qué fue lo que realizaste?

P: bueno ya que estuve trabajando con mi tío, tuve un dinerito y me compré unas cositas para mí y mis hijos, también intenté preparar un queque, me sentí muy bien realizando ambas actividades.

T: eso es lo más importante que sientas y veas que el control de tu vida lo tienes tú y puedes realizar varias cosas que son de tu agrado.

P: si doctora muchas gracias.

T: bueno Milagros, entonces ya nos vemos en dos semanas, cuídate mucho.

P: si está bien doctora, muchas gracias de nuevo, cuídese también.

3.4. Seguimiento

1) Sesión 1

Objetivo: Monitorear la mejoría de la paciente.

Técnicas aplicadas:

- Escucha activa
- Refuerzo

Descripción:

T: Buenos días Milagros

P: Buenos días doctora.

T: ¿Qué tal, ¿cómo has estado en estas semanas?

P: Bien doctora, me he sentido bien, tranquila, ya no ando pensando que cosas malas pudieran pasar tampoco siento raro mi cuerpo, como antes que pensaba que me pasaría algo grave.

T: que bueno saber que te ha estado yendo bien Milagros, y que sobre todo que te sientes bien. ¿Y dime en todo este tiempo no has tenido ninguna dolencia o sensación

desagradable en tu cuerpo?

P: bueno, solo una vez me quería dar como hormigueos en el brazo, pero recordé que es por ansiedad y empecé a respirar y relajarme y el hormiguelo fue desapareciendo, luego de eso no he tenido ningún otro.

T: lo manejaste muy bien, con la técnica que aprendiste, y sobre todo recordaste es por ansiedad y no porque pudiera pasarte algo grave. ¿Por otro lado, como han ido tus preocupaciones?

P: mis preocupaciones ya no son tantas como antes, trato de revisar mejor lo que me preocupa, porque podría ser un pensamiento negativo y también busco una solución cuando veo que, si es real, por así decirlo.

T: entiendo, estas tomándolo con más calma y analizando mejor tus pensamientos, eso es bueno y sobre todo porque ahora te orientas a las soluciones, lo vas haciendo muy bien. ¿y las cosas con tu pareja cómo van?

P: han ido mejorando, ahora hablo más tranquila, ya no me desespero como antes, él está poniendo de su parte para cumplir con lo que acordamos hace una semana y hasta ahora lo está haciendo, sobre todo por mis hijos.

T: ya veo y ¿que eso este sucediendo como te hace sentir?

P: me hace sentir bien, creo que las cosas irán mejorando más y más.

T: y ahora que ya se han ido solucionando aspectos que te preocupaban y tú te sientes mejor, ¿qué estás haciendo?

P: ahora estoy saliendo un poco más, voy a ver más seguido a mi familia, hablo con ellos, también voy al parque con mis hijos, eso me hace sentir muy bien, que avanzo.

T: entonces vas haciendo más cosas que te hacen sentir bien, que bueno, en verdad me alegra mucho que este yendo bien, y estés aplicando técnicas que hemos trabajado en el consultorio. Entonces Milagros nuestra siguiente sesión sería de aquí a tres semanas, ¿te

parece?

P: si doctora está bien, si trato de hacer lo que usted me dijo, tengo algunas cosas que fui apuntando y me sirve para recordar.

T: que bueno Milagros, continua así, usando lo aprendido, nos vemos en unas semanas, cuídate mucho.

P: si doctora, cuídese usted también.

2) *Sesión 2*

Objetivo: Monitorear la mejoría de la paciente.

Técnicas aplicadas:

- Escucha activa
- Refuerzo

Descripción:

T: buenos días Milagros

P: buenos días doctora

T: ¿Qué tal, han pasado 3 semanas desde que nos vimos?

P: si doctora, todo ha ido bien, me he sentido bien, esta vez ya no he sentido malestar en mi cuerpo como la otra vez, he estado tranquila.

T: que bueno Milagros que no hayas experimentado ningún malestar corporal, ¿tus pensamientos como han estado?

P: muy bien doctora, ya no pienso que cosas terribles van a pasar, que hacía que esté nerviosa o con miedo, siento que ahora mis pensamientos son más positivos, me siento más segura.

T: muy bien, ¿es decir que ya no crees que pasarán cosas terribles con tus hijos, como que se enfermaran, o que te pase algo a ti, o que el dinero no alcanzará?

P: no doctora, mis hijos están bien, yo estoy pendiente de ellos pero ya no me siento

presionada o preocupada como antes con ellos, tampoco ya no tengo pensamientos de que podría ocurrirme algo, veo que estoy bien, me alimento, me cuido, y sobre el dinero tampoco, el papá de mis hijos me da una cantidad pero además yo sigo trabajando con mi tío, cocinando pantalones, eso me ayuda a sentirme más tranquila y también me puedo dar mis gustitos, siento que veo las cosas de un modo diferente.

T: me alegra mucho Milagros que en este tiempo sigas sintiéndote bien, haya disminuido lo que sentías y hayas cambiado lo que pensabas anteriormente, y ahora tus pensamientos vayan más acordes a la realidad, además que sigas trabajando y de esa manera también te empoderas a ti misma.

P: si doctora, al inicio dudé un poco en aceptar, por mis hijos, pero empecé a pensar en soluciones, hasta que encontré algunas opciones, a veces mi cuñada me ayuda, otras unos primos, pero estoy viendo la opción de una guardería, depende como vayan yendo las cosas.

T: está bien que ahora analices mejor las situaciones que se te presentan y busque soluciones. Bueno al escucharte que te sientes bien y además corroborarlo con la prueba aplicada, podemos decir que damos por terminado este proceso terapéutico, sin embargo, sabes que siempre estaremos dispuestos a ayudarte por si lo necesitas.

P: muchas gracias doctora, me ha ayudado mucho en todo este tiempo.

T: a ti por la confianza, cuídate mucho y que te vaya bien.

P: igualmente doctora, cuídese.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Criterio del Paciente

Al finalizar el tratamiento se observa cambios en la paciente, a diferencia de las primeras sesiones, ahora manifiesta una gran disminución de sus síntomas somáticos, que la acompañaron por varios meses y le causaban a su vez preocupaciones por su salud, durante las últimas sesiones comentó que solo había tenido un episodio de somatización, el cual pudo afrontar haciendo uso de las técnicas aprendidas, así mismo durante el transcurso de las sesiones dichos síntomas iban disminuyendo su frecuencia de aparición. Además, manifiesta una disminución en las preocupaciones que sentía entorno a su familia, economía y salud, logrando diferenciar cuando se trataba de un pensamiento distorsionado y cuando de uno más ajustado a la realidad, en base a lo trabajado en las sesiones, así como poder modificarlos y orientarse a soluciones que le permitan sentirse emocionalmente mejor. También la paciente menciona haber empezado a realizar mayor actividad social, al salir con sus hijos y visitar a sus familiares, incluso haber empezado a laborar con un familiar, sintiéndose mucho mejor consigo misma. Por último, la paciente manifiesta hacer uso de las técnicas aprendidas durante el proceso terapéutico, en su vida cotidiana.

4.2. Criterio Psicométrico

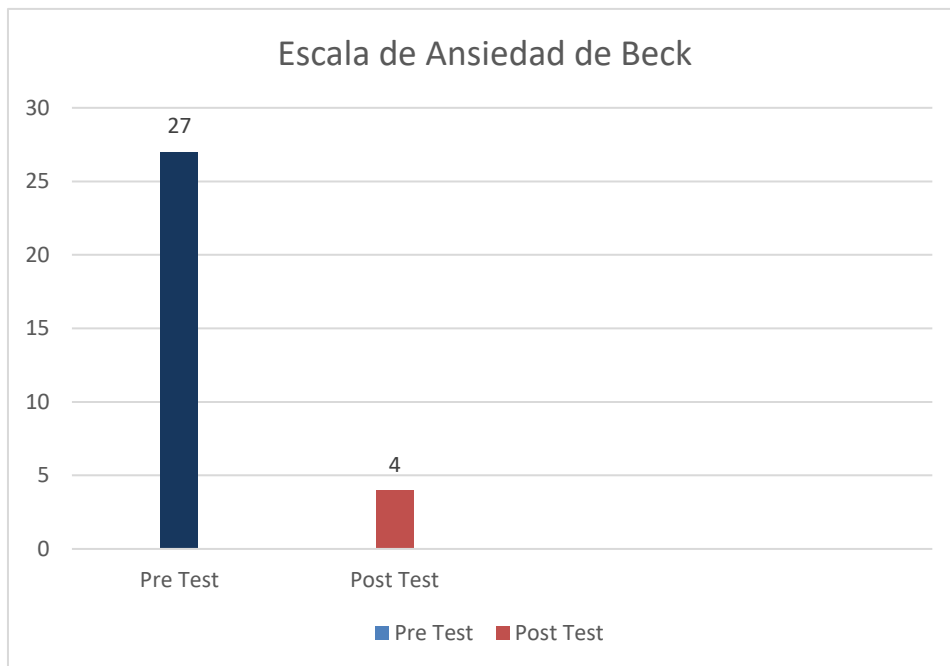
En la etapa de pre test se realizaron las siguientes pruebas: la Escala de Ansiedad de Beck, el cual arrojó un puntaje de 27, el cual corresponde al nivel Ansiedad Moderada. Además, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), en el cual la paciente obtuvo un puntaje de 13, que corresponde a la categoría Depresión Leve, sin embargo, a criterio clínico, se considera dicha sintomatología como parte del cuadro ansioso que atravesaba la paciente en ese momento.

En la etapa de post test se aplicó: la Escala de Ansiedad de Beck, en el cual la paciente

obtuvo un puntaje de 4, el cual corresponde a la categoría Ansiedad Muy Baja, observándose una disminución significativa de la sintomatología de la paciente.

Figura 7

Puntajes obtenidos de la Escala de Ansiedad de Beck.



4.3. Criterio Clínico

Al finalizar el proceso psicoterapéutico la paciente evidencia una notable mejoría, habiéndose logrado el objetivo de disminuir la ansiedad que presentaba en un inicio. En cuanto a los síntomas somáticos que comenta al iniciar el proceso, la paciente logra identificar que dichos síntomas son producto de la ansiedad que siente, lo cual ya no le provoca preocupación, además de usar la técnica de relajación aprendida para contrarrestarlos.

Por otro lado, a lo largo del proceso terapéutico se observan cambios en la forma como procesa sus pensamientos, modificando los pensamientos distorsionados que le causaban preocupación y malestar (como falacia de recompensa divina, sobre

generalización, pensamiento catastrófico, los debería, falacia de razón, etiquetas globales) por unos más adaptativos y reales, pudiendo cuestionar su veracidad (como puedo hacerlo, el futuro no es terrible, quiero realizar muchas cosas, los problemas tienen soluciones, soy fuerte, no tiene que pasar lo mismo siempre), y así disminuir el malestar y fortalecer en ella mecanismos de afronté y solución, lo cual contribuyó a mejorar la seguridad en ella misma y que en la actualidad realicé más actividades de su agrado.

Finalmente vemos una mejora significativa en la evolución de la paciente, en los diferentes ámbitos de su vida, habiendo ella logrado integrar e interiorizar las diferentes técnicas trabajadas, por lo que se concluye que en la actualidad no presenta indicadores de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

4.4. Criterio de Funcionalidad

En cuanto a su funcionalidad, la paciente ha realizado cambios a favor de su bienestar, al inicio del proceso, la paciente manifestaba sentirse la mayor parte del tiempo preocupada por diferentes eventos que podrían pasar, además del malestar somático que sentía, lo cual ocasionó que disminuya sus actividades cotidianas o las realice con desgano, así mismo pensaba que no podía ser capaz de realizar actividades laborales y sociales, quedándose mayor tiempo dentro de casa, sin embargo al finalizar sesiones terapéuticas, la paciente disminuyó los malestares que la aquejaban y se encuentra más orientada al presente, realiza con mayor eficacia y animo sus actividades, disfruta el tiempo que pasa con sus hijos, realiza sus actividades de casa, se encuentra laborando y su vida social mejoró, estando en contacto con familiares de los que se había alejado y saliendo con sus hijos.

Capítulo V

Resumen, Conclusiones, Recomendaciones

5.1. Resumen

Paciente de 23 años, acude a consulta manifestando que desde hace un año aproximadamente viene teniendo preocupaciones sobre diferentes aspectos de su vida, como su salud y la de integrantes de su familia, la economía de su casa y su futuro, así mismo menciona sentir síntomas corporales como sensación de ahogo, palpitaciones fuertes, dolor de cabeza, sensación de hormigueo, lo cual hace que constantemente se sienta mal, además también comenta que hace unas semanas se enteró que su pareja le fue infiel, lo cual ocasionó que sus preocupaciones y somatizaciones aumentaran, ahora acompañados con tristeza, irritabilidad y que tenga menos ganas de hacer sus cosas o visitar a su familia. Además, también recuerda que cuando tenía 19 años, tuvo una crisis ansiosa en la cual experimentó dolor de cabeza, sensación de adormecimiento en la cara y el cuerpo, tenía miedo a estar sola, esto ocasionado por preocupaciones que sentía acerca de su familia y trabajo, por lo que tomó medicamentos que le recetaron en neurología.

Se realizó el proceso de evaluación, en el cual se hizo uso de técnicas como entrevista y observación, además de la aplicación de instrumentos psicológicos, los cuales contribuyeron a la elaboración del análisis funcional, identificando los estímulos antecedentes y consecuentes, tanto internos como externos; además de reconocer los componentes cognitivos en sus tres niveles (automático, intermedio y nuclear), así como los componentes emocionales y fisiológicos asociados al Trastorno de Ansiedad Generalizada de la paciente. Con dicha información, se planteó y aplicó una intervención psicoterapéutica basada en el modelo cognitivo – conductual, el cual constó de 12 sesiones terapéuticas y 2 de seguimiento.

El proceso de intervención terapéutica inició con la psicoeducación a la paciente

acerca del Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo Cognitivo – Conductual, se le explicó las fases y factores que influyeron en su aparición y mantenimiento, luego se continuó explicando la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, además, de entrenarla en identificación de distorsiones cognitivas desde el modelo cognitivo de Beck. Posteriormente se continuo, enseñando a la paciente la relajación progresiva de Jacobson, lo cual la ayuda a disminuir las somatizaciones y el estado de ansiedad, se siguió con la modificación de los pensamientos distorsionados por unos más adaptativos con la técnica de tres columnas, luego se practicó la inducción a la preocupación y se elaboró un guion de decatastrofización, en el cual la paciente cambió su discurso de no podré por otro más real para ella, así mismo se trabajó en aumentar su tolerancia a la incertidumbre, lo cual la limitaba en algunas cosas que ella quería realizar y por último se le entrenó en la técnica de solución de problemas, brindándole estrategias para que pueda afrontar las situaciones. Finalmente, se realizó la aplicación de una prueba, para comparar los resultados con los aplicados previamente al tratamiento, lo cual evidenció una reducción significativa de los síntomas ansiosos. Se continuó con dos sesiones de seguimiento, donde se supervisó el estado de la paciente y el mantenimiento de los cambios que se dieron luego del tratamiento.

5.2. Conclusiones

- * En el área emocional, en el post test, se evidencia una significativa disminución de la sintomatología ansiosa.
- * La paciente presenta mejoras a nivel personal, teniendo mayor confianza en ella y sus capacidades, logrando iniciar y mantener actividades agradables para ella.
- * La paciente presenta mejoras a nivel familiar, ya que ha logrado comunicarse mejor con sus familiares y convertirlos en su sistema de apoyo, además de disfrutar del tiempo que pasa con ellos.
- * La paciente presenta mejoras a nivel laboral, logrando empezar a trabajar y

teniendo mayor independencia económica.

- * La paciente ha logrado aprender, interiorizar y ejecutar las diferentes técnicas y estrategias brindadas en el proceso, lo cual le permite tener un mejor afronte a futuras recaídas o situaciones.

- * La psicoterapia basada en el modelo cognitivo – conductual, ha logrado cumplir con los objetivos trasados en el plan de intervención.

5.3. Recomendaciones

a) Para la paciente:

- * Continuar aplicando las técnicas aprendidas ante las diversas situaciones de su vida.

- * Realizar actividades de su agrado que le permitan fortalecer el área social.

- * Realizar el seguimiento de la terapia paulatinamente.

b) Para los investigadores

- * Ampliar los estudios científicos acerca del Trastorno de Ansiedad Generalizada, debido a que aún su sintomatología puede confundirse con otros trastornos.

- * Promover programas de promoción y prevención del TAG en zonas vulnerables y revisar el impacto generado en dicha población.

- * Realizar estudios comparativos con respecto a las intervenciones de tratamiento, basados en otros modelos psicológicos, adicionales del Cognitivo – Conductual.

Referencias

- Abado, X. & Cáceres, A. (2018). *Procrastinación académica y ansiedad frente a evaluaciones en estudiantes de primer año de la escuela profesional de psicología*. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín) Repositorio UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6526>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR*. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2017). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Arango, A. & Velásquez, A. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*. VII (2), 001-242.
- Bandura, A., & Walters, R.H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Editorial Síntesis.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclee de Browser.
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Becoña, E. & Oblitas, L. (s.f). *Terapia cognitiva conductual: antecedentes- técnicas*. Veritas.
- Cárdenas, EM., Fera, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría
- Casarotti, H. (2012). Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental. *Revista Psiquiatrica Uruguaya*, 76(1), 49-59.

- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad, ciencia y práctica*. EDITORIAL DESCLÉE DE BROWSER
- Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2007). *Historia de la Ansiedad*. Polemos S.A.
- Díaz, I. & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1) 42-50
- Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (211-240). Siglo XXI
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1995). Agorafobia. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol I*. Siglo XXI.
- Etchebarne, I., Gomez, J. & Roussos, A. (2019). *Nuevos desarrollos en el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada, abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*. Miño y Dávila Editores.
- Gonzalez, D., Barreto, A. & Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología X* (2), 201-207.
- Korman, G. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia LXV*(3) 470-486.
- Lega, L., Sorribes, F. & Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual, una versión teórica - practica actualizada*. Paidós.
- López, S. (2017). *Estudio de caso clínico: evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico*. (Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres) Repositorio USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2948>
- Miranda, L. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo – conductual para un caso de trastorno de pánico*. (Tesis de pregrado, Universidad de

- San Martín de Porres) Repositorio USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3940>
- Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología XIII* (1) 75-83.
- Navas, W. & Vargas, M. (2012). Trastorno de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centro América LXIX* (604) 497-507
- Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista chilena de neuro psiquiatría XL* (2) 95-102
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana
- Organización Mundial de la Salud. (2020, octubre). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Pérez, M. & Graña, J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, IXX*, 99-126.
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación, guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. EDITORIAL DESCLÉE DE BROWSER
- Roemer, L. & Orsillo, S. (Ed.). (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. Manual Moderno.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana XXI* (2) 19-28
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement, a theoretical analysis*. Appleton Century Crofts.

Skinner, B.F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella.

Silva-Ramos, M. F., López-Cocotle, J. J., & Meza-Zamora, M. E. C. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, XXVIII(79), 75-83.

Stone, M. (2010). *Historia de los trastornos de ansiedad*. En D. Stein y E. Hollander (Eds.). Tratado de los trastornos de ansiedad. Ars Médica

ANEXOS

ANEXO A: INVENTARIO CLINICO MULTIAIXIAL DE MILLON II

HOJA DE RESPUESTA DEL TEST DE MILLON

1	V	X	26	V	X	51	V	X	76	V	X	101	V	X	126	V	X	151	F
2	F	X	27	X	52	X	77	X	102	X	127	X	152	X	128	X	153	X	152
3	X	X	28	X	53	X	78	X	103	X	128	X	153	X	129	X	154	X	153
4	X	X	29	X	54	X	79	X	104	X	129	X	154	X	130	X	155	X	154
5	X	X	30	X	55	X	80	X	105	X	130	X	155	X	131	X	156	X	155
6	X	X	31	X	56	X	81	X	106	X	131	X	156	X	132	X	157	X	156
7	X	X	32	X	57	X	82	X	107	X	132	X	157	X	133	X	158	X	157
8	X	X	33	X	58	X	83	X	108	X	133	X	158	X	134	X	159	X	158
9	X	X	34	X	59	X	84	X	109	X	134	X	159	X	135	X	160	X	159
10	X	X	35	X	60	X	85	X	110	X	135	X	160	X	136	X	161	X	160
11	X	X	36	X	61	X	86	X	111	X	136	X	161	X	137	X	162	X	161
12	X	X	37	X	62	X	87	X	112	X	137	X	162	X	138	X	163	X	162
13	X	X	38	X	63	X	88	X	113	X	138	X	163	X	139	X	164	X	163
14	X	X	39	X	64	X	89	X	114	X	139	X	164	X	140	X	165	X	164
15	X	X	40	X	65	X	90	X	115	X	140	X	165	X	141	X	166	X	165
16	X	X	41	X	66	X	91	X	116	X	141	X	166	X	142	X	167	X	166
17	X	X	42	X	67	X	92	X	117	X	142	X	167	X	143	X	168	X	167
18	X	X	43	X	68	X	93	X	118	X	143	X	168	X	144	X	169	X	168
19	X	X	44	X	69	X	94	X	119	X	144	X	169	X	145	X	170	X	169
20	X	X	45	X	70	X	95	X	120	X	145	X	170	X	146	X	171	X	170
21	X	X	46	X	71	X	96	X	121	X	146	X	171	X	147	X	172	X	171
22	X	X	47	X	72	X	97	X	122	X	147	X	172	X	148	X	173	X	172
23	X	X	48	X	73	X	98	X	123	X	148	X	173	X	149	X	174	X	173
24	X	X	49	X	74	X	99	X	124	X	149	X	174	X	150	X	175	X	174
25	X	X	50	X	75	X	100	X	125	X	150	X	175	X					175

ANEXO B: INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

NOMBRE: *Milagros*
 FECHA:

EDAD: *23*

IPA

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso
 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

	0	1	2	3
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan		X		
2. Solamente me pasan cosas malas		X		
3. Todo lo que hago me sale mal			X	
4. Sé que piensan mal de mi		X		
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?		X		
6. Soy inferior a la gente en casi todo	X			
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor		X		
8. No hay derecho a que me traten así		X		
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	X			
10. Mis problemas dependen de los que me rodean		X		
11. Soy un desastre como persona		X		
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa		X		
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas			X	
14. Sé que tengo la razón y no me entienden		X		
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa			X	
16. Es horrible que me pase esto		X		
17. Mi vida es un continuo fracaso		X		
18. Siempre tendré este problema		X		
19. Sé que me están mintiendo y engañando		X		
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	X			
21. Soy superior a la gente en casi todo	X			

22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas
26. Alguien que conozco es un imbécil
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa
28. No debería de cometer estos errores
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto
30. Ya vendrán mejores tiempos
31. Es insoportable, no puedo aguantar más
32. Soy incompetente e inútil
33. Nunca podré salir de esta situación
34. Quieren hacerme daño
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?
36. La gente hace las cosas mejor que yo
37. Soy una víctima de mis circunstancias
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas
41. Soy un neurótico
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco
43. Debería recibir más atención y cariño de otros
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor

	0	1	2	3
		X		
			X	
	X			
		X		
		X		
		X		
			X	
			X	
		X		
	X			
		X		
		X		
			X	
	X			
		X		
	X			
		X		
		X		
			X	

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION-----	PREGUNTAS-----	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31 111	(3)
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32 110	(2)
SOBREGENERALIZACION	3-18-33 211	(4)
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34 111	(3)
VISION CATASTROFICA	5-20-35 102	(3)
PERSONALIZACION	6-21-36 001	(1)
FALACIA DE CONTROL	7-22-37 110	(2)
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38 121	(4)
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39 000	(0)
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40 111	(3)
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41 111	(3)
CULPABILIDAD	12-27-42 111	(3)
LOS DEBERIA	13-28-43 211	(4)
FALACIA DE RAZON	14-29-44 121	(4)
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45 222	(6)

ANEXO C: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-2

(BDI-2)

Nombre: Milagros Estado Civil: soltera Edad: 23 Sexo: F.
Ocupación: area de casa Educación: secundaria Fecha: 08/09/09

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. **Tristeza**
0 No me siento triste.
① Me siento triste gran parte del tiempo.
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. **Pesimismo**
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
① Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. **Fracaso**
0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
② Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. **Pérdida de Placer**
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
① No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. **Sentimientos de Culpa**
0 No me siento particularmente culpable.
① Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ① No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- ① He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- ① No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- ① He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ① No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- ① No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- ① No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

CRITERIOS PARA LA APLICACION DE LA ESCALA DE BECK

Items	0	1	2	3
1	0	/	2	3
2	0	/	2	3
3	0	1	/	3
4	0	/	2	3
5	0	/	2	3
6	/	1	2	3
7	0	/	2	3
8	/	1	2	3
9	0	/	2	3
10	/	1	2	3
11	/	1	2	3
12	/	1	2	3
13	/	1	2	3
14	0	/	2	3
15	0	/	2	3
16	0	/	2	3
17	/	1	2	3
18	/	1	2	3
19	0	/	2	3
20	0	/	2	3
21	/	1	2	3

TOTAL _____

Observaciones _____

Ausencia de depresión	0 - 10 Puntos
Depresión leve	11 - 20 Puntos - 13 pt.
Depresión moderadamente severa	21 - 30 Puntos
Depresión severa	31 - o mas

ANEXO D: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK – PRE TEST

23

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
9 Atemorizado o asustado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
11 Con sensación de bloqueo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
16 Con temor a morir.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
19 Con desvanecimientos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3

T= 27
Ansiedad Moderada

ANEXO E: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK – POST TEST

Milagros

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluta	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entusiasmado	✓	○	○	○
2. Acalorado	×	○	○	○
3. Con temblor en las piernas	×	○	○	○
4. Incapaz de relajarse	×	○	○	○
5. Con temor a que ocurra lo peor	+	○	○	○
6. Mareado, o que se le va la cabeza	+	○	○	○
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	×	○	○	○
8. Inestable	×	○	○	○
9. Atemorizado o asustado	×	○	○	○
10. Nerviosa	×	○	○	○
	En absoluta	Levemente	Moderadamente	Severamente
11. Con sensación de bloqueo	×	○	○	○
12. Con temblores en las manos	×	○	○	○
13. Inquieto, inseguro	○	+	○	○
14. Con miedo a perder el control	○	+	○	○
15. Con sensación de ahogo	+	○	○	○
16. Con temor a morir	×	○	○	○
17. Con miedo	+	○	○	○
18. Con problemas digestivos	+	○	○	○
19. Con desvanecimientos	+	○	○	○
20. Con rubor facial	○	+	○	○
	En absoluta	Levemente	Moderadamente	Severamente
21. Con sudores, fríos o calientes	○	+	○	○

T=4
Ansiedad Beck

ANEXO F: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Yo, Milagros Pilar Bastidas Malta, me comprometo a tener una participación activa durante el proceso de psicoterapia, realizando las actividades y técnicas planteadas durante las sesiones, junto a la Internista de Psicología Rosa Briceño Calvo, quien se compromete a explicar y llevar a cabo las diversas técnicas terapéuticas.

A continuación, se especifica el objetivo general y los objetivos específicos.

- **Objetivo General**
Disminuir los niveles de ansiedad de la paciente mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, logrando la adopción de nuevos pensamientos y comportamientos que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana.
- **Objetivos específicos**

Conductual.

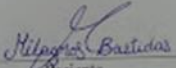
- Explicar e identificar la relación entre situación, pensamiento, conducta.
- Disminuir la ansiedad mediante la técnica de relajación progresiva de Jacobson

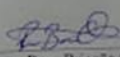
Identificar los pensamientos automáticos y los errores cognitivos.

Modificar los pensamientos desadaptativos mediante la técnica de tres columnas

- Disminuir la ansiedad mediante la inducción de la preocupación y elaboración de un guion de decastrificación.
- Aumentar la tolerancia al riesgo y a la incertidumbre
- Evitar niveles altos de ansiedad mediante el Entrenamiento en resolución constructiva del problema.
- Modificar la atención de los pensamientos amenazantes orientados al futuro y centrarlos en el presente.

El modelo terapéutico con el que se trabajará es el Cognitivo - Conductual. Asimismo, el desarrollo de la terapia se llevará a cabo en 12 sesiones aproximadamente, las cuales durarán 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicarán las diversas técnicas cognitivo conductuales para lograr los objetivos planteados. Así como 2 sesiones de seguimiento.


Milagros Bastidas
Paciente


Internista Rosa Briceño Calvo