



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DE UN CASO DE
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA BAJO LA TERAPIA
COGNITIVA CONDUCTUAL**

**PRESENTADA POR
GUSTAVO ROGER ESPINOZA ROJAS**

**ASESORA
GLADYS TORANZO PÉREZ**

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

LIMA – PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



U N I V E R S I D A D D E
SAN MARTIN DE PORRES

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DE UN CASO DE
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA BAJO LA TERAPIA
COGNITIVA CONDUCTUAL**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

GUSTAVO ROGER ESPINOZA ROJAS

ASESOR:

MG. GLADYS TORANZO PÉREZ

LIMA - PERÚ

2019

*A Dios por dibujar el camino adecuado en mi vida.
A mis Padres, Nancy y Roger por las madrugadas
llenas de esfuerzo y dedicación para sacar a sus
hijos profesionales.*

*A la Mag. Gladys Toranzo, por sembrar en mí la
semilla del conocimiento y darme la oportunidad de
crecer como profesional.*

*A Katty, Luigi y Lucero. Por ser los mejores
hermanos del mundo.*

*A Maria Claudia por la compañía y complicidad en
este proceso.*

Agradecimiento

A Don Bosco, por enseñarme la capacidad de amar con el corazón y sobre todo perseguir los sueños “Haz de lo ordinario algo extraordinario”

A mis Padres, que enseñaron con el ejemplo a cómo enfrentar la vida.

A la Mag. Gladys Toranzo, por los consejos, por darme la confianza necesaria para este proyecto y su paciencia en cada proceso académico.

A la Lic. Margot, por compartir sus conocimientos para el desarrollo de la salud mental.

A Andrea Chávez, por su exigencia y confianza en el internado.

INDICE

PORTADA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1. Ansiedad.....	1
1.1.1. Antecedentes.....	1
1.1.2. Definición.....	3
1.1.3. Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	8
1.1.4. Teorías explicativas.....	13
1.2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).....	18
1.2.1. Antecedentes.....	18
1.2.2. Definición.....	19
1.2.3. Etiología.....	25
1.2.4. Epidemiología.....	25
1.2.5. Comorbilidad.....	26
1.3. Terapia cognitiva conductual.....	27
1.3.1. Antecedentes.....	27
1.3.2. Definición del modelo cognitivo conductual.....	29
1.3.3. Terapia Racional Emotiva de Ellis.....	31

1.3.4. Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso.....	34
1.3.4.1. Técnicas conductuales.....	34
1.3.4.2. Técnicas cognitivas.....	37

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Historia Clínica.....	40
2.2. Historia Personal.....	43
2.3 Historia Familia.....	49
2.4. Examen mental.....	51
2.5. Diagnóstico nosográfico.....	53
2.6. Informe psicológico.....	55

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Justificación.....	62
3.2. Objetivos.....	64
3.3. Metodología.....	65
3.4. Análisis funcional.....	66
3.5. Sesiones de intervención psicoterapéutica.....	68
3.6. Seguimiento.....	125

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Criterio paciente.....	131
4.2. Criterio familiar.....	131
4.3. Criterio clínico.....	131
4.4. Criterio funcional.....	132

4.5. Criterio psicométrico..... 133

CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Resumen..... 134

5.2. Conclusiones..... 135

5.3. Recomendaciones..... 136

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Actualmente podemos identificar que los trastornos ansiosos están incrementando en un nivel considerable, es importante mencionar que estos índices son congruentes a la coyuntura social, así también la ansiedad se ha vuelto un tema de diversas investigaciones ya que existen factores que provocan este estado de intranquilidad producido por muchos factores que ocasionan una serie de síntomas generando malestar en la persona. Existe una serie de síntomas caracterizados de esta condición como taquicardias, hiperhidrosis, cefaleas, temblores, náuseas, pensamientos distorsionados, opresión pre-cordial, dificultades para respirar y sobre todo una sensación de malestar general.

Existen diversas definiciones de ansiedad ya que es un estado natural de la persona porque genera sensaciones de supervivencia en el entorno, sin embargo, si este estado se convierte en episodios prolongados de incertidumbre, diversos autores lo definen como ansiedad patológica ya que es un desequilibrio emocional producido por pensamientos distorsionados. Por otro lado, la depresión está relacionado con la ansiedad ya que la persona al creer que se encuentra en una situación desagradable, opta por instaurar más creencias como la incapacidad de controlarla.

Es importante considerar que la salud mental es un trabajo constante y progresivo según estimaciones del MINSA (2014), las enfermedades mentales ocupan el primer

puesto en limitar a las personas para relacionarse con su entorno ya que existen alteraciones permanentes en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas.

El presente trabajo tiene como finalidad, generar estabilidad en una persona que atraviesa un trastorno mental denominado ansiedad generalizada, en el cual se utilizaron técnicas de enfoque cognitivo conductual con el objetivo de entrenar a la paciente para enfrentar situaciones nuevas.

En la primera parte encontramos información necesaria que nos permita conocer más sobre la problemática, así también podemos corroborar la eficiencia del modelo cognitivo conductual dentro de la intervención psicoterapéutica. Asimismo, se plasmará la presentación del caso clínico donde conoceremos toda la información necesaria que nos lleve al diagnóstico respectivo, para que posteriormente se realizara un programa de intervención congruente a las necesidades del paciente. Finalmente se muestran los resultados, donde pondremos información para corroborar el resultado positivo de todo el proceso psicoterapéutico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Ansiedad

1.1.1. Antecedentes

La ansiedad acompaña al hombre desde su existencia, se manifiesta como una necesidad de supervivencia (Vallejo, 2015). Es importante mencionar la etiología del término ansiedad, de acuerdo a Pichott (1999), citado en Sarudiansky (2013), desde un punto de vista etimológico, la palabra ansiedad tiene un antepasado directo en latín, “anxietas”. Este término latino proviene, a su vez, de la raíz indoeuropea “angh” de la cual se deriva. No sólo y aquí está lo interesante del vocablo anxietas, sino también la palabra “ango”, angustia, ambos términos se utilizaban de manera indistinta para referirse a diversos significados.

Hipócrates realizó una gran identificación sobre el origen de las enfermedades, según Casarotti (2012) la medicina que nace con Hipócrates en el siglo V a. C. consistió en el descubrimiento de que las quejas del paciente expresaban un desorden corporal. Dejando de pensar la queja del paciente como un fenómeno fuera del cuerpo, comienza a entenderlo como un fenómeno en el cuerpo, en la organización. Es decir, los malestares de la persona evidencian una etiología interna y se va descartando los factores externos como los responsables del malestar, un claro ejemplo es la ansiedad que es provocada por pensamientos distorsionados que generan malestar físico.

Durante la época medieval el alto índice de pobreza fue uno de las principales causas del incremento de trastornos mentales, estos solían surgir con mayor frecuencia en las personas con escasos recursos económicos, ya que se encontraban en un estado de indigencia. Entre los principales trastornos detectados se encontraba la ansiedad. Por otro lado, es importante mencionar que los primeros manicomios fueron creados en esta época ya que empezaron a atender los enfermos mentales, estos primeros hospitales fueron administrados por cristianos (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003).

A lo largo de la historia, la ansiedad fue un estado que se manifestaba por diferentes conflictos socioeconómicos. Durante las guerras mundiales los psicólogos clínicos tomaron riendas de sus funciones, ya que empezaron con la aplicación de pruebas psicológicas, así también la atención a los pacientes con cuadros ansiosos, ya que se encontraban en situaciones estresantes como conflictos armados, perdidas familiares, migraciones y ambientes desagradables. Debido a ello, se tomó en cuenta la importancia de estudiar los trastornos ansiosos (Bernstein y Nietzel, 1982).

Es importante conocer la historia de la ansiedad de acuerdo a Ojeda (2003), los primeros aportes de la ansiedad fueron trabajados por Freud, ya que fue el primero en realizar análisis de casos sobre la neurosis, algunos escritos fueron publicados entre 1892 y 1899. Tal vez su contribución más decisiva en estos últimos trastornos sea la separación, dentro de la neurastenia, del cuadro que él denominó "neurosis de angustia" y que, bajo una denominación distinta, perdura hasta hoy.

Con el DSM III (1980) se realiza el cambio de terminología, ya que el término neurosis desaparece, los trastornos de angustia se dividen de acuerdo a diferente sintomatología como: trastorno de pánico trastorno por ansiedad generalizada.

De acuerdo a Kahn (2013) citado en Vallejo (2015) para entender modernamente la ansiedad es fundamental identificar factores sociales, evolutivos y biológicos.

A pesar de que existen infinidad de autores o manuales donde explican los orígenes de la ansiedad, un aspecto en común es que la ansiedad patológica ha generado dificultades en diversos ámbitos correspondientes al ser humano, así también podemos identificar que la sociedad se ha vuelto uno de los primeros factores para el desarrollo de dicho trastorno debido a la complejidad de nuestro entorno.

1.1.2. Definición

Desde el siglo XX se incrementó el interés por encontrar la definición exacta de la ansiedad, muchos autores buscaban diferentes términos conceptuales para poder definirla. De acuerdo a Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) en aspectos generales el término ansiedad alude a una serie de manifestaciones mentales y físicas que no son atribuibles a peligros reales por lo que se manifiesta en forma de crisis o un estado persistente de malestar.

De acuerdo a Marks (1986) citado en Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) la ansiedad se destaca por una cercanía al miedo, es una sensación de malestar frente a un estímulo que lo percibimos como amenazante, es importante mencionar que la ansiedad es un estado prolongado de malestar donde se relaciona con la anticipación de peligros futuros

indefinibles e imprevisibles. Es decir, existen emociones naturales del ser humano saludables para la adaptación del entorno, sin embargo, se vuelve patológico cuando genera malestar en los diversos ámbitos.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), menciona que la ansiedad es un sentimiento de malestar general caracterizado por la presencia de agitación, Inquietud o zozobra del ánimo, esta emoción puede manifestarse con sintomatología somática. Por otro lado, Wolpe (1958) citado en Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) describe la ansiedad como “lo que impregna todo”, estando relacionada con aspectos ambientales por lo que el individuo los percibe como amenazantes o peligrosos.

Según Vallejo (2015) sintetiza la naturaleza de la angustia de la forma siguiente:

A. Normal (Existencial, reactiva = miedo)

Se refiere al estado natural del ser humano, nos sirve para existir en nuestro entorno, es la forma de reaccionar frente a un estímulo. Cabe mencionar que es una reacción racional.

B. Patológica.

1. Primaria

- Reactiva (reacción neurótica de angustia)
- Nuclear (trastornos de angustia: crisis de angustia y ansiedad generalizada)

Es la presencia de sintomatología patológica, estos provocan malestar general en los individuos.

2. Secundaria (depresión, psicosis, neurosis obsesiva, enfermedades orgánicas, etc.)

Los trastornos ansiosos están relacionados con diferentes patologías mentales, estos malestares alteraciones fisiológicas.

Por otro lado, se ha considerado a la ansiedad como rasgo y como estado. De acuerdo con Spielberg (1972) citado en Vallejo (2015) la ansiedad estado es la situación actual de malestar del paciente mientras que la ansiedad rasgo se refiere a la tendencia habitual de un sujeto a reaccionar ansiosamente, es decir como una variable de personalidad

1. Estado de ansiedad: crisis de angustia, estado permanente de angustia (ansiedad generalizada), reacción de angustia.

Es la manifestación de estados ansiosos que se presentan de manera actual y prolongada.

2. Ansiedad Rasgo: Personalidad neurótica.

Son las características enraizadas de la persona.

Para algunos autores la ansiedad es una percepción del futuro donde se evidencia una intolerancia a la incertidumbre, por lo que Barlow (2002) citado en Clark y Beck (2012) menciona que la ansiedad es una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad en la cual la persona enfoca su atención potencialmente a una realidad peligrosa.

Es importante realizar la diferencia de la ansiedad normal o ansiedad anormal, Clark y Beck (2012) realizan la diferencia de los dos conceptos, en la tabla 1 se puede identificar dicha diferencia.

Tabla 1

Diferencia entre ansiedad anormal y normal

Fase de Procesamiento	Ansiedad anormal	Ansiedad normal
Modo de orientación.	-Mayor sensibilidad hacia los estímulos negativos.	-Sensibilidad equilibrada hacia la detección de estímulos positivos y negativos.
Activación primal de la amenaza.	-Valoración primaria, exagerada de la amenaza. -Evaluación negativa de la activación autónoma.	-Valoración más apropiada y realista de la amenaza. -Considera la amenaza como una incomodidad -La atención no se limita tanto a la amenaza; menos errores cognitivos. -Menor cantidad y menor
Fase de procesamiento	Ansiedad anormal	Ansiedad normal

	Presencia de sesgos y errores de procesamientos relacionados con la amenaza.	-La atención no se limita tanto a la amenaza; menos errores cognitivos.
	-Frecuencia y saliencia de pensamientos e imágenes automáticos de amenaza.	-Menor cantidad y menor saliencia de los pensamientos e imágenes ansiosas.
	-Iniciación de conductas automáticas, inhibitoras u auto-protectoras	-Retraso en las conductas inhibitorias auto protectoras mientras se consideran las respuestas de afrontamiento más elaboradas.
Revaloración elaborativa secundaria	-Atención centrada en la debilidad; poca auto-eficiencia y expectantica de resultados negativos.	-Atención centrada en la fuerza; mucha auto-eficiencia y expectación de resultados positivos.
	-Preocupación incontrolable orientada, orientada a la amenaza.	-Preocupación más controlada y reflexiva orientada soluciones.

En modo de conclusión el término ansiedad es un tema de investigación desde que

Fase de procesamiento	Ansiedad anormal	Ansiedad normal
	-Escaso procesamiento de señales de seguridad.	-Mejor procesamiento de señales de seguridad.
	-Inaccesibilidad del pensamiento de modo constructivo.	-Capacidad para acceder y utilizar el pensamiento de modo constructivo.
	-Se fortalece la estimación inicial de amenaza	-Se debilita la estimación inicial de amenaza.

la psicología empezó a surgir, diferentes autores plasmaron su definición de acuerdo a la experiencia clínica, podemos.

1.1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Según el DSM V (APA, 2014) los trastornos ansiosos son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad de manera excesiva. Los trastornos ansiosos se diferencian entre si según el tipo de objeto o situaciones que inducen el miedo. Según Vallejo (2015) existen algunas diferencias con respecto al manual DSM IV TR, ya que elimina el requisito el cual sostiene que el sujeto (antes de los 18 años) debe reconocer que el temor y la ansiedad son excesivamente irracionales. Además, la duración de al menos 6 meses ahora se aplica a todos (no solo a los niños).

Por otro lado, el trastorno de pánico y la agorafobia se han convertido en dos trastornos distintos. Los tipos específicos de fobia se han convertido en especificadores, cabe resaltar que no hubo más cambios. Los trastornos de ansiedad por separación y el

mutismo selectivo ahora se clasifican específicamente en los trastornos de ansiedad. El trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés aguda, se separan del capítulo de trastornos de ansiedad y pasan a constituir capítulos propios. (APA, 2014)

Es importante identificar la clasificación de los trastornos ansioso en el DSM V en la tabla 2 se podrá identificar dicha clasificación.

Tabla 2

Clasificación actual de los trastornos de ansiedad (DSM V)

DSM-5 (2014)
Trastornos de ansiedad

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico.
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducido. Por sustancias/medicamentos.

Tabla 2 (continuación)

 DSM-5 (2014)

 Trastornos de ansiedad

- Trastorno de ansiedad debido a otra afectación médica.
- Otros trastornos de ansiedad específica.
- Otro trastorno de ansiedad no especificado.
- Especificador para cualquier otro trastorno:

Trastorno de pánico.

Nota. Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios del DSM-5. Arlington: APA

Con respecto al CIE – 10 (OMS, 1994), denomina como trastornos neuróticos, se ha utilizado el concepto neurosis como un principio fundamental de clasificación. A continuación, se presentará la clasificación de dichos trastornos en la tabla 3.

Tabla 3

Clasificación actual de los trastornos de ansiedad (CIE 10)

CIE 10 (1992)

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Trastornos de ansiedad fóbica

- Agorafobia.
 - Fobias sociales.
-

CIE 10 (1992)**Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.**

- Fobias específicas (aisladas).
- Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Otros trastornos de ansiedad.

- Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- Otro trastorno mixto de ansiedad.
- Otros trastornos de ansiedad especificados.
- Trastorno de ansiedad sin especificación.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

- Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
 - Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
 - Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
 - Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.
-

Nota. Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: Trastornos mentales y

CIE 10 (1992)

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Trastornos disociativos (de conversión).

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Estupor disociativo.
- Trastornos de trance y de posesión.
- Trastornos disociativos de la motilidad.
- Convulsiones disociativas.
- Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- Otros trastornos disociativos (de conversión).
- Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

Trastornos somatomorfos.

Otros trastornos neuróticos.

del comportamiento. Madrid: Meditor.

Aparentemente el DSM – V y la CIE10 son muy similares en la clasificación de estos trastornos, los índices de concordancia señalan sutiles diferencias. (Andrews, 1999 citado en Vallejo 2015)

1.1.4. Teorías explicativas

Dentro de las diversas explicaciones sobre el origen de la ansiedad podemos identificar diferentes paradigmas que tratan de explicar la etiología de la ansiedad.

A. Teoría neuropsicológica

Nuestro organismo es responsable de las diversas conductas que tenemos, el cerebro cumple un papel fundamental en las diferentes reacciones, la ansiedad es producto de diferentes activaciones fisiológicas. Antes de entrar en profundidad a las bases fisiológicas, existe una predisposición en la ansiedad. Según Pinel (2003), los trastornos de ansiedad tienen un componente genético importante, por lo que existen genes que se transmite de padres a hijos.

A continuación, identificaremos las bases fisiológicas de la ansiedad, LeDoux 1995 citado en Pinel 2003, refiere que recientemente las especulaciones sobre las estructuras encefálicas que intervienen en los trastornos de ansiedad se han centrado en la amígdala, debido al papel fundamental que desempeña en el miedo y en la conducta defensiva.

De acuerdo a Pinel (2003) hay varios hechos que apoyan la intervención de la amígdala en los trastornos de ansiedad la amígdala tiene una concentración elevada de receptores GABA.

B. Teoría Conductual.

Dentro de la explicación conductual explica que la ansiedad es un proceso de aprendizaje ya que el miedo es adquirido.

Según el condicionamiento clásico, un estímulo neutro, cuando se asocia repetidamente con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado) que conduce a la experiencia de ansiedad (respuesta incondicionada), se asocia con la experiencia aversiva, y adquiere la capacidad de provocar una respuesta similar de ansiedad (respuesta condicionada) (Edelmann, 1992 citado en Clark y Beck, 2012).

Por otro lado, Hull (1921) citado en Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente.

C. Teoría psicoanalítica

Con respecto al modelo psicoanalítico los representantes mencionan que es por diversas fijaciones que ocurren en la infancia, sin embargo, uno de los más representantes de este modelo identifica la etiología de la ansiedad. Según Freud (1971) citado en Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) identifica tres teorías sobre la ansiedad:

- 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el

individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.

2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido. Dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello.

3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos

D. Teoría Cognitiva Conductual.

Dentro del proyecto presentado se ha utilizado la terapia cognitivo conductual, es importante conocer la explicación de la ansiedad desde la perspectiva de dicho modelo.

Los pensamientos son causantes de diferentes perturbaciones del ser humano, lo cual repercute en aspectos conductuales, existe en una relación en la conducta ansiosa donde se muestra un evento activador que consiste en situaciones que pasan en la realidad (hablar en público, una discusión) posteriormente se encuentra el pensamiento o valoración ansiosa que se manifiesta como una interpretación peligrosa y finalmente se muestra una conducta ansiosa o respuesta fisiológica (Clark, D. y Beck, A. 2012).

Según Quero, Baños, & Botella (2001) citado en Ramos & Cano (2008) en la actualidad el modelo cognitivo conductual no solo se centra en el contenido de las cogniciones de los sujetos sino también como el individuo trata de interpretar la información del entorno e identificar los sesgos cognitivos que se cometen en el momento.

Es importante identificar las hipótesis de la ansiedad de acuerdo al modelo cognitivo conductual. Según Clark y Beck (2012) identifican las siguientes hipótesis de este modelo.

- **Sesgo atencional hacia la amenaza**

Los seres humanos ansiosos muestran errores al momento de prestar atención a algunas situaciones ya que los enfocan en estímulos negativos que ayudan a percibir amenaza, este sesgo atencional no se encuentra en las personas ansiosas.

- **Reducción del procesamiento atencional de la seguridad**

Los individuos ansiosos realizan una disminución en atender señales de seguridad esto genera que muchas personas generen ideas donde la prioridad es el peligro y la amenaza.

- **Valoraciones exageradas de la amenaza**

Las personas neuróticas generan un valor exagerado a una situación real.

- **Errores cognitivos sesgados por la amenaza**

La cantidad de errores cognitivos en una persona ansiosa es mayor frente a una situación ya que procesan estímulos amenazantes particulares.

- **Interpretación negativa de la ansiedad**

Las personas ansiosas producen mayores interpretaciones negativas y peligrosas de la sintomatología que tienen, hay una visión catastrófica de los síntomas ansiosos.

- **Elevada frecuencia de cogniciones de amenaza específicas del trastorno**

Existe mayor intensidad, frecuencia y duración de pensamientos automáticos que generan respuestas fisiológicas prolongadas o episodios, de acuerdo al trastorno.

- **Estrategias defensivas inefectivas**

Existen estrategias defensivas que el individuo ansioso no las genera de manera inmediata o simplemente no los usa lo cual genera mayor desarrollo de la ansiedad.

- **Facilidad para la elaboración de la amenaza**

Muestran mayor facilidad la generar sesgo. selectivos hacia la amenaza en procesos cognitivos.

- **Elevada vulnerabilidad personal**

Muestran mejor autoconfianza y mayor indefensión percibida en situaciones que no lo ameritan (p.105)

Por otro lado, podemos identificar los principios básicos de la ansiedad desde el modelo cognitivo conductual este modelo fue propuesto inicialmente por Beck (1985) referido por Clark y Beck (2012) menciona diferentes perceptivas cognitivas.

Tabla 4

Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

- Valoraciones exageradas de la amenaza
 - Mayor indefensión
 - Procesamiento inhibido de la información relativa a la
 - Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo
 - Procesos auto-perpetuantes
 - Primacía cognitiva
 - Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad
-

Nota. Fuente: Clark, D. y Beck, A. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica. Bilbao: Descleé de Brouwer (p.75)

1.2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

1.2.1. Antecedentes

De acuerdo a Roemer, Orsillo y Barlow, (2002) citado Clark y Beck (2012) los orígenes del TAG pueden remontarse hasta el concepto de neurosis de ansiedad, caracterizada como la ansiedad excesiva durante períodos prolongados sin evitación visible.

El DSM-II (APA, 1968) retuvo el término “neurosis de ansiedad” pero el diagnóstico no diferenciaba entre la ansiedad crónica, generalizada y las crisis agudas de angustia. El DSM-III (APA, 1980) rectificó parcialmente este problema ofreciendo criterios diagnósticos específicos para el TAG pero la imposición de criterios jerárquicos excluyentes conllevó que el TAG del DSM-III fuera, en gran medida, una categoría residual con escasa fiabilidad diagnóstica que era excluida si el paciente satisfacía los criterios de otro trastorno de ansiedad.

En consecuencia, el DSM-IV (APA, 1994) introdujo una revisión adicional, según la cual el número de síntomas físicos de ansiedad necesarios para satisfacer los criterios diagnósticos se redujo de 6 de 18, a 3 de 6.

1.2.2. Definición

Actualmente existen diferentes criterios diagnósticos de acuerdo a diferentes manuales diagnósticos. Cabe mencionar que comparten la mayoría de sintomatología. A continuación, se muestran los diferentes criterios diagnósticos del CIE 10 y del DSM V.

Tabla 5

Criterios diagnóstico según el DSM V y el 10 sobre el TAG

DSM V	CIE 10
A. Ansiedad y preocupación excesiva en actividades (como en la actividad laboral o escolar).	A. Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente.

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas autónomos:

1. Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Dificultad para respirar.
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental

Tabla 5 (Continuación)

DSM V	CIE 10
<p>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>18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.</p> <p>Otros síntomas no específicos:</p> <p>19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.</p> <p>20. Dificultad para concentrarse o dejar la “mente en blanco” a causa de la preocupación 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 con los criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondriaco.</p> <p>23. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico,</p>

Tabla 5 (Continuación)

DSM V	CIE 10
	como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico o trastorno relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

Nota. Fuente: APA (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (pp.137-138). OMS (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (p. 115-116)

Asimismo, según Bados y Sanz (2005) citado en Ramos y Cano (2008) mencionan que anteriormente diagnosticar con TAG fue considerado como un trastorno residual o se incluían en los trastornos del ánimo, actualmente se caracteriza por una ansiedad flotante que se mantiene por una cantidad de tiempo considerable donde hay niveles elevados de ansiedad.

Es importante considerar que el TAG tiende a adoptar un curso crónico que difícilmente remite si no se lleva la intervención psicológica adecuada, por lo que genera deterioro social y laboral, siendo este trastorno uno de los causantes de diversas dificultades del ser humano

De acuerdo a Clark y Beck (2012) el TAG tiende a adoptar un curso crónico que no remite y origina un deterioro social y ocupacional significativo, conduce al individuo a una reducción en la satisfacción vital y constituye una carga económica significativa para la sociedad.

Por otro lado, el TAG evidencia una vulnerabilidad biológica, además una vulnerabilidad psicológica ya que hay una percepción del mundo como un lugar peligroso unida a la incapacidad de hacer frente a los eventos amenazantes. Barlow, (2002); Sibrava y Borkovec, (2006) citado en García, Bados & Saldaña (2012)

En cuanto al mantenimiento del trastorno, diversos modelos han propuesto la influencia de factores tales como Bados, (2009); Dugas y Robichaud, (2007); Wells, (2005) citado en García, Bados & Saldaña (2012). Algunos de los factores propuestos son:

- a) La baja tolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional.
- b) Los sesgos cognitivos, como atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante y exageración de la probabilidad de la amenaza.
- c) La orientación negativa hacia los problemas.

- d) La percepción de falta de recursos para manejar las amenazas y las reacciones emocionales.
- e) Las creencias sobre las preocupaciones, que pueden ser útiles, por una parte, pero incontrolables y peligrosas por otra.
- f) El empleo de estrategias de evitación y defensivas, como la supresión de pensamientos inquietantes (p. 246)

1.2.3. Etiología

El origen del TAG puede generarse por diferentes factores Barlow (2002) citado en Clark y Beck (2012) identifica que el aspecto de la vulnerabilidad biológica juega un papel importante en el desarrollo del trastorno, es importante mencionar que hay un 30% y 40% de la variabilidad en todos los trastornos ansiosos.

Por otro lado, Eysenck y Eysenck (1975) citado en Clark y Beck (2012) identifican que el neuroticismo es un aspecto de vulnerabilidad ya que cuando existe altos índices de neurosis son propios de personas preocupadas con tendencia a perder el control en muchos casos.

Agregando a esto, Vallejo (2015) habla sobre los acontecimientos de la vida como etiología de la ansiedad ya que el ciclo de la vida del ser humano puede ser complejo frente a las diversas dificultades que se presentan como traumas, sobrecargas, problemas económicos, conflictos laborales, problemas sexuales, entre otros; cabe mencionar que se debe realizar un análisis de diferentes ámbitos ya que ninguna teoría es absolutista.

Beck et al. (1985, 2000) citado en Clark y Beck (2012) identifican una vulnerabilidad cognitiva donde la persona identifica una percepción de sí mismo como estímulo de peligro en el ámbito interior y exterior donde cree que carece de control y habilidades personales para controlar estados ansiosos.

1.2.4. Epidemiología

Dentro de la valoración global, la ansiedad y la depresión son dos trastornos que tienen altos niveles de datos estadísticos ya que registran atenciones médicas constantes. La prevalencia de la neurosis en la población general se estima entre el 2 y 5 % en estudios previos a la utilización del DSM – III (Vallejo, 2015). Asimismo, según Epidemiologic Catchment Area; Weissman y Merikangas (1986) citado en Vallejo (2015) señalan que la prevalencia de la ansiedad generalizada oscila entre 2,5 y el 6,4% lo cual son índices elevados sobre este trastorno que conlleva a muchas atenciones psiquiátricas.

Agregando a esto Olfson et al. (2000) citado en Clark y Beck (2012) señalan una prevalencia habitual del 14,8% en las consultas médicas de las grandes ciudades, convirtiendo al TAG en el trastorno de ansiedad con mayor prevalencia prevalente en este contexto por lo que las ciudades grandes o civilizadas contienen mayor carga estresante por su posible realidad ya que es un entorno con mucha sobrecarga rutinaria.

Con respecto al género, las mujeres duplican la cifra de los varones, la edad de inicio del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa entre 20 y 40 años, aunque pueden aparecer en cualquier época (Vallejo, 2015). Asimismo, se puede identificar la prevalencia en aspectos conductuales según Sims y Snaith (1988) citado en Vallejo (2015) identifican

que los chinos muestran datos elevados de atenciones médicas con respecto a la ansiedad patológica

Agregando a esto, el TAG es el tercer trastorno de ansiedad más común con una prevalencia global del 5,7%. Se encuentra en el doble de mujeres que de hombres y puede ser algo más prevalente entre los blancos. En los contextos de atención primaria se encuentran índices superiores. Aunque el TAG es más prevalente entre los adultos jóvenes y de mediana edad, el TAG y la preocupación son también comunes entre los ancianos quienes pueden mostrar una menor respuesta a las intervenciones cognitivo-conductuales, ya que existen patrones de pensamientos que están arraigados Clark y Beck (2012).

1.2.5. Comorbilidad

De acuerdo a Vallejos (2015) el TAG está relacionado a diferente sintomatología fisiológica, parecida a los diferentes trastornos ansiosos como el trastorno de pánico con la diferencia del tiempo, así también, esta sintomatología puede generar cuadros depresivos. Según Kessler, Walters & Wittchen, (2004) citado en Clark y Beck (2012) el TAG suele ser con frecuencia el trastorno temporal primario, especialmente en relación a los trastornos del estado de ánimo. Agregando a la información, Wittchen y Cols (2000) citado en Vallejo (2015) manifiesta que la mayor parte de trastornos de angustia son trastornos que aumentan sustancialmente el riesgo depresivo secundario.

Es importante mencionar que la mayoría de varones tiende a generar abuso de sustancias psicoactivas frente a esta dificultad según Wittchen, (2002) citado en Bados,

(2015) el TAG a parte de aumentar la probabilidad de generar trastornos afectivos, puede generar trastornos de abuso de sustancias.

En un ámbito general, el TAG genera alteraciones en los diferentes ámbitos del ser humano, dentro del caso presentado ha generado cuadros depresivos caracterizados por un deterioro en el estado del ánimo, generando un trastorno depresivo recurrente.

1.3. Terapia cognitiva conductual

1.3.1. Antecedentes

El desarrollo de la terapia cognitiva conductual ha sido importante para el avance la intervención para salud mental, Beck y Shaw (1983) habla acerca del origen de la TCC donde e identifica a Epícteto que habla sobre que los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen, además mencionan a la filosofía oriental como el Taoismo y el Budismohan identificado que las emociones humanas están en las ideas, donde el control se logra mediante el cambio de ideas. Por otro lado, según Oblitas (2008) identifica que el surgimiento y la expansión de la terapia cognitiva conductual fue en los años sesenta con la filosofía griega sobre todo Socrática y Epicúrea, el desarrollo de la teoría de Bandura sobre el aprendizaje social, cabe mencionar que Ellis y Beck fueron los precursores de dicha intervención.

Según Oblitas (2008) surgieron de algunos eventos que ayudaron al surgimiento de la TCC.

- Primero, la complejidad de la sociedad que está relacionado con los problemas de los pacientes, la aparición de nuevos trastornos mentales por la consecuencia de una sociedad más compleja.
- La validación empírica del modelo cognitivo conductual, ya que evidencia una base filosófica y psicológica lo cual generó que estos sean vistos como evidencia científica.
- La efectividad de la TCC, ya que se pudo mostrar la eficacia de este modelo de intervención.
- Cuando Ellis publica su libro titulado “Razón y emoción en psicoterapia”, y Beck publica “Thinking and depression”
- La facilidad de acceder a una formación para poder aplicarlo en el ámbito clínico

Asimismo, Ingram y Scott (1990) citado en Oblitas (2008) indican siete supuestos de la TCC.

1. Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos.
2. El aprendizaje está mediado cognitivamente.
3. La cognición media la disfunción emocional y conductual los lo cual están relacionados.
4. Algunas cogniciones pueden ser monitoreadas.
5. Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
6. Podemos modificar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales.

7. Los cambios cognitivos y conductuales deben ser integrados en la intervención.
Porque son elementos integrados.

1.3.2. Definición del modelo cognitivo conductual

De acuerdo a Fullana, Fernández, Bulbena y Toro (2011) la TCC es una forma de intervención donde se trata de identificar las distorsiones cognitivas que generan malestar en la persona, trabaja con los pensamientos y las conductas disfuncionales que generan malestar. En la TCC, el profesional ayuda a definir objetivos y enseñar al paciente una serie de técnicas que pueda aplicarlos en su vida

De la misma manera Beck y Shaw (1983) menciona que la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas

Según Fullana et. al (2011) es importante mencionar la eficacia de la TCC ya que se ha utilizado en los diferentes trastornos mentales, observándose una serie de resultados positivos, además se puede decir que es una manera de intervenir más breve.

La TCC evidencia diversos postulados básicos, por lo que Vallejo (2015) menciona las siguientes.

- Las cogniciones influyen en nuestras emociones y conductas por lo que esta relacionadas entre sí.

- La aparición de una idea irracional o una creencia distorsionada, generará conductas poco adaptativas.
- El objetivo de la TCC es eliminar la creencia que genera malestar en la persona por lo que ataca a la idea más no a los antecedentes activadores o la conducta problema.

Existen diversos autores que dividen las técnicas cognitivas conductuales, según Mahoney y Arkhoff (1978) citado en Oblitas (2008) dividieron las técnicas cognitivas conductuales en las siguientes:

- Terapias de reestructuración conductual, dentro de esta técnica se encuentra el ABC de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, la terapia cognitiva de Beck y la Reestructuración racional sistémica de Goldfried, esta técnica consiste en cambiar las ideas distorsionadas de la persona, utilizando estrategias y tipos de debate.
- Terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones, dentro de esta terapia se encuentra el modelo encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, el entrenamiento de manejo de la ansiedad de Suinn y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum, las cuales consisten en brindar herramientas al paciente para pueda controlar la ansiedad.
- Terapia de solución de problemas, podemos encontrar la terapia de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried, la de Spivack y Shure y la ciencia personal

de Mahoney, donde se le enseña al paciente identificar las estrategias para solucionar dificultades del día a día de la manera más adecuada.

Dentro del proceso de psicoterapia el paciente debe aprender a identificar diversas situaciones, por lo que Beck y Shaw (1983) identifica algunos objetivos de la intervención.

- Controlar los pensamientos automáticos negativos.
- Identificar la relación entre pensamiento, emoción y conducta
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

1.3.3. Terapia Racional Emotiva de Ellis

Dentro del caso clínico, se utilizó la Terapia Racional Emotiva conductual, donde se instauró una serie de técnicas necesarias para el proceso de aprendizaje de la paciente.

El inicio de la TREC se puede remontar desde que Ellis era adolescente, ya que él no mostraba intereses por ser psicoterapeuta, sin embargo, quería ser filósofo, evidenciando interés por la filosofía de la felicidad donde toma más tiempo revisando contenidos de Epicleteo, Marco Aurelio, a lo largo de su vida evidencio experiencias como fobia para entablar conservación con el sexo opuesto. De acuerdo a Ellis & Grieger (1990) principalmente se preocupó por resolver sus dudas emocionales, ya que aplicaba sus técnicas las cuales generaban que él se sintiera mejor, cabe mencionar que pudo encontrar

la estabilidad que estaba buscando. Así mismo, se pudo dar cuenta de que la corriente psicodinámica no era eficiente para la recuperación de patologías por lo que dejó de lado este proceso de intervención.

En un principio, la terapia racional-emotiva se llamó terapia racional (RT) porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos y quería diferenciarlo claramente de las otras terapias de los 50. Ya que él dominaba muchos aspectos filosóficos que corroboraron la efectividad de su modelo. (Ellis, 1957b, 1958, 1975 citado en Ellis & Grieger, 1990).

De acuerdo a Ellis y Grieger (1990) dentro del marco contextual Ellis, denomina pensamientos irracionales a la serie de ideas que el ser humano elabora para que se sienta intranquilo, por el contrario, Ellis denomina creencias racionales, al conjunto de cogniciones donde el individuo se siente bien y vivir felices porque:

- Presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente) productores de felicidad;
- Utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógicas empíricas de alcanzar (presumiblemente) estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes. Por lo que genera pensamientos acordes a la realidad, pensamientos que están adaptados a la situación.

Oblitas (2008) Menciona que Ellis fue uno de los primeros en apuntar que el pensamiento, la emoción y la conducta están relacionados entre sí, por lo que la modificación del pensamiento es el secreto de la estabilidad emocional. Así mismo,

identifico una serie de creencias irracionales más comunes en el ser humano, cabe mencionar que estas creencias se pueden manifestar en diversas quejas, es el trabajo del terapeuta identificar la creencia central que genera perturbación.

1. La creencia de que uno debe ser amado y aceptado por cualquier persona significativa.
2. La creencia de que uno debe ser competente en todas las actividades que hace.
3. Creer que la gente detestable o desagradable debe ser castigada.
4. Creer que las cosas son catastróficas o terrible cuando no sale como lo deseamos.
5. Creer que las desgracias del hombre son por aspectos externos y que no hay posibilidad de controlarlo.
6. Creer que uno debe estar preocupado frente a una dificultad ya que enfrentamos mejor de esa manera las situaciones.
7. La idea de que dependemos de los demás,
8. Creer que la vida es más fácil si evitamos los problemas.
9. Creer que existe una solución exacta y adecuada para cada situación.

Es importante mencionar que la TREC define a la racionalidad a las emociones adaptativas, que generan bienestar en la persona, más no malestar la meta principal de gente es vivir lo mejor de la vida Ellis y Bernard (1985) citado en Oblitas (2008), así mismo identifican los aspectos para vivir de manera racional.

- Interés en sí mismo, donde la persona prioriza sus necesidades, un poco por encima de los demás, dan lo necesario sin generar malestar en ellos mismos.

- Interés social, este aspecto es racional cuando no esperamos algo a cambio, relacionarse con las personas es un proceso natural.
- Autodirección, las personas asumen sus responsabilidades mas no las evitan.
- Alta tolerancia a la frustración, donde debemos entender que las personas racionales se pueden equivocar, no existe persona perfecta o buscar la perfección.
- Flexibilidad, utilizar ideas flexibles y comprensibles en uno mismo, sin castigarnos por un error o dificultad.
- Aceptación de la incertidumbre, entender que vivimos en un mundo de probabilidades y de continuo cambio.
- Autoaceptación, negarnos a uno mismo es como si estaríamos escapando de nuestra realidad, cabe mencionar que esto genera ansiedad.

Según Lega (1991) citado en Oblitas (2008) señala que Albert Ellis es uno de los terapeutas más famosos de los EEUU, los aportes de Ellis fueron eficientes para el abordaje de muchas dificultades mentales.

1.3.4. Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso

Dentro del programa de intervención, se utilizaron diferentes técnicas donde se evidencia técnicas conductuales, cognitivas y emotivas.

1.3.4.1. Técnicas conductuales

Es importante identificar que los aspectos más importantes de las técnicas conductuales siguen una estructura sistemática que busca el aprendizaje de la paciente, es importante mencionar que son efectivas porque el paciente pone en práctica los ejercicios

que se le enseña. Oblitas (2008). Así también Franks y Wilson (1978) citado en Vallejo (2015) mencionan que las técnicas conductuales son primariamente los años de estudio sobre la aplicación de principios que se desarrolla en la investigación.

Habilidades sociales

De acuerdo a Dongil y Cano (2014) las habilidades sociales son un conjunto de características que nos ayudan a desenvolvernó en un ambiente social, cabe mencionar que estas características nos permiten relacionarnos con otras personas.

Según Linehan (1984) citado en Caballo (1993) identifica los objetivos de las habilidades blandas por lo que todo proceso de intervención de habilidades sociales tiene como objetivo.

- La eficacia para buscar la conducta asertiva en aspectos sociales
- La eficacia para aumentar y permanecer con habilidades con respecto a aspectos sociales.
- Mantener la autoestima elevada en la persona con habilidades sociales. (p.4)

Las habilidades sociales se muestran como una forma de intervención para evitar recaídas, según Caballo, (1997) menciona que instaurar habilidades sociales a personas con trastornos ansiosos puede generar mayores herramientas para enfrentar diferentes situaciones de manera más adecuada y flexible

Las habilidades sociales según lo que menciona Kelly (2002), son un conjunto de conductas que han sido adquiridas y que son utilizadas en un contexto de interacción interpersonal para obtener un reforzamiento del ambiente. De allí su especial importancia.

La base de estas técnicas que tienen una base conductual las encontramos en el aprendizaje social o vicario de Bandura. Las técnicas a usarse son el entrenamiento en asertividad, el modelado, el role playing y el ensayo conductual.

Relajación

Según Jacobs (2001) citado en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que la relajación es un proceso de aprendizaje que reduce estados de tensión para que nosotros podamos enfrentar de mejor manera nuevas situaciones, es importante mencionar que este proceso consta de ejercicios para controlar la ansiedad. Es importante mencionar los diversos cambios que ocurre en el ser humano para entrar en esta fase de relajación Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) afirman los siguientes cambios.

- Incremento de la circulación sanguínea cerebral.
- Relajación muscular.
- Disminución de la presión arterial.
- Latido cardíaco rítmico y suave.
- Reducción del nivel de ansiedad.
- Sensación de paz y equilibrio mental.
- Respiración tranquila, profunda y rítmica.

Cabe mencionar que en el caso aplicado se ha utilizado la relajación imaginaria ya que existen ciertas condiciones para aplicar esta técnica, por ejemplo, la paciente evidencia dificultades a nivel muscular esto impedía realizar las técnicas progresivas.

Según Jacobson (1939) citado en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012). Existen ciertos aspectos antes de considerar las técnicas de progresivas de Jacobson.

- El paciente no debe presentar problemas a nivel muscular.
- No se puede aplicar a personas hipertensas.

Role Playing

Esta técnica tiene como finalidad realizar conductas acordes a una situación específica, es muy importante en la intervención, ya que el paciente puede ejercitar las habilidades sociales que son parte del desarrollo personal. De acuerdo a Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) el role playing no solo sirve para trabajar conductas sino también para trabajar sobre los pensamientos distorsionados de paciente

Dentro del caso clínico fue importante realizar estas actividades ya que en muchas ocasiones la paciente evidenciaba muchas ideas irracionales frente a situaciones o tenía una idea anticipatoria en muchos eventos por lo que esta técnica ayudo a controlar dicha problemática

1.3.4.2. Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas es el conjunto de herramientas que se le brinda al paciente para modificar las distorsiones que puede generar el trastorno, según Beck y Shaw (1983) estas técnicas cognitivas ayudan a modificar las distorsiones cognitivas de la persona gracias a la información que se le brinda.

Psicoeducación

La psicoeducación es el primer paso de la intervención psicológica ya que tiene como objetivo informar a la persona sobre la condición que está atravesando, es importante precisar sobre la importancia de esta técnica ya que ayuda a reducir tensiones porque la persona identifica la etiología del problema donde la mayoría es a causa de los pensamientos. Según Campero y Ferraris (2014) mencionan que la psicoeducación es una estrategia de intervención ya que informa una serie de síntomas y malestares que el paciente lo corrobora como ciertas, es importante mencionar que estos procesos son recomendables para los trastornos ansiosos.

ABC

Esta técnica utilizada por Ellis desde sus inicios en la intervención terapéutica ha sido muy importante para el desarrollo para generar pensamientos más flexibles en la persona, así también identificar la importancia de la relación de los pensamientos y el malestar general Oblitas (2008).

Ellis (1984) citado en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012). Propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores, es decir las situaciones que pasan en la vida cotidiana a lo cual lo denominaremos (A) para poder identificar las situaciones. Por otro lado, podemos identificar la sigla (B) donde es el resultado del evento activador, es decir los pensamientos es donde se origina muchas dificultades perturbadoras, en otras palabras, las creencias irracionales. Agregando a esto se encuentra la sigla (C), donde se encuentra la conducta o la emoción irracional, estas emociones son generalmente ocasionadas por los pensamientos.

Es importante mencionar que el objetivo del debate que se ocasiona en la TREC es buscar una filosofía de vida en los pacientes para que ellos mismos puedan utilizar el ABC como herramienta necesaria en cada dificultad que están pasando.

Autorregistro

Dentro del programa de tratamiento se utilizó el autorregistro para recolectar información necesaria para la elaboración de diversas técnicas, como el ABC. Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que es fundamental recolectar información antes de realizar una reestructuración cognitiva ya que el paciente identifica las situaciones, pensamientos y emociones que pasa en su vida cotidiana.

Beck y Shaw (1983) mencionan que el autorregistro es una fuente de información y de entrenamiento ya que el paciente puede generar mayores habilidades cuando realiza este trabajo cognitivo, en muchas ocasiones el paciente muestra dificultades para corregir estas distorsiones es donde el terapeuta tiene que debatir dichas creencias irracionales.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DE CASO

2.1 Historia clínica

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: Rusmery.
Edad	: 57 años.
Fecha de nacimiento	:24/07/1960
Lugar de nacimiento	: Huaral.
Estado Civil	: Casada.
Grado de Instrucción	: Técnico completo.
Ocupación	: Ama de casa.
Número de Hijos	: 3.
Numero de hermanos	: 9.
Religión	: Cristiana.
Residencia	: Callao.
Informante	: Paciente.
Fechas de Evaluación	: 22/11/17 - 08/01/18 - 17/04/18 - 19/05/18.

Motivo de consulta

Paciente acude al servicio de psicología el 22 de noviembre del año 2017, refiriendo que viene presentando dificultades para poder trabajar correctamente, esto desde hace aproximadamente 5 años. Dichas dificultades se manifiestan de manera permanente, enfocando su atención en la posibilidad de que ocurran diversos eventos negativos relacionados con el futuro, tales como dejar de pagar la universidad de su hijo por no tener posibilidades económicas por lo que empezó a laborar en dos lugares, así también tiende a pensar que su hijo sea indiferente en un futuro y sea desagradecido por el esfuerzo que está haciendo.

Dada esta situación manifiesta sentirse triste casi todo el tiempo, además de una sensación de opresión en el pecho, constantes dolores de cabeza, aumento de la sudoración en las manos y cara, aumento del ritmo cardíaco, dolores musculares, temblores en las extremidades, así también muestra una sensación de hormigueo, falta de interés o energía para poder realizar sus actividades cotidianas que eran de su agrado. Por otro lado, en una ocasión perdió la noción del espacio por lo que no sabía dónde estaba parada. A esto se le suma la falta de apoyo por parte de su esposo ya que durante mucho tiempo se mostraba como una persona indiferente a los gastos de hogar, por lo que suele pelear al menos una vez a la semana debido a la falta de compromiso que tiene. Por otro lado, siente que su autoestima está disminuida al considerar que su concepto como mujer es el peor, estos pensamientos surgen por un acontecimiento en el 2016 ya que durante su jornada laboral intentaron tocarla, esto ha generado mucha frustración en ella. Así también, menciona que se ha vuelto más sensible, llegando a llorar sin motivo.

En otros aspectos, la entrevistada indica que su apetito ha aumentado y come cada vez más, especialmente en las noches ya que no puede dormir por las constantes preocupaciones que tiene.

Respecto a todo lo que se ha mencionado puede identificarse, algunos pensamientos automáticos tales como, “mi hijo tiene que ser recíproco conmigo”, “soy una mala madre”, “mi hijo no me quiere”, “no valgo como mujer”, “no soy importante”, “soy culpable de todo lo que me pasa”, “tengo miedo que mi hijo fracase”, “mi sufrimiento fue en vano”, “¿y si mi hijo no acaba la universidad?”

Antecedentes previos

En el año 2016 es víctima de tocamientos indebidos por parte del dueño de la casa donde laboraba, esta situación trajo como consecuencia ideas de culpa, se decía a sí misma “Yo soy la culpable” “Nunca debí permitir que suceda”. Debido a ello, la paciente empezó a sentir miedo persistente cuando estaba en el lugar donde laboraba, presentaba llanto constante, disminución del rendimiento laboral, no podía dormir, sentía desprecio hacia su persona. Posteriormente, la paciente indica que el hecho de evitar al señor, realizar dichos actos, generó en ella que estos temores disminuyan.

2.2 Historia personal

Para la realización de la historia personal se contó con la colaboración de la paciente, no pudiendo contar con la madre ni con el padre, hermanos o ningún otro tipo de familiar. Según información de la propia paciente, ellos no pueden asistir por cuestiones personales:

Condiciones del embarazo

Hija no planeada, la madre se enteró del embarazo al mes de gestación, no asistió a ningún control médico ya que laboraban en el campo cosechando algodón. La paciente refiere que la madre no contrajo ninguna enfermedad física ni mental.

Antes del nacimiento de la paciente, los padres no evidenciaban ninguna preferencia por el sexo del bebé.

Durante el proceso de gestación la madre se encontraba laborando de manera excesiva ya que en el campo el trabajo se caracterizaba por ser jornadas arduas.

La paciente niega violencia por parte de sus padres, sin embargo, manifiesta que evidenciaron necesidades económicas lo cual impedía una alimentación adecuada de la madre.

Con respecto a la sintomatología de la madre no evidenciaba muchas náuseas, desmayos que compliquen el embarazo. Agregando a esto no se evidenció alteraciones en el sueño.

Nacimiento

Parto se dio de manera natural, a los 9 meses, fue en su misma casa ya que el hospital cercano estaba a una distancia considerable por lo que una partera se encargó de atenderla.

La paciente refiere que lloro al instante, la apreciación general fue rosada, no hubo asistencia médica.

La paciente refiere que su madre necesitaba trabajar en el campo por lo cual la dejaba en el campo mientras ella realizaba sus jornadas graves.

Lenguaje

Comenzó a hablar aproximadamente al año y tres meses comenzó a caminar, casi en simultáneo. Su primera palabra fue a los 7 meses aproximadamente.

Control de esfínteres

Comenta no haber tenido dificultades en este ámbito por lo que dejó los pañales al año. Así también comenzó a avisar sobre la necesidad de ocupar el baño a la misma edad.

Agregando a esto la paciente manifiesta que, durante esta edad, utilizaba pañales de tela las cuales se tenía que lavar constantemente para volver a usarlo.

Enfermedades

Durante los primeros años de vida, no refiere haber presentado enfermedades que hayan sido

ESCOLARIDAD

Nido

Paciente refiere haber empezado sus actividades académicas con normalidad ya que a la edad 3 años le mandaron a la escuela general de la región donde compartía con niños de diversas edades ya que existía carencia de profesores en dicha entidad.

Manifiesta que no ha tenido ninguna dificultad a nivel social ya que tenía amigos con los cuales compartía los juegos de ese entonces, además tenía una adecuada relación con sus profesores ya que no manifestaba problemas de conducta.

En ese entonces nacieron algunos hermanos a quienes les tiene mucho cariño ya que colaboraba en el cuidado de los mismos

Primaria

En esta etapa expresa haber tenido un rendimiento promedio. Comenzó el nivel primario a los 6 años. Tuvo un cambio de ambiente académico ya que en la escuela en la que se encontraba no existía el nivel primario por lo que sus padres optaron por mandarla a otro centro académico. La paciente puso en práctica los valores en el colegio, no tuvo problemas de conducta que hayan ocasionado dificultades en la convivencia del colegio.

En este periodo la paciente indica que no pudo haber pasado mucho tiempo con sus padres ya que ellos se dedicaban a largas jornadas laborales, esto ayudo a que

se pueda desenvolver de manera autónoma. Es importante mencionar que ayudaba en las actividades de la casa como cuidar a sus hermanos.

Secundaria

Respecto a esta etapa, la paciente empezó la secundaria a los 12 años, sus padres deciden cambiarla de colegio nuevamente para que pueda tener mejores oportunidades. Durante esta etapa hacia sus actividades de manera autónoma, prefería estar en su casa ya que su papá era muy drástico debido a que tenía reglas muy exigentes como las salidas a la calle, sin embargo la paciente manifiesta que le agradaba pasar pequeños momentos con algunas amigas muy íntimas.

Respecto al rendimiento académico la paciente manifiesta que sus notas seguían siendo promedio le agradaba el curso de educación cívica donde destacaba por sus buenas notas, así también manifiesta que le costaba aprobar algunos cursos como matemáticas. Por otra parte, el padre de la paciente deseaba que su rutina solo fuese del colegio a la casa, por lo que la paciente aprovechaba su tiempo libre para ayudar en actividades domésticas como cuidar a sus hermanos y cocinar.

Sexual.

Tuvo su primera menstruación a los 12 años, recibió información en el colegio, ya que sus padres eran muy reservados para platicar dichos temas, es importante mencionar que al inicio lo tomó con un poco de miedo, posteriormente se fue acostumbrando a los diversos cambios físicos. Debido a esto, la evaluada buscaba

información en otras fuentes como profesores y compañeras. Mientras la evaluada iba creciendo la madre mostró más interés en brindarle dichas informaciones.

Vida de Pareja.

Su primer enamorado fue a los 14 años, llegando a conocerlo porque estudiaba en el mismo colegio. La relación fue muy corta porque el tiempo de la paciente era muy limitada, ya que su padre no la dejaba salir. Es importante mencionar que la relación duro poco tiempo por las restricciones que podía encontrar con su familia.

Su segundo enamorado fue a los 16 años, lo conoció cuando estaba en secundaria, la evaluada manifiesta que fue una relación muy bonita, no evidenciaba ningún problema durante el tiempo que eran enamorados. La paciente manifiesta que no contaba sobre estos acontecimientos a sus padres, ya que no había la confianza necesaria para poder hacerlo, sin embargo, después de tener un año de relación les dio la noticia a sus padres, ellos tomaron la noticia de manera negativa, ya que la castigaron de manera física, ello ocasiono que tenga salidas restringidas, sin embargo, durante el tiempo lo terminaron aceptando. Así también es importante mencionar que su primera experiencia sexual fue a los 17 años con dicha pareja, manifiesta que fue una nueva experiencia.

Vida Marital

Contrajo matrimonio a los 22 años, manifiesta que la relación fue muy bonita, ya que existía comunicación, comprensión, sin embargo, fue con el transcurso de los años que evidenció un cambio notorio de la conducta del esposo por lo que en

algunas ocasiones se muestra prepotente, ya no mostraba mucho interés por el desarrollo académico de sus hijos por lo que Rusmery tomo la decisión de hacer jornadas laborales muy arduas para cubrir distintas necesidades económicas. Actualmente el esposo tomó conciencia de las condiciones de su esposa por lo que muestra mayor interés en las necesidades de su familia.

Vida Laboral

Su primer trabajo fue cuando era niña, ya que apoyaba en las jornadas laborales de su padre cosechando algodón. Posteriormente remplazo esta actividad para dedicarse completamente al estudio. Por otro lado, después de terminar su carrera técnica de alta costura a los 23 años comenzó a trabajar independientemente en su casa realizando trabajos al público en general, esta actividad laboral no le generaba muchos ingresos económicos, pero, en ese tiempo no tenía tantas necesidades económicas ya que su esposo también laboraba. Estuvo con este trabajo por muchos años hasta que su hijo le comenta que desea estudiar en la universidad, los ingresos que tenía en esos momentos no eran suficientes para cubrir dichos gastos, así también su esposo no deseaba apoyarlos económicamente para dicha decisión.

Durante todo el proceso de formación académica de su hijo, a los 52 años decide dejar el taller de costura y busca trabajo preparando comidas dietéticas para una familia de condición alta, así también encuentra un trabajo haciendo comida para obras de construcción, con la finalidad de cubrir los gastos de sus hijos.

Actualmente ya no se encuentra laborando, ya que su hijo le apoya económicamente.

Hábitos sociales

Dentro de su familia suele interactuar con su hijo Gustavo, sin embargo, la comunicación se limitó debido a cuestiones laborales de su hijo ya que se encuentra en el norte del país.

Por otro lado, la relación con sus otros hijos es adecuada, sin embargo, ya no evidencia tanta comunicación ya que formaron su familia y viven de manera independiente.

Por otra parte, expresa no tener amigas íntimas ya que prefiere realizar sus actividades de manera autónoma, no le agrada asistir a fiestas, sin embargo, disfruta de reuniones familiares.

2.3 Historia Familiar

Papá: De nombre Francisco de 83 años, ocupación realiza trabajos en el campo como agricultor. Se caracteriza por ser poco comunicativo, tacaño, indiferente, poco cariñoso. Con respecto al grado académico tiene primaria completa. Evidencia enfermedades como artritis

Mamá: De nombre Honorara de 79 años, ocupación realiza trabajos en el campo como agricultora. Se caracteriza por ser cariñosa, comunicativa, trabajadora. Con respecto al grado académico tiene primaria completa. Evidencia enfermedades como artritis.

1° Hermana: De nombre Ayde de 57 años, trabaja en una municipalidad como secretaria. Se caracteriza por ser arrogante, poco asertiva, tiende a criticar. Estado civil divorciada, tiene un hijo. Con respecto a las enfermedades evidencia pre cáncer al útero

2° Hermana: De nombre Liliana de 56 años, trabaja en una municipalidad como técnica en informática. Se caracteriza por ser social, colaboradora, cariñosa. Estado civil viuda, tiene tres hijos. Con respecto a las enfermedades evidencia convulsiones.

3° Hermano: De nombre Javier de 55 años, trabaja de manera independiente tiene secundaria completa. Se caracteriza por ser alegre y cariñoso tiene dos hijos y es casado. No evidencia enfermedades.

4° Hermano: De nombre Edy de 54 años, trabaja como ingeniero industrial tiene cuatro hijos. Se caracteriza por ser alegre y cariñoso, no evidencia enfermedades.

5° Hermano: De nombre Antonio de 52 años, actualmente se encuentra desempleado tiene 1 hija, estado civil divorciado. Se caracteriza por ser estricto, responsable. No evidencia enfermedades

6° Hermana: De nombre Soledad de 51 años, actualmente es ama de casa tiene dos hijos, estado civil divorciada. Se caracteriza por ser distraída poco comunicativa, solidaria. No evidencia enfermedades

7° Hermano: De nombre Jhan de 50 años, actualmente es soldador tiene dos hijos, estado civil casado. Se caracteriza por ser tosco, poco comunicativo. No evidencia enfermedades

8° Hermana: De nombre Janet de 42 años, actualmente es visitadora médica, tiene tres hijos, estado civil casada. Se caracteriza por ser cariñosa y perseverante. No evidencia enfermedades.

9° Hermano: De nombre Danny de 39 años, actualmente es chofer, estado civil separado, tiene cinco hijos. Se caracteriza por ser engreído, impulsivo y caprichoso.

2.4. Examen mental

Conciencia

Se encuentra en estado vigil.

Atención

Presenta dificultades para concentrarse en un solo estímulo, lo que ocasiona que cambie de foco de atención en cada momento. Sin embargo, su atención es flexible y selectiva debido a que puede cambiar de foco de atención cuando sea requerido y se centra en los estímulos que son de su interés

Orientación

Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Reconoce en qué lugar esta, época del año, mes y día. Reconoce adecuadamente su información personal.

Lenguaje

Manifiesta un tono de voz adecuado, es articulado, fluido y coherente con el relato.

Afectividad

Evidencia un estado de ánimo triste, debido a los síntomas que presenta los cuales la mantienen en una preocupación constante y porque se siente desanimada acerca de las cosas que le puedan pasar en un futuro.

Percepción

No se evidencia ninguna alteración.

Pensamiento

Posee un pensamiento abstracto, ya que realiza procesos de análisis y síntesis. Además, en lo que respecta al contenido del pensamiento, presenta ideas de preocupación, ya que piensa que le van a ocurrir cosas malas tanto a ella como a su familia y porque se preocupa por la presencia de sus futuros síntomas. Sin embargo, con respecto al curso carece de alteraciones.

Inteligencia

Impresiona tener una inteligencia promedio

Conciencia de enfermedad

Si tiene conciencia de enfermedad.

Hambre y apetito

Presenta mayor cantidad de apetito.

Sueño

Se observa presencia de insomnio.

2.5 Diagnóstico monográfico**Signos**

Sexo femenino

Biotipo normosómico

Vestimenta acorde a su género, edad, situación, estación del año y nivel socioeconómico

Adecuada higiene y aliño personal

Marcha adecuada

Postura semiencorvada

Contacto visual adecuado

Facies de tristeza y tensión

Actitud colaboradora

Lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona

Percepción sin alteración

Pensamiento abstracto

Ideas de preocupación

Memoria remota e inmediata conservada

Tono de voz adecuado, articulado, fluido y coherente con el relato.

Síntomas

Hiperfagia.

Insomnio.

Tensión en los hombros.

Temblores.

Hormigueos.

Taquicardia.

Estreñimiento.

Dificultades para respirar.

Distraibilidad.

Fatigabilidad.

Tristeza.

Irritabilidad.

Anhedonia.

Ideas de preocupación.

Ideas catastróficas.

Idea de sentirse segura en casa o al lado de algún familiar.

Síndrome

Ansioso

Depresivo

Diagnóstico (CIE – 10)

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada.

F33.0 Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual leve.

2.6 Informe psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos	: Rusmary
Edad	: 57 años
Fecha de Nacimiento	: 24/07/1960
Lugar de Nacimiento	: Huaral
Tiempo de residencia	: 57 años
Grado de instrucción	: Técnico completo

Ocupación : Jubilada
Estado civil : Casada
Número de hijos : 3
Lugar de Residencia : Callao

Referente : Psiquiatría
Informante : Paciente
Motivo de evaluación : Área de Personalidad y Área de Inteligencia
Evaluador : Int. Gustavo Espinoza Rojas
Supervisión : Mag. Gladys Toranzo Pérez.
Fecha de Evaluación : 22/11/17, 08/01/18, 17/04/18, 19/05/18
Fecha de Informe : 24/05/18

Técnicas utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica
Instrumentos utilizados : - Cuestionario sobre la historia de vida de Lazarus
- Inventario de Depresión de Beck- II
- Escala de Ansiedad Estado Rasgo
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II
- Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta derivada de psiquiatría quien refiere: “vengo debido a que hace 5 años aproximada tengo una ansiedad constante, creo que se debe a que me encuentro bajo mucho estrés porque mi hijo decidió estudiar en la universidad por lo que tomé la decisión de trabajar en dos lugares donde en un lugar lamentablemente llegaron a realizarme tocamientos indebidos, sin embargo, no llegaron a abusar de mí, agregando a esto mi esposo dejó de ayudarme económicamente. Cabe mencionar que durante este tiempo presento dolores de cabeza, sudor en exceso, me falta el aire, siento presión en el pecho, el corazón me late muy rápido, me duelen los hombros, también siento hormigueo en los pies. En una ocasión perdí la noción del espacio por lo que no sabía dónde estaba parada. Asimismo, comencé a sentirme preocupada por las cosas que van a suceder, si es que me van a salir bien las cosas, si llego temprano o no, hasta cuando voy a cocinar me preocupa que me salga bien las cosas, me siento intranquila ya que no sé de donde sale esta ansiedad. Por otro lado, desde hace dos semanas me he vuelto a sentir triste ya que esta sintomatología me genera mucha intranquilidad. Anteriormente hace cuatro años me sentí triste por la misma situación, no tenía ganas de hacer nada, me sentía muy cansada, no podía dormir, comía muy poco. Por otro lado actualmente, me siento irritable, me desconcentro fácilmente, no disfruto de las cosas que me gustaban de la misma manera. Todo lo antes expuesto ha afectado mi desenvolvimiento personal ya que esta ansiedad me genera mucho malestar.

III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Paciente de sexo femenino la cual aparenta ser menor a su edad cronológica, de tez trigueña, de biotipo normosómico con 1.60 cm y con un peso de 65 kilos aproximadamente, de ojos marrones, cabello negro y corto, viste acorde a su género, edad, situación, estación del año. Así también presenta buen aliño personal.

Ingresa a la consulta con una marcha lenta, adopta una postura semiencorvada, mantiene el contacto visual con el entrevistador. Se muestra orientada en tiempo, espacio y persona.

Muestra un lenguaje fluido, vocabulario adecuado, tono de voz baja y coherente con el relato.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Inteligencia, la evaluada presenta un Coeficiente Intelectual de 95 lo cual la ubica en la categoría Normal Promedio. En el área verbal se encuentra en una categoría Normal Promedio debido a que presenta una capacidad adecuada para adquirir, conservar y recuperar los conocimientos adquiridos, llegando a tener un buen bagaje cultural. Asimismo, puede abstraer y generalizar a partir de dos conceptos dados, demostrando interés por explorar el mundo que la rodea, llegando a adaptarse al medio. De igual manera, posee habilidades para el razonamiento numérico, agilidad en el manejo y reorganización de la información, atención y memoria a corto plazo, teniendo una adecuada capacidad para pensar de manera abstracta. Asimismo, presenta un adecuado conocimiento léxico, precisión conceptual y capacidad expresiva verbal. Por otro lado,

en el área ejecutiva se encuentra dentro de la categoría Normal Promedio, debido a que posee una capacidad adecuada para el reconocimiento y organización perceptiva ante un tiempo establecido, demostrando su habilidad para discriminar los detalles, siéndole fácil el anticipar adecuadamente los acontecimientos sociales que puedan suscitarse. De igual manera, puede resolver problemas por su capacidad para asociar ideas. Además, presenta una habilidad promedio para analizar, sintetizar y para la organización viso espacial ante un tiempo establecido, de esa manera demuestra su adecuada capacidad de análisis y síntesis.

Personalidad se ha caracterizado por ser una persona que se encuentra en la búsqueda de relaciones en la que se pueda apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. Esta carencia de autonomía es una consecuencia de la sobreprotección parental que experimentó en la infancia. Asimismo, ha aprendido que es mejor adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener el afecto, por lo cual ha sido forzada a aceptar las condiciones que les imponen los demás, suele tener un comportamiento prudente, controlado y perfeccionista, suele tener un temor a la desaprobación social. De igual manera, frecuentemente presenta sentimientos aprensivos de angustia por lo que se muestra indecisa e inquieta, evidenciando una variedad de malestares físicos, como tensión, sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Mostrando un estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, temblores, desesperándose ante una situación de conflicto. Por lo cual por periodos de tiempo se encuentra con sentimientos de desánimo, disminución de la autoestima, ideas de culpabilidad y de minusvalía.

En la **Afectividad**, a criterio clínico evidencia un nivel de depresión leve debido a que se siente triste en ocasiones, se siente desanimada acerca de las cosas que le puedan pasar en un futuro, considerándose poco valiosa y útil a comparación de antes. Asimismo, se encuentra menos interesada en realizar sus actividades, se cansa fácilmente, su apetito ha aumentado, teniendo que comer a cualquier hora durante el día y ha perdido el deseo sexual por completo. Todo lo antes expuesto ha afectado de manera parcial su desenvolvimiento personal.

En la **Emotividad** la evaluada presenta un nivel de ansiedad moderado debido a que se encuentra preocupada constantemente por las cosas que puedan ocurrir, creyendo que le van a suceder cosas malas tanto a ella como a sus hijos, generando intranquilidad, dolores de hombros, taquicardia, temblores, hormigueos, se sienta insegura, alterada, oprimida, hiperalerta ante cualquier sonido, insatisfecha con su vida, siente que se le amontonan los problemas y no sabe cómo solucionarlos. Así también dentro del criterio psicométrico evidencia una ansiedad estado moderado por lo que siente inseguridades, angustia por desgracias futuras. Por otro lado, muestra una ansiedad rasgo moderado por lo que mantiene la ansiedad desadaptativa por mucho tiempo generando dificultades de controlarlo, esto ha generado dificultades para afrontar las crisis.

V. CONCLUSIONES

- En el área de Inteligencia, la evaluada presenta un Coeficiente Intelectual de 95 que la ubica en la categoría Normal Promedio.

- En el área de Personalidad, la evaluada se caracteriza por ser una persona ansiosa, insegura, exigente, lo cual afecta su desenvolvimiento personal, familiar y social.
- En el área de Afectividad, la evaluada presenta un nivel de depresión leve, afectando de manera parcial su desenvolvimiento personal.
- En el área de Emotividad, la paciente evidencia un nivel de ansiedad moderada, lo cual afecta su desenvolvimiento personal, familiar y social.

VI. RECOMENDACIONES

- Terapia Cognitiva - Conductual.

Mag. Gladys Toranzo Pérez

Supervisora de Internado

Gustavo Espinoza Rojas

Interno II – Psicología

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Justificación

De acuerdo a los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación, se encuentra que la paciente evidencia creencias irracionales que no le permiten afrontar las situaciones estresantes de forma adaptativas por lo que tiende a reaccionar con estados ansiosos y con una fuerte tensión ante esto; lo cual viene afectando su desenvolvimiento en sus actividades diarias y sus relaciones interpersonales. Según Ellis y Grieger (1990) explican que la forma en como percibimos e interpretamos la información termina afectando la manera en cómo nos sentimos y como actuamos, con respecto al desarrollo de un trastorno de ansiedad manifiestan que esta se da por dos circunstancias principales, la primera es la interpretación o valoración que se le da a la situación por la cual se está pasando, sea por un proceso de información excesivo o deficitario del aparato cognitivo, generando que el sujeto tome como amenazante una situación neutral llevándolo a sobreestimar o exagerar los estímulos percibidos como por ejemplo relacionar el aumento de sus latidos del corazón con la posibilidad de un paro cardíaco. Sin embargo, esta valoración inicial solo explica la activación del miedo en la persona para lograr entender de alguna manera porque persiste, por ende, proponen la valoración secundaria que consiste en como el sujeto después de percibir una situación amenazante, él intenta hacerle frente en bases a sus

estrategias de afrontamiento y es aquí donde subestimas sus propios recursos sintiéndose vulnerable, conllevando a desencadenar síntomas fisiológicos.

En tal sentido, se encontró que la paciente presenta inconvenientes en las áreas de emotividad y afectividad; encontrándose con un nivel de ansiedad moderado y con un nivel de depresión leve. Por lo mencionado anteriormente, se ha visto conveniente emprender el proceso psicoterapéutico haciendo uso de las técnicas de intervención del modelo cognitivo conductual, las cuales le permitan a la paciente analizar e identificar sus propios pensamientos y así lograr darse cuenta de las influencias de dichas inferencias, evaluaciones y creencias irracionales, respecto a sus emociones y conducta, percatándose que la situación no es la que genera la sintomatología. De esta forma, el objetivo es que la paciente genere una mejor adaptación al medio. Asimismo, se tomará en cuenta el proceso de relajación para que la paciente logre manejar situaciones estresantes de manera adaptativa, logrando un mejor desempeño en su vida diaria.

Los objetivos planteados con anterioridad se llevarán a cabo mediante las técnicas de Debate teniendo como objetivo generar pensamientos más flexibles y racionales con los que la paciente logre un mejor desempeño a nivel personal, social y laboral. De igual manera, se emplearán los paquetes de técnicas cognitivas conductuales y emotivas. Asimismo, se utilizarán las técnicas de respiración diafragmática y relajación imaginaria para que aprenda a manejar de forma óptima sus niveles de ansiedad ante una situación que ella considere amenazante.

3.2. Objetivos

3.2.1 Objetivos generales:

- Identificar y modificar el sistema de creencias irracionales instaurando nuevas formas de pensar de forma flexible, lógica, objetiva y racional para que de esa manera se dé el cambio emocional y conductual, pudiéndose optimizar su desempeño personal, social y laboral.

3.2.2 Objetivos Específicos:

- Dar a conocer la problemática de la paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación, de esa manera tener un mejor entendimiento de la sintomatología.
- Lograr que la paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad para permitirse llegar a un estado de relajación a través de la técnica de Respiración Diafragmática.
- Lograr que la paciente sea capaz de jerarquizar una lista de estímulos imaginarios los cuales la induzcan al estado de relajación imaginaria.
- Lograr que la paciente establezca la relación entre eventos, creencias irracionales y consecuencias de esa forma pueda debatir y discriminar los pensamientos irracionales que presenta y modificarlos con pensamientos racionales que sean proporcionales a la situación.

- Lograr que la paciente compruebe que sus creencias son irracionales a través de la técnica experimento conductual.
- Verificar el estado de ánimo, el nivel de debate y su funcionalidad a través de la técnica emotiva del Rol Racional.
- Favorecer un adecuado manejo de la sintomatología a través de la técnica de solución de problemas.

3.3. Metodología

Se estableció el contrato terapéutico en el cual se estipuló la participación activa por parte del terapeuta, quien asumió sus funciones en el desarrollo de cada una de las sesiones, buscando cumplir los objetivos planteados. Asimismo, por parte de la paciente asumió el compromiso de cumplir con las tareas asignadas para la casa, así como también en todo aquello de relevancia para la superación de las dificultades y la ejecución del programa. El desarrollo de la terapia se llevó a cabo aproximadamente en 12 sesiones las cuales duraron 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicaron diversas técnicas cognitivo conductuales para lograr los objetivos propuestos. Como es que se inicia y se mantiene la sintomatología ansiosa. Luego se explicó las diferencias entre los pensamientos y emociones racionales e irracionales. Después, que la paciente pueda establecer la relación entre sus creencias, emociones y conductas irracionales, de esa manera poder modificarlos a pensamientos racionales, más flexibles y objetivos a través de las técnicas cognitivas de debate, la cual consta de realizar preguntas con distintos estilos y tipos de debate. Asimismo, la Imaginación Racional Emotiva, en la que consta de utilizar la imaginación de ciertas situaciones que generen malestar en la cual la paciente tendrá que modificar sus emociones

irracional por emociones racionales sin modificar las situaciones que la generan. Además, se hizo el uso de la técnica de experimento conductual, la cual consta que la paciente realice conductas para poder probar sus creencias, de esa manera darse cuenta del mantenimiento de sus creencias irracionales. De igual forma, enseñarle a manejar sus niveles de tensión en situaciones futuras a través de la técnica de respiración diafragmática, que consta en medir las pulsaciones y realizar inhalaciones profundas, manteniendo el aire por unos segundos, procediendo a expirar todo el aire colocando la boca en forma de “O”. Además, enseñarle a la paciente que puede tener el control de sus niveles de ansiedad a través de la técnica de Relajación imaginaria, la cual consta en crear en la mente estímulos como imágenes, sonidos, texturas que sean relajantes para la paciente, de esa forma adentrarse a un estado de total relajación. Por último, se realizó el seguimiento a través de la técnica emotiva del Rol Racional emotivo, la cual consta de intercambiar roles entre la paciente y la terapeuta, donde tendrán que debatir las creencias irracionales que tenía la paciente, de esa manera observar si las creencias irracionales se mantienen. A la paciente se le explico y firmó el consentimiento informado.

3.4. Análisis Funcional

A continuación, se presenta el análisis funcional propuesta por el trabajo de intervención.

3.5. Sesiones de intervención psicoterapéutica.

ESTIMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA	ESTIMULOS CONSECUENTES
<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando su hijo decide viajar y dejar de estudiar ¹. • Cuando su hijo decide iniciar una nueva empresa ². • Cuando su hijo demora en llegar a su casa. ³ • Cuando mi hijo no me saluda con beso y con abrazo. ⁴ <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordar lo duro que tuvo que trabajar para conseguir el dinero para la universidad. • Recordar cuando intentaron abusar de ella en su trabajo. • Piensa que su hijo tiene que devolverle todo lo que está haciendo para que estudie. • Pensar que su hijo puede ser padre a temprana edad. 	<p>COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Mi sufrimiento fue en vano” ¹ • “Mi hijo tiene que ser recíproco conmigo” ¹ • “Tengo miedo que mi hijo fracase” ² • “De seguro le pasó algo” ³ • “Mi hijo no me quiere” ⁴ • “Soy una mala madre” ⁴ • “No valgo como mujer” • “Soy culpable por lo que me pasó” <p>EMOCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad. • Ira • Preocupación <p>FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Sudoración. • Tensión en los hombros y pecho. • Taquicardia. • Dificultades para respirar. <p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temblores corporales • Mover las manos 	<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar ver a su hijo cuando se va de viaje. • Llamar constantemente a su hijo cuando no llega a casa. <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imaginar que su hijo se licencie. • Pensar que su hijo le ayudará económicamente cuando sea anciana • Piensa que preocupándose la hace sentir mas tranquila. • Piensa que con lo que trabaja no es suficiente <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Latencia: Inmediata</p> <p>Duración: 45 min. aprox.</p> <p>Frecuencia: Cada vez que se presentan los estímulos.</p> <p>Intensidad: 9/10</p> </div>

A continuación, se presentan las sesiones de intervención psicológica. Se utilizaron las siguientes sigas para identificar a los participantes de este proceso: Paciente (P) y Terapeuta (T)

SESIÓN #1: 25 de mayo del 2018

Objetivos de la sesión:

- Dar a conocer la problemática de la paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación, de esa manera tener un mejor entendimiento de la sintomatología.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo

Descripción de la sesión:

T: Buenas Tardes señora Rusmery, ¿Cómo ha estado?

P: Buenas Tardes doctor, más o menos es que estoy enferma, tengo dolores a cada momento.

T: ¿Qué tipo de dolores tiene?

P: Bueno me han comenzado a doler los huesos y también estoy orinando con un color oscuro

T: Como ya le había dicho la vez pasada sería bueno que vaya al doctor para que le pueda hacer los chequeos correspondientes porque eso se puede deber a algo más físico que psicológico

P: Pensé que era algo psicológico

T: Sería bueno que vaya a un control médico, cuanto antes.

P: Sí doctor eso es lo que hare

T: Bueno, como ya le había dicho la vez pasada vamos a empezar el proceso psicoterapéutico, en el cual yo utilizo la Terapia Racional Emotiva Conductual es un tipo de terapia. El objetivo es modificar nuestros pensamientos, de esa manera tener emociones y conductas más racionales, a lo que me refiero con racional es que sean más adaptativas. La terapia tiene como objetivo darle herramientas para que usted misma pueda cambiar esos pensamientos y se sienta mucho mejor. Aproximadamente trabajaremos durante 17 sesiones, lo esperado es que se realicen una vez a la semana, donde usted y yo cumpliremos funciones, yo como su psicoterapeuta y usted como paciente. Así como mi función es realizar las sesiones, tus funciones es cumplir con acudir a consulta y realizar algunas actividades o tareas que se dejaran cada semana.

P: Sí doctor

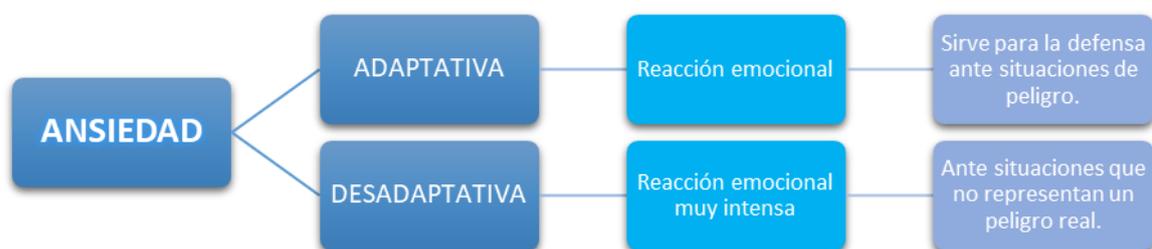
T: Hay algo que me gustaría mencionarle, como ya le dije la terapia se trata de modificar nuestros pensamientos, por ende, en el momento que hagamos una técnica cognitiva llamada Debate, quiero que sepa que las preguntas, cuestionamiento irán dirigidas hacia sus pensamientos mas no hacia su persona.

P: Esta bien (Risitas*) no me sentiré ofendida entonces.

T: (Risas*) Exacto, bueno el día de hoy comenzaremos con la primera sesión de psicoterapia en la cual realizaremos la técnica de Psicoeducación, la cual tiene como objetivo que puedas comprender las razones de su sintomatología y lo explicaremos bajo el modelo Cognitivo Conductual.

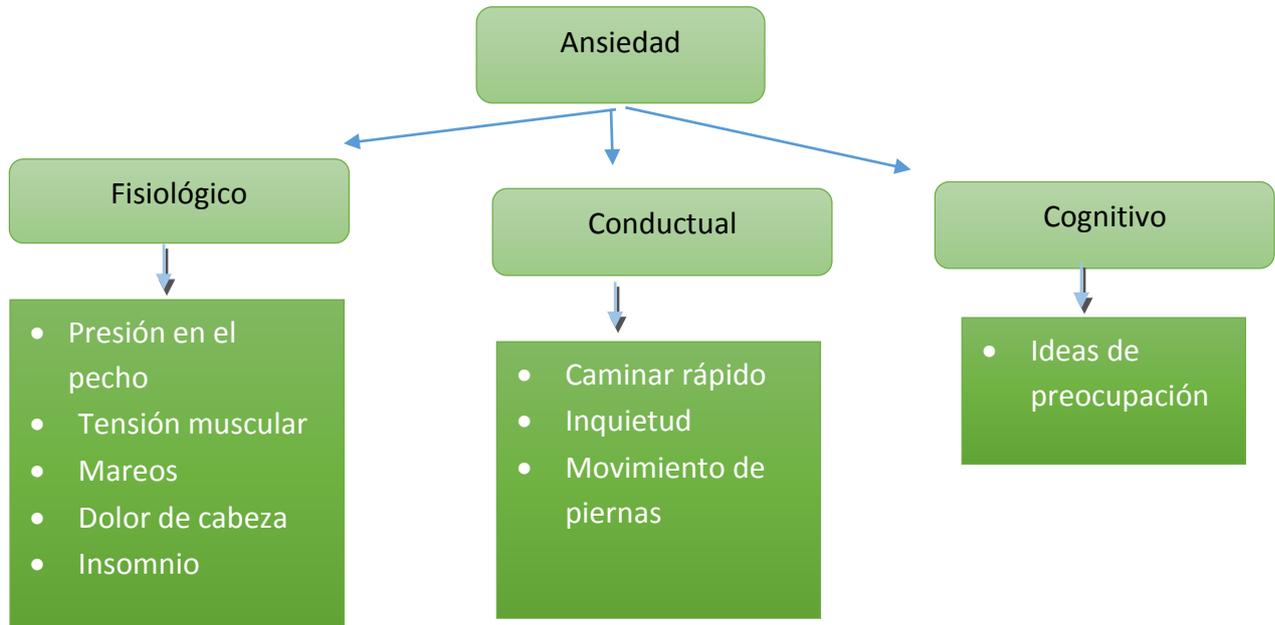
P: Entiendo.

T: Comenzaremos con definir qué es la ansiedad es una emoción que se siente cuando estamos frente a un peligro real o imaginario y que genera una reacción en nuestro cuerpo y mente. La ansiedad se puede dividir en dos: La ansiedad desadaptativa que nos lleva a sentir reacciones inadecuadas ante situaciones que realmente no son un peligro o una amenaza porque si lo fuera entonces todas las personas que se enfrentan a esta situación no podrían soportarlo y se sentirían igual. Entonces, actualmente está presentando síntomas ansiosos los cuales se caracteriza por una preocupación excesiva a cualquier suceso o actividades a la realidad que puede llegar a ser modificables



P: (Risas*) yo tengo esa ansiedad desadaptativa.

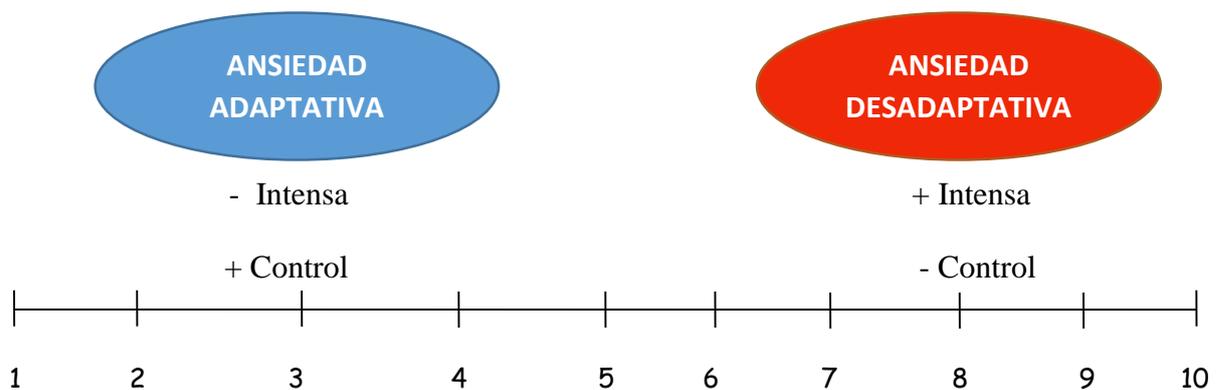
T: Exacto, por eso de ahí provienen tus dolores musculares, mareos, dolores de cabeza, sudoración. Ahora te enseñare cuales son los componentes de la ansiedad de esa manera poder identificarlos.



T: Una vez que hemos explicado estos componentes, dime tienes alguna duda

P: No doctor, todo está muy claro.

T: Entonces te enseñaré un gráfico que es como un termómetro de emociones en el cual podremos citar el nivel de ansiedad que sentimos para poder verificar que tipo de ansiedad estamos sintiendo en estos momentos



T: Entonces generalmente las personas que tienen ansiedad suelen aumentar los riesgos y disminuir sus recursos. Esto quiere decir que, por ejemplo: en caso tuyo cuando su hijo te dijo que iba a poner un nuevo negocio. ¿Lo primero que pensó que fue?

P: Qué le iba a ir mal, que no le iba a alcanza el presupuesto, que pasaría si la gente con la que trabaja le falla, no voy a poder ayudarlo.

T: Ya genial, por ejemplo, ahí usted está aumentando los riesgos de la situación y minimizando tus recursos, porque crees que no vas a poder ayudarlo. Y eso cómo te hace sentir.

P: Muy ansiosa, preocupada por él y ya me comienza a doler la cabeza.

T: Exacto, pero si nosotros cambiamos ese tipo de pensamiento a pensamientos más positivos, por ejemplo: todo le va a ir bien, si necesita algo yo voy a estar aquí para ayudarlo. ¿Cómo te vas a sentir?

P: Muy tranquila

T: Entonces, ¿de qué se te puede dar cuenta?

P: Que si pensamos positivo nos sentiremos mejor.

T: Exacto, entonces si nosotros modificamos nuestra forma de pensar esto generara que nosotros no sintamos mucho más tranquilos. Ese es nuestro objetivo principal de la terapia modificar nuestros pensamientos irracionales por pensamientos racionales, más objetivos que nos hagan sentir mucho mejor y podamos realizar todas nuestras cosas sin dificultades.

P: Me parece muy bien

T: ¿Tiene alguna duda?

P: No doctor, todo me quedó claro.

T: Esta bien, no se olvides que la próxima sesión sería bueno que traigas un cuaderno para poder apuntar todo lo que tratemos en sesión y de esa manera reforzarlo en casa, porque recuerda que te dejare algunas actividades. Asimismo, que pueda venir con ropa cómoda ya que comenzaremos con las técnicas de relajación.

P: Esta bien.

T: Excelente, entonces vamos a darte una nueva cita.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #2: 02 de junio de 2018

Objetivos de la sesión:

- Reforzar la sesión anterior.
- Lograr que la paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad para permitirse llegar a un estado de relajación a través de la técnica de Respiración Diafragmática.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes, ¿cómo ha estado esta semana?

P: Buenas tardes doctor, muy bien la verdad, me he sentido más tranquila desde la última vez que nos vimos porque ya entendí porque me pasa esto y que no soy la única que lo tengo.

T: ¡Qué bueno! Ese era el objetivo de la sesión pasada que usted pueda comprender lo que está pasando, la causa y también que no eres la única que lo está pasando. Vamos a reforzar lo que hicimos la semana pasada, me podría decir usted que tipo de ansiedad estaba atravesando usted.

P: Sí doctor, yo estoy atravesando una ansiedad desadaptativa que me genera malestar en diversas situaciones, así también esa emoción genera una serie de reacciones dentro de mi como diversa sintomatología.

T: Así es me alegra mucho que haya entendido sobre la ansiedad. Bueno, el día de hoy vamos a realizar una técnica de respiración la cual nos ayuda a disminuir nuestros niveles de tensión. Así lo puedes realizar en cualquier momento que tú lo requieras. De igual manera, que comprendas que como puedes estar tensa, tú también puedes relajarte. Primero antes de comenzar, quisiera saber si ¿tienes alguna contracción muscular, alguna enfermedad cardíaca, hipertensión, alguna afección médica?

P: No, sin embargo, tengo artritis, tendinitis y gastritis.

T: Esta bien, empezaré a enseñarte cómo respiras

P: (Respira**)

T: Como estamos viendo, estas inflando la parte del pecho, pero no el diafragma. Lo que tenemos que hacer es inhalar a través de la nariz, mantener el aire por unos 5 segundos y

luego expulsa a través de la boca haciendo forma de “O” de manera lenta. Primero lo haré yo y luego lo harán usted

P: Esta bien Doctor.



T: Ahora que ya sabemos cómo realizar el ejercicio pasaremos a medir tus pulsaciones.

USA

USAR TUS DEDOS ÍNDICE Y MEDIO DE TU MANO Y UBÍCALOS EN TU MUÑECA TRATANDO DE ENCONTRAR UNOS PEQUEÑOS LATIDOS, CUANDO LO HAGAS REALIZA LA CUENTA POR UN TIEMPO DE 10 MINUTOS

ES CONOCIDA COMO LA ESCALA SUBJETIVA DE ANSIEDAD Y CONSISTE EN QUE TÚ LE ASIGNES UN VALOR A TU ANSIEDAD EN EL MOMENTO EN EL QUE ESTAS. HAY SITUACIONES DONDE UNO SIENTE UNA ALTA ANSIEDAD Y OTRO DONDE LA ANSIEDAD ES BAJA. EL VALOR QUE LE ASIGNES IRÁ EN UNA ESCALA DE 1 A 10.

T: Ahora pasaré a medir sus pulsaciones durante 15 segundos y luego lo multiplicaré por

4.

P: Está bien

T: Tienes 22 pulsaciones por 4 sería un total de 88 pulsaciones por minuto, ahora me podría decir sobre su USA

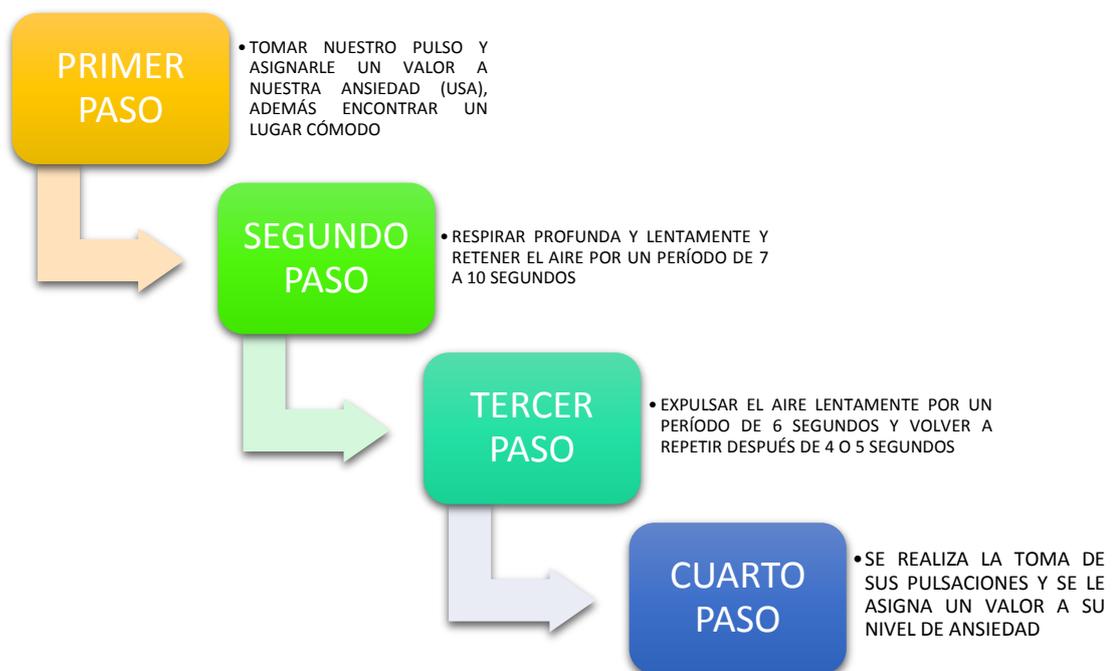
P: Mi USA es de 9

T: Ya, vamos a ver si podemos disminuir esas pulsaciones. Cabe mencionar que debido a los ruidos que hacen los carros, los aviones que a veces pasan puede ser que tus pulsaciones se vean afectadas y no disminuyan. Pero recuerda que el objetivo de la respiración diafragmática es mantener o disminuir esas pulsaciones

P: Entiendo.

T: Claro, ya cuando lo haga en su casa en un lugar más tranquilo, se verá un mejor efecto.

Comencemos, si deseas puedes cerrar los ojos, suelta tus brazos, siéntate cómodamente.



P: Esta bien.

(Ejercicios de respiración **)

T: Ahora mediré nuevamente las pulsaciones.



ETAPA INICIAL		ETAPA FINAL	
PULSACIONES	USA	PULSACIONES	USA
88	5	76	3

T: Cómo hemos podido ver sus pulsaciones han disminuido, ¿cómo se ha sentido?

P: Me siento muy relajada, me ha dado ganas de dormir

T: Imagínese si lo practicara antes de dormir, podrías dormir plácidamente.

P: Si, doctor.

T: Por eso vamos a dejar una actividad, va a realizar en tu cuaderno un cuadro de registro de tus pulsaciones. Así como hicimos en la pizarra, con sus pulsaciones iniciales y luego de hacer los ejercicios de respiración vuelves a tomarte el pulso.

P: Esta bien y en qué momento lo hago

T: Cuando usted crea conveniente, en los momentos que se sientas ansiosa también lo puedes utilizar, hasta cuando este en el auto bus. Lo importante es que lo registre, por otro lado, le dejare una actividad para la casa ya que va a tener que realizar la técnica, cabe mencionar que utilice su USA para saber si la técnica fue eficiente o no.

P: Entiendo.

T: Bueno ya hemos terminado nuestra sesión, ahora me acompaña para sacar la próxima sesión.

P: Muchas gracias, si vamos.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #3: 09 de junio de 2018

Objetivos de la sesión:

- Lograr que la paciente sea capaz de jerarquizar una lista de estímulos imaginarios los cuales la induzcan al estado de relajación.
- Reforzar la sesión anterior y revisar el registro

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación imaginaria
- Jerarquía de estímulos relajantes
- Retroalimentación

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes, ¿pudo hacer la actividad encomendada?

P: Buenas tardes Doctor, si pude hacer esa actividad le comento que lo hice mientras estaba en el micro, me genero mucha tranquilidad hacer todo eso, le mostrare como me fue.

USA INICIAL	USA DESPUÉS DE LA TÉCNICA
9	6

T: Entonces si está funcionando, me parece una buena noticia. Ahora me podría decir cómo le fue en la semana

P: Triste porque el día de hoy falleció el mejor amigo de mi hijo en un accidente de carretera y me siento muy mal.

T: Entiendo, lo siento mucho.

P: Sí, y lo peor de todo es que su amigo estaba manejando moto y como había mucha neblina se pasó a otro carril por querer esquivar a un tráiler y en el otro carril se encontraba en dirección opuesta a él su hermano, entonces se chocan ambos y el amigo de mi hijo muere instantáneamente y su hermano de él ahora está en cuidados intensivos, le van amputar la pierna. Imagínese como se va a asentar a la hora que se levante, va a creer que por su culpa murió su hermano, cosa que no es así. Y como estará la mamá. ¡Ay! Yo estuve pensando todo el día, que yo no podría soportarlo, creo que preferiría morir, es algo terrible, que no podría aguantar.

T: Claro, una situación así es difícil. Pero dime Rusmery ¿Por qué cree que ahora está sintiendo eso?

P: Por la forma de cómo estoy pensando

T: Exacto, cree que no lo va a soportar. Es una situación difícil, pero a que no lo puedas soportar es mucha la diferencia. Si no imagínate todas las personas que pasas por las mismas circunstancias o por cosas peores

P: Si pues doctor, tiene razón

T: Bueno es algo que vamos a ir trabajando poco a poco

P: ¿Qué cosa?

T: Tu manera de pensar

P: Esta bien

T: El día de hoy vamos a trabajar una técnica de relajación imaginaria. Para esta técnica necesitamos primero crear una lista de estímulos que sean relajantes para ti, puede ser cualquier cosa que a ti te agrade y tenemos que ser lo más detallistas posibles. Recuerda que en la imaginación no hay límites. Ahora dime qué lugar te inspira relajación.

P: Un campo grande, donde no haya gente cerca pero si a lo lejos una que otra persona con una carreta.

T: Okay, sigue relatando

P: Entrar caminando y sentir que las ramas de los arboles

T: Qué tipo de arboles

P: Árboles coposos y grandes, se muevan de lado a lado y que produzcan un sonido mientras que las hojas caen sobre mí, hojas de color verdes. Luego de eso pisar la tierra marrón oscura que esta al pie del árbol y abrazar el árbol, pero como el árbol es tan grande mis brazos no lo pueden cubrir. Luego el sonido de un riachuelo pequeño y largo, se escucha a lo lejos, por lo que voy dirigiéndome hacia allá con los pies descalzos y entro a mojar me los pies en el agua fría y comienzo a caminar, siento la tierra arenosas y como

se hundan ligeramente mis pies, sintiendo plantas acuáticas de gran tamaño y de color verde intenso las cuales tienen muchas raíces, sigo caminando entre ellas, como si se enredaran en mis pies, pero sin hacerles daño. Entonces por ahí aparecen pequeños peces que empiezan a mordirme, los peces son de colores plomos claros, amarillos, anaranjados, blancos y turquesas. Luego salgo del agua y camino por la tierra seca y se va haciendo barro en mis pies. Vuelvo al mismo sitio del inicio, al árbol grande y coposo. Lo cual hace que me sienta como parte del árbol, mis pies se convierten en raíces.

T: Esta bien y dígame ¿Qué tipo de sonidos escuchas en el campo?

P: Escucho el sonido de las ramas golpear los árboles, pero un sonido muy ligero.

T: Esta bien entonces para la próxima sesión tu tarea va a ser conseguir esa música de las ramas, la música que a ti te relaje.

P: Esta bien.

T: Bueno ya se nos terminó el tiempo, esto lo vamos a poner en practica la otra sesión.

P: Esta bien doctor el tan solo imaginarlo mientras le contaba ha hecho que me relaje

T: Muy bien, de eso se trata. Lo que vas a traer también para la próxima vez es tu registro de tus pulsaciones haciendo la respiración mientras escuchas y te imaginas algún lugar relajante

P: Entonces lo puedo ir practicando

T: Si claro, pero no te olvides de hacer tu registro.

P: Esta bien doctor

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión #4: 16 de junio de 2018

Objetivos de la sesión:

- Lograr que la paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Imaginaria.
- Reforzar la técnica anterior

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación imaginaria

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes.

P: Buenas tardes Doctor, mucho mejor que la anterior semana, me siento mucho más tranquila

T: ¡Qué bueno! ¿Y a qué cree que se deba?

P: Ah, es que estuve practicando el ejercicio de relajación

T: ¡Qué bien! ¿Cómo lo hacía usted?

P: Me iba al cuarto de mi hijo porque es el más oscuro de todos, ahí prendía la tele y ponía la música relajante y comenzaba a respirar, me llegue a relajar un monto hasta llegue como a 2 USA

T: Me podría mostrar lo que hizo en su cuaderno por favor para poder revisar

USA ANTES DE LA TÉCNICA

USA DESPUÉS DE LA TECNICA

9**2**

P: Me ayudo bastante porque estaba todo oscuro

T: ¡Qué bueno que se haya podido relajar!

P: Sí, me ha servido bastante para mantenerme toda la semana tranquila

T: Okay el día de hoy lo vamos a poner en práctica, como ya tenemos la lista de estímulos relajantes, esto se nos hará más fácil. Dime, ¿trajiste la música?

P: Sí, aquí esta.

T: Esta bien, entonces utilizaremos esta melodía como fondo de nuestra técnica de relajación imaginaria. A veces se nos va a hacer un poco dificultoso llegar a imaginar claramente los estímulos, pero es normal, no lo fuerces y solo va a fluir la idea es que te relajes no que te pongas más ansiosa.

P: Entiendo

T: Entonces vamos a comenzar, ¿dígame esta con gripe, bronquios o algo parecido?

P: No estoy sana.

T: Okay, genial

P: ¿Qué por qué me pregunta eso?

T: Es que si estamos pasando por un cuadro de gripe no vamos a poder realizar la técnica ya que como hacemos uso de la técnica de respiración diafragmática, si estamos con gripe o algo que tenga que ver con el aparato respiratorio se nos va imposibilitar respirar de manera adecuada y en vez de relajarnos nos vamos a poner más ansiosos.

P: Ah ya entendí.

T: Entonces vamos a comenzar. Primero voy a medir sus pulsaciones, tiene 80 pulsaciones. Vamos a comenzar con la técnica

T: Okay, ¿desea que apague la luz?

P: Sí

T: Okay, siéntate por aquí donde te sientas más cómoda, trata de colocarte en una posición cómoda. ¡Excelente! Te invito a que puedas cerrar los ojos si así lo deseas. Muy bien, ahora vamos a colocar la melodía de fondo, mientras tanto vamos a inhalar profundo y lentamente de esa manera propiciamos un estado de relajación, lo realizamos una vez más y sentimos como el aire ingresa por nuestra nariz pasa por nuestra garganta se dirige hacia nuestros pulmones y luego lo expulsamos lentamente. (Repetición 2 veces más) Muy bien ahora que nos encontramos en un estado de relajación, vamos a traer a nuestra mente ese campo grande que más te gusta con un montón de árboles de gran tamaño y muy coposos en la parte de arriba con un color verde oscuro y empiezas a sentir como a las ramas se van moviendo. Dime si ya lo pudiste visualizar, levanta el dedo índice.

Muy bien, ahora se comienza a producir un sonido de viento mientras las hojas caen sobre ti, son hojas de color verde intenso. Vas inhalando poco a poco el aire, sientes como en tu cuerpo recorre el viento y las hojas caer. Muy bien, ahora te vas dirigiendo hacia el pie de un árbol, estas con los pies descalzos y sientes la tierra seca de color marrón oscura, lo que haces es abrazar el árbol, pero como es tan grande el árbol tus brazos no pueden cubrirlo, comienzas a conectarte con la naturaleza, vas sintiendo en tu cuerpo, las partes del árbol. Vamos a inhalar profunda y lentamente, expulsamos el aire 3,2,1. Ahora a lo lejos escuchamos el sonido de un pequeño y largo riachuelo, por lo que decides dirigirte hacia allá, estas con los pies descalzos y decides entrar a mojar los pies, comienzas a

sentir el agua fría, empiezas a caminar lentamente donde sientes la tierra arenosa lo que genera que tus pies se hundan ligeramente, en eso ves algunas plantas acuáticas de gran tamaño y de color verde intenso, las cuales tienen muchas raíces. Continúas caminando entre ellas, sientes que se enredan entre tus pies, pero no les haces daño, porque tú eres parte de la naturaleza. Entonces por ahí aparecen pequeños peces de colores plomos claros, amarillos, anaranjados, blancos y turquesa, los cuales empiezan a morderte los pies. Inhalamos todo el aire posible, exhalamos. Estas en un estado de relajación. Ahora decides salir del riachuelo y caminar sobre la tierra seca generando que se te haga barro en los pies, mientras te diriges al primer árbol que encuentres, ese árbol inmenso y coposo, lo empiezas a abrazar lo que genera que sientas como si fueras parte del árbol, donde tus pies se convierten en raíces. Ahora inhalamos y exhalamos, poco a poco vamos a ir abriendo los ojos, dejando atrás el campo para volver a tu lugar inicial. Muy bien, ahora vamos a inhalar una vez más y botamos el aire lentamente. Ahora vamos a tomarte el pulso. Tienes 64 pulsaciones ¿Cómo te sientes?

P: Me siento muy relajada

T: ¿Dime se pudo concentrar?

P: Sí bastante, me imaginaba cada detalle, lo sentía tan relajante. Dios, me encanto. Lo sentí mucho mejor con su voz que cuando lo hago sola.

T: Que bueno que se haya podido relajar

P: Sí gracias

T: Ahora lo que vas a hacer para la próxima sesión, es registrar tus pulsaciones con el uso de la técnica de relajación imaginaria.

P: Esta bien

T: Me acompaña por acá para sacar la próxima cita por favor.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN # 5: 23 De junio del 2018

Objetivos de la sesión:

- Alcanzar que la paciente pueda introducirse por sí misma al estado de relajación a través de la técnica de Relajación imaginaria.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación imaginaria

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes señora. ¿Cómo le ha ido estas semanas?

P: Buenas tardes doctor, me ha ido muy bien con el ejercicio de relajación imaginaria.

T: Genial, ¿Lo ha estado practicando todos los días?

P: Sí, me voy al cuarto de mi hijo y ahí es donde lo práctico.

T: ¡Qué bueno! Justo el día de hoy vamos a comprobar cómo te ha estado yendo. Por lo que hará la técnica usted sola y veremos si hay algún error para corregirlo. Dime, pudiste traer la música que te relaje.

P: Esta bien Doctor, sí aquí está (sonido de campo)

T: Okay genial podemos comenzar, primero te tomaré el pulso. Sale 72, me puedes decir cuál es tu USA.

P: 7 Doctor

T: Esta bien ahora continua sola por favor.

P: Voy a empezar.

T: Okay. Imagínese como si yo no estuviese aquí.

La paciente toma una postura rígida, pone sus manos sobre las piernas y respira lentamente. Pone sus labios en forma de “o” para botar el aire, cierra los ojos y toma una actitud de concentración durante veinte minutos, durante todo ese tiempo donde el sonido del campo bostezó dos veces manifestando entrar a un estado de relajación. Durante ese momento hubo muchos distractores como sonidos externos de la calle, sin embargo no alteraron el normal funcionamiento de la técnica ya que.

Después de los veinte minutos abrió los ojos lentamente manifestando facies de tranquilidad, así también estiraba las extremidades lentamente.

T: He podido ver que lo haces muy bien, puedes concentrarte a pesar de los ruidos y eso es muy bueno ya que podemos generar mayor relajación. Ahora voy a medir tu pulso. Es de 64, me podrías decir cuál es tu USA por favor.

P: Mi USA es de 3

T: Excelente, veo que has podido aprender muy bien la utilización de esta técnica.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #6: 21 de julio de 2018**Objetivos de la sesión:**

- Lograr que la paciente establezca la relación entre eventos, creencias irracionales y consecuencias de esa forma pueda debatir y discriminar los pensamientos irracionales que presenta y modificarlos con pensamientos racionales que sean proporcionales a la situación.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- ABC
- Retroalimentación
- Asignación de tareas

Descripción de la sesión:

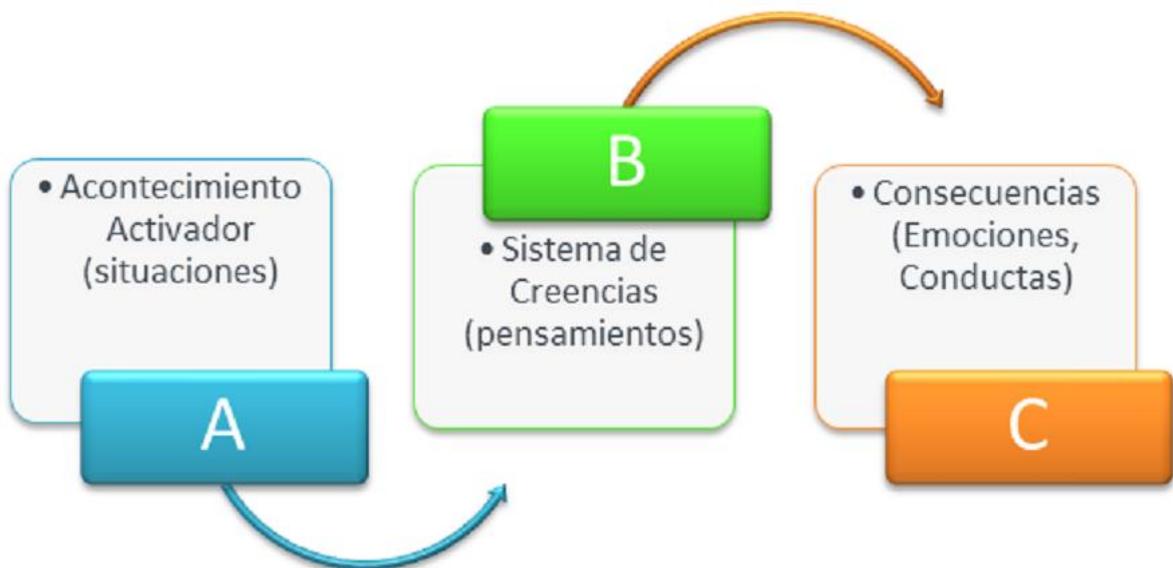
T: Buenas tardes. ¿Cómo le ha ido estas semanas?

P: Buenas tardes doctor, me ha ido muy bien con el ejercicio de relajación imaginaria.

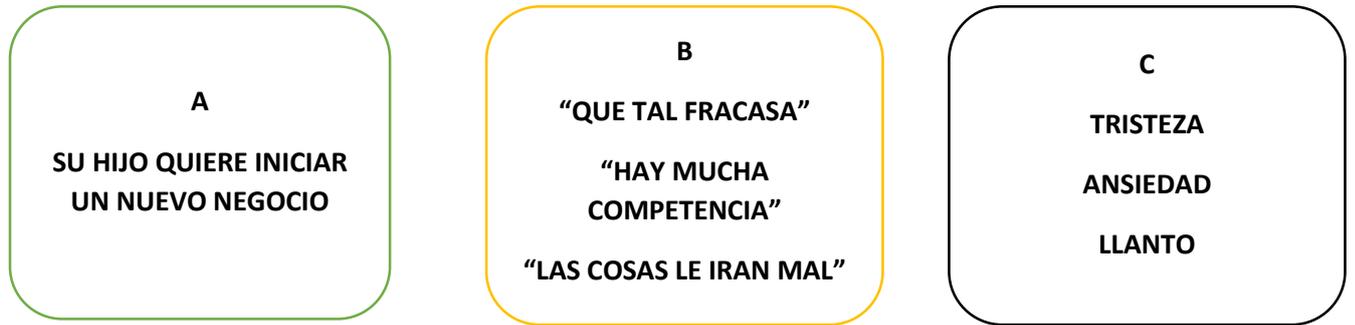
T: Muy bien, me parece bueno escuchar eso. El día de hoy nuestro objetivo es que puedas aprender sobre este esquema que se llama ABC y qué relación tienen.

P: Esta bien doctor.

T: Vas a mirar por aquí este cuadro que te hemos traído



A continuación, se realiza un ejemplo con algunos sucesos de la paciente con la finalidad de que pueda entender sobre la relación que existe entre pensamiento emoción y conductas. Es importante mencionar que la paciente pudo comprender sobre dicha relación.



T: Dime, ¿tiene alguna duda?

P: No doctora ninguna, ahora he entendido mucho mejor las cosas que me sucede, son por la interpretación que yo hago de las cosas y no por las situaciones

T: Exacto, entonces vamos por aquí para sacar otra cita.

P: Esta bien doctor.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN # 7: 26 de Setiembre del 2018

Objetivo de la sesión

- Lograr que la paciente pueda identificar que las situaciones no son los causantes de las perturbaciones emocionales sino las creencias o pensamientos irracionales.

Técnicas

- Dialogo expositivo.
- ABC.

- Retroalimentación.

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes señora, ¿Cómo está usted?

P: Bien doctor, la otra vez no pude asistir porque me fui de viaje al norte.

T: ¡Qué bueno! ¿Cómo le fue?

P: Pude relajarme mucho durante ese tiempo.

T: Pudiste realizar tus técnicas de relajación, me agradecería que podamos hacer dicha técnica en este momento para poder reforzarlo.

La paciente mostró apertura para poder realizar la técnica, el terapeuta midió las pulsaciones y la paciente midió las USAS, se pudo evidenciar un adecuado desarrollo de dicho ejercicio.

T: Entonces podemos identificar que esas técnicas son eficientes para ti, me da mucho gusto. Continuando el proceso psicoterapéutico el día de hoy trabajaremos la técnica del ABC ¿Te parece bien?

P: Si doctor me parece muy bien.

T: Es importante considerar que las situaciones no son los que nos causan perturbación sino las forma que interpretamos esos hechos, es importante considerar que en ocasiones tenemos pensamientos inflexibles lo cual nos generar emociones irracionales, es importante identificar las emociones que experimentamos. Ahora Rusmery me puedes alguna situación que te haya generado algún malestar.

A	B	C
		

P: Si doctor, la semana pasada mi hijo me saludo sin darme un abrazo o un beso, eso provocó que estuviera triste todo el día.

T: Muy bien, entonces que su hijo no te saludó con un abrazo o un beso lo ponemos en una situación. ¿Qué pensaste en ese momento?

P: Pensé que mi hijo ya no me quería.

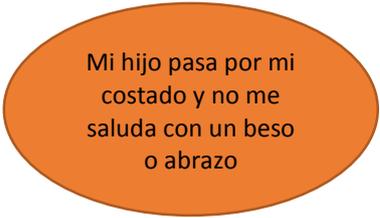
T: Entonces eso lo pondremos en B que son los pensamientos, ¿Esto cómo te hizo sentir?

P: Me hizo sentir triste.

T: ¿Cómo es esa tristeza?

P: Lloré en mi cuarto.

T: Entonces esa tristeza y el llanto lo pondremos en C que son las emociones y conductas.

A	B	C
 <p data-bbox="316 376 536 502">Mi hijo pasa por mi costado y no me saluda con un beso o abrazo</p>	 <p data-bbox="735 369 940 564">Mi hijo ya no me quiere Él tendría que saludarme con beso y abrazo</p>	 <p data-bbox="1214 404 1318 492">Tristeza. Llanto</p>

T: Su hijo en algún momento te dijo que no te quería.

P: No doctor, nunca me lo dijo.

T: Entonces ¿por qué dices que no te quiere?

P: Mmmm..., pero él me tiene que saludar con un beso y con un abrazo.

T: Por qué tiene que saludarte con un beso y con un abrazo.

P: Porque es mi hijo.

T: El hecho de que sea tu hijo, tiene la obligación de que te salude con besos y abrazos.

P: Si porque es una muestra de cariño.

T: Entonces si no te da besos ni abrazos significa que no te quiere.

P: Mmmm, tiene razón doctor, mi hijo tiene formas de manifestar cariño y no necesariamente con besos y abrazos. Yo pienso que no me quiere por no darme besos o abrazos y no es así, estoy segura que él me quiere.

T: Tenemos que tener en cuenta que la manera en la cual estás pensando es poco flexible porque lo que me dices son absolutismos, es decir que él tiene sí o sí que saludarte con besos y con abrazos. Entonces tenemos que aprender algunas palabras mágicas.



P: Tiene razón doctor, yo digo que las cosas tienen que ser sí o sí, pero si pensaría de esta manera mi tristeza y mi ansiedad disminuiría.

T: Exacto, es importante tener pensamientos flexibles para tener emociones racionales, entonces trabajaremos de esta manera, las situaciones no las podemos cambiar, pero sí la forma de pensar. Entonces para la siguiente sesión quiero que tengas situaciones que te generen malestar.

P: Si doctor, me parece bien.

T: Bien, entonces vamos a sacar la siguiente cita

Conclusión

- Se cumplieron los objetivos planteados

SESIÓN #8: 16 de octubre del 2019**Objetivos de la sesión**

- Realizar una retroalimentación de las sesiones anteriores.
- Debatir las creencias irracionales y modificarlos por pensamientos más flexibles para generar mayor bienestar emocional

Técnicas

- Cuadro ABC.
- Psicoeducación.
- Reestructuración Cognitiva.

Descripción de la sesión

T: Bienvenida, ¿Cómo ha estado? La anterior cita no lograste llegar, estaba llamando a tu número, pero sonaba apagado.

P: Hola Doctor, si lo que pasa es que había botado algunas citas pasadas que tenía en mi mica y creo que boté la cita que paso y no sabía cuándo me tocaba (risas)

T: No se preocupes señora Rusmery, nos podemos equivocar porque somos personas falibles, recuerdas lo que estábamos haciendo la semana pasada.

P: Si doctor, estábamos hablando sobre el cuadro ABC y como nuestros pensamientos influyen en nuestro entorno, quería decirte que me siento muy bien en todo este tiempo, ya no tengo tantos pensamientos tan rígidos que me generan malestar sin embargo me algunas cosas, pero trato de aplicar todo lo que estoy aprendiendo y me va muy bien.

T: Muy bien, me alegra escuchar eso es muy importante tomar en cuenta que no solo consiste en decirlo sino también en sentirlo, pero me alegra ver que vas muy bien. El día de hoy usted me ayudará a modificar algunos pensamientos rígidos que tengo. Vamos con el cuadro.



P: Si Doctor, recuerdo muy bien que A es la situación, B es los pensamientos o creencias y C es la conducta y emoción.

T: Bien, lo tenemos claro.

P: Si, trato de repasar constantemente los que aprendo en todas las sesiones.

A
Me saqué una mala nota
en mi examen.

B
"Nunca me voy a graduar"
"Soy el peor psicólogo del
mundo"
"Nunca me graduaré"

C
Triste.
Ya no quiero estudiar.
Ansiedad.

T: Desearía que me ayude por favor, a cambiar esos pensamientos tan rígidos que tengo.

P: Esta bien, por el hecho de que saques una mala nota no te hace el peor psicólogo, además una nota no define todas las cualidades positivas que tienes, también por el hecho de sacarte una mala nota no significa que no te graduaras porque hay más notas que puedes recuperar si estudias más.

T: Pero yo quiero ser el mejor psicólogo.

P: Eso significa que quieres ser un psicólogo perfecto. No existe un psicólogo perfecto, además recuerda que somos personas falibles.

T: Tienes razón, es muy importante considerar eso, somos personas falibles. Te felicito, porque debatiste algunas ideas que tenía. Desearía que siga practicando esta filosofía de la vida ya que en distintas situaciones te ayudará.

P: Si Doctor trataré de seguir practicando.

Conclusiones

- Se cumplieron los objetivos planteados

SESIÓN #9: 24 de octubre de 2018

Objetivo de la sesión

- Alcanzar que la paciente se centre en modificar sus pensamientos irracionales por pensamientos más flexibles, objetivos y racionales, a través de la técnica emotiva de Imaginación Racional Emotiva.

Técnicas

- Dialogo expositivo.
- Imaginación Racional Emotiva.
- Retroalimentación.
- Tareas para la casa.

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes señora Rusmery, ¿Cómo ha estado estos días que no nos hemos visto?

P: Bien Doctor, me encuentro mejor al saber que ya estoy detectando pensamientos poco flexibles.

T: Muy bien, entonces es importante considerar que ya te estás dando cuenta de esos pensamientos poco flexibles que nos causan perturbación.

P: Sí Doctor, creo que ya estoy entrenada (risas).

T: Bien, lo que haremos es la técnica de la Imaginación Racional Emotiva.

P: Así como la técnica de relajación imaginaria.

T: No exactamente, esta técnica consiste en imaginar situaciones que nos hayan hecho generar mucho malestar o incomodidad. Es importante tomar en cuenta que tengamos una situación exacta. Me puedes decir alguna situación que te haya generado incomodidad o malestar.

P: Si doctor hace poco tiempo tuve una discusión con mi esposo que me causo una emoción irracional que es la ira, en ese momento los dos estábamos lavando los servicios

de la cocina, en ese instante mi esposo vio un utensilio que no correspondía al lugar y empezó a reclamar de una manera inapropiada diciendo “Ese no es su lugar, todo está desordenado en esta casa, no pueden tener las cosas ordenadas, es increíble que uno no puede encontrar tranquilidad acá”. Doctor solo quería que se quede callado porque no podía soportar.

T: ¿En verdad no podías soportarlo?

P: Disculpe doctor, era incomodo escucharlo, pero me generaba mucha incomodidad, solo quería que se quede callado, en ese momento de cólera hice un movimiento extraño que hizo que se cayera mi bandeja preferida, por lo que me fui a mi cuarto a llorar porque me dolía la cabeza.

T: Bien, en primer lugar, entiendo que pudo haber sido difícil esa situación, pero no significa que sea insoportable.

P: Tiene razón Doctor, son hechos que son incomodos, pero no insoportables.

T: Exacto, ahora el día de hoy trabajaremos esa situación que fue incomoda, sin embargo, te hizo sentir una emoción irracional que es la ira. ¿Verdad?

P: Así es Doctor.

T: Me gustaría que se pongas cómoda, en una posición en la cual puedas imaginar estos hechos que te generaron esta emoción.

(La paciente cerró los ojos, se sentó de una postura rígida)

T: Desearía que recuerdes ese hecho que te generó malestar, desearía que recuerdes cuando estabas en tu cocina y tu esposo empezó a gritarte de manera descontrolada, desearía que te concentres en lo que pensaste cuando tu esposo gritaba. Ahora me gustaría que por tu propia cuenta salgas de esa situación.

(La paciente se quedó en la misma posición durante 5 minutos, después abrió los ojos)

P: Me acabo de dar cuenta que lo que dice mi esposo no es cierto, cuando él dice que siempre todo está desordenado en realidad no es así porque siempre tengo las cosas ordenadas, además la tranquilidad que mi esposo busca no lo tiene que encontrar en mí, me gustaría que él encuentre su tranquilidad. Así también me encontraba triste por mi bandeja, pero me doy cuenta que no es la única bandeja.

T: Exacto, me da gusto que se haya dado cuenta de esos detalles. Seguiremos trabajando esta técnica. Te parece si sacamos la siguiente cita.

P: Bien doctor, está bien.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados.

Fecha: 27/11/18

SESIÓN # 10: 27 de noviembre de 2018

Objetivo de la sesión

- Lograr que la paciente pueda dominar la técnica de Imaginación Racional Emotiva para poder comprobar algunas creencias irracionales.

Técnicas

- Dialogo expositivo.
- Imaginación Racional Emotiva.
- Retroalimentación.

Descripción de la sesión

T: Hola señora Rusmery, ¿Cómo ha estado?

P: Bien doctor, estos días estaba un poco ocupada con algunos pendientes de mi casa, pero aquí estamos nuevamente para poder continuar con la terapia.

T: Se nota que usted ha estado tensa estos días, vamos a relajarnos un poco para poder continuar las siguientes técnicas

La paciente midió sus USAS y el terapeuta identificó las pulsaciones, después se realizó la técnica de relajación

T: Ahora que está más calmada, recuerdas lo que hicimos la sesión anterior

P: Si doctor utilizamos la imaginación para poder salir de algunos problemas o dificultades que tenía, así también se puede comprobar una serie de creencias irracionales.

T: Exactamente, utilizamos la técnica imaginación racional emotiva, recuerdas que anteriormente utilizamos el conflicto que te sucedió con tu esposo.

P: Claro, donde me di cuenta que todo lo que él decía no era cierto, además que por romper una bandeja no significaba que era la última sino existía más.

T: Entonces si lo recuerdas señora Rusmery, entonces hoy día lo realizaremos nuevamente. En estos días haz pasado por una situación que te haya generado algún malestar.

P: Sí doctor, la semana pasada recibí una llamada cuando estaba en mi cuarto. Estaba tejiendo una pequeña chompa da lana, en ese momento estaba con mi esposo conversando sobre algunos gastos de la casa. La llamada era de la enamorada de mi hijo Gustavo en la

cual me reclamaba sobre los conflictos que tenían como pareja, en ese momento me sentí incomoda por lo que lloré automáticamente ya que lo llenaba de calificativos muy feos que no podía soportarlos más como: egoísta, personalista, solo piensa en su bienestar y no le importa el resto.

T: Entiendo, entonces trabajaremos esa situación. Me agradecería que te pongas en dicha situación, deseo que te traslades a dicho evento si deseas cierras los ojos. Quiero que te traslades a ese momento donde te encontrabas tejiendo y recibiste una llamada de la enamorada de tu hijo, recuerda todo lo que te dijo, todos los calificativos. Ahora me gustaría que salgas de ese problema. Después de salir de ese problema me dices cómo pudiste salir de dicha dificultad.

Paciente se queda con los ojos cerrados durante 4 minutos.

P: Doctor, me acabo de dar cuenta de algo. En primer lugar, el hecho que le digan groserías a mi hijo no significa que no lo soportaría, es cierto que me incomoda. Segundo analizando de mejor manera, todos los calificativos que dice su enamorada no son ciertos ya que mi hijo tiene buenas cualidades que lo describen, dentro de ellos está la bondad y la solidaridad.

T: ¡Exacto! Y ahora como te siente.

P: Mejor porque lo que dicen otras personas de mis familiares no necesariamente es cierto.

T: Bien, seguimos descubriendo que el pensamiento está relacionado con nuestras emociones y conductas.

P: Esta Bien Doctor.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados

SESIÓN #11: 04 de diciembre del 2018**Objetivo de la sesión**

- Lograr que la paciente pueda comprobar en su vida cotidiana las distorsiones cognitivas que tiene.

Técnicas

- Dialogo expositivo.
- Psicoeducación.
- Experimento conductual.
- Reforzar la sesión anterior.

Descripción de la sesión

T: Buena tardes señora Rusmary felicidades por su puntualidad, en la sesión anterior pudimos hablar sobre la Imaginación Racional Emotiva, me podría comentar como le está yendo con respecto a dichos ejercicios que le ayudan a tener mayor conciencia de las creencias

P: Bien doctor, durante todo este tiempo he comprendido sobre la función de las creencias. Anteriormente me perturbaba por muchas situaciones, el hecho de imaginar una serie de acontecimientos me ayuda a enfrentar de manera racional, le comento que, hay muchas situaciones incómodas como cuando mi hijo se va de viaje y todavía tengo temor, sin embargo, puedo pensar de forma distinta para que no me sienta mal.

T: Usted me comenta que hay muchas situaciones que le genera malestar, cree que esta técnica de imaginar le ha generado mayor estabilidad emocional.

P: Así es doctor, en ocasiones hago el ejercicio de imaginar situaciones pasadas y las resuelvo de esta manera, ahora como se dice coloquialmente ya no me hago un mundo frente a un problema porque lo estoy canalizando de mejor manera.

T: Se puede dar cuenta de la importancia de practicar las técnicas que trabajamos, es muy bueno saber que está generando mayores estrategias para enfrentar muchas situaciones, así también es fundamental seguir practicando.

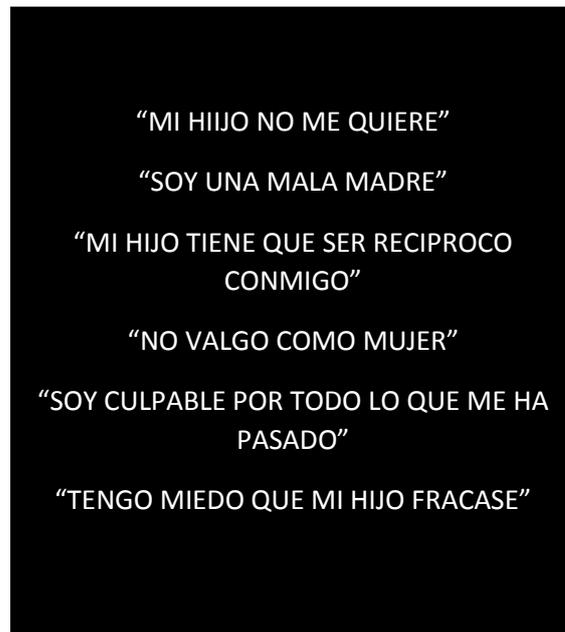
Bien, hoy haremos un ejercicio para seguir buscando tener mayor estabilidad emocional. Una de las maneras de corroborar una creencia es comprobando si es cierto o no, eso es en lo que consiste esta técnica, estamos hablando del experimento conductual. Esta técnica nos ayuda a verificar si nuestra creencia es cierta o no, pero antes de aplicarlo tenemos que prepararnos ya que no solo consiste en preguntar sino también tener todas las herramientas necesarias para recibir respuestas. Nosotros hemos trabajado la reestructuración cognitiva, esa técnica será muy fundamental, recuerdas el ABC que también lo utilizamos en la Imaginación Racional Emotiva.

P: Si doctor.

T: Entonces me agradecería que hagamos una lista de creencias Irracionales que teníamos. A continuación, le explicaré sobre el experimento conductual. Es una manera de comprobar una serie de creencias irracionales. Recuerda que hablamos mucho de ese tipo de pensamientos que son poco flexibles y nos generan mucho malestar.

P: Si doctor esas creencias que debatimos y modificamos.

Se escribieron las creencias irracionales en un papelote para poder explicarle como tenemos que aplicar la técnica, cabe mencionar que se realizó un cuestionario para poder sacar toda la información necesaria.



T: En este papelote le mostraré creencias irracionales y me agradecería que corrobore dichos pensamientos en tu vida cotidiana, a continuación, haremos un cuestionario que me gustaría que lo escriba para que no se olvide.

- ¿Soy una mala madre?
- ¿Me quieres?
- ¿Crees que soy una buena mujer?
- ¿Hijo, eres un fracasado?

- ¿Qué hice yo para considerarme culpable de los hechos pasados?
- ¿Hijo tiene que devolverme todo lo que estudiaste porque es justo?

Es importante que tenga en consideración muchas cosas, por ejemplo, puede recibir noticias negativas por lo cual tiene que estar preparada para poder asimilar muchas situaciones, usted sabe que hay muchas situaciones que no son ciertas, usted sabe que hemos debatido una serie de creencias irracionales. Es importante que se tome el tiempo necesario para cada persona que preguntara, además preste mucha atención a las respuestas que le dan porque para la siguiente sesión me las tiene que manifestar.

P: Es verdad doctor, puedo recibir respuestas negativas, sin embargo, no necesariamente puede ser verdad, estaré lo más dispuesta posible para enfrentar una serie de dificultades, además puedo reestructura esas ideas porque eso me ayuda a identificar respuestas más flexibles.

T: Exacto, me gusta la idea de que muestre apertura para una serie de respuestas, me agradaría que corrobore estas respuestas con todas las personas que desee, si es posible con las personas quien interactúa frecuentemente. Cabe resaltar que si no puede hacerlo de manera presencial lo puede realizar vía teléfono ya que me había comentado que su hijo viaja constantemente al norte por trabajo

SESIÓN # 12: 11 de diciembre del 2018

Objetivo de la sesión

- Repasar con la paciente sobre la técnica de experimento conductual
- Analizar las creencias irracionales de la paciente.

Técnicas

- Dialogo expositivo.
- Retroalimentación.
- Experimento conductual

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes y bienvenida, quisiera saber cómo le ha ido durante la semana, recuerde que le he dejado una tarea, corroborar las creencias con su entorno, es importante mencionarle que debemos cumplir con las tareas designadas ya que nos hace más fácil el proceso terapéutico.

P: Bien doctor, le comento que hice la tarea, los anote y me lleve una serie de sorpresas ya que me dieron respuestas muy agradables, eso me tiene muy tranquila.

T: Me podría mostrar la tarea designada para poder analizar las respuestas que pudo haber encontrado por favor.

P: Bien, le comento que al inicio fue muy difícil acercarme a mis familiares con mi encuesta para poder cumplir las tareas, lo primero que hice fue acercarme a mi hijo para preguntarle sobre las diferentes situaciones. Cuando le pregunte si me quería, él me respondió que me amaba y que hice un gran trabajo para sacarlo profesional, siempre estaría agradecido conmigo porque mi esfuerzo fue constante.

T: ¿Cómo pensaba usted anteriormente sobre esa creencia?

P: Yo pensaba que nadie me quería, que todos estaban en contra de mí

T: Se da cuenta de lo equivocada que estaba, ahora podemos darnos cuenta que eso fue una creencia irracional.

P: Sí doctor, con respecto a la siguiente pregunta, le dije a mi hijo si valía como mujer, él puso su cara de sorprendido y me dijo que era una mejer luchadora, que se preocupa por el prójimo, soy una persona llena de buenas intenciones.

T: Usted como pensaba antes de eso.

P: Yo sentía que no valía como mujer, que todo lo que me pasaba era porque supuestamente era una persona mala. Por otro lado, le pregunte si se consideraba un fracasado porque yo sentía que le iba a ir mal en todos sus proyectos. Él me respondió que se siente una persona muy capaz, el hecho de estudiar y terminar a carrera de ingeniería civil lo hice autosuficiente, puede cumplir grandes responsabilidades a su corta edad.

T: Usted como pensaba antes

P: Que mi hijo era incompetente, que las decisiones que tome le irían mal, mucho tiempo no he creído en las capacidades de mi hijo por lo que me genera mucha tristeza el hecho de no darle la confianza suficiente. Finalmente le pregunte si tenía que ser reciproco conmigo, él me respondió que era justo, por lo que me puse a pensar en lo siguiente. No es necesario que él sea reciproco conmigo, si desea hacerlo sería bueno y si no también, porque uno hace sus cosas con el corazón y no por esperar algo a cambio además si en algún momento no me devuelve todo lo que invertí en sus estudios tampoco quiero quedarme con la esperanza de que lo haga.

T: Ahora me podría decir como pensaba antes usted.

P: Yo sentía que él tenía que devolverme todo mi esfuerzo. Necesitaba que me devuelva hasta el último todo el esfuerzo que hice, sin embargo, me doy cuenta que no era saludable pensar así.

Por otro lado, le pregunte a mi esposo si era una buena mujer y él a pesar que es un poco serio me dijo que era una buena mujer por todo lo que había hecho por sus hijos, me dijo que soy una buena madre. Hasta me pidió disculpas por las malas cosas que pasamos, luego les hice a mis otros hijos las mismas preguntas sobre el aprecio que tenían por mí, ellos respondieron que me amaban, que era importante para ellos, durante mucho tiempo creía que nadie me apoyaba o que nadie me quería, pero me agrada decir que estaba equivocada.

T: Ahora, me gustaría que me haga una pregunta sobre una creencia irracional que no pregunto a ningún familiar.

P: ¿Qué hice yo para considerarme culpable de los hechos pasados?

T: Le planteare otra pregunta, ¿usted qué hizo para considerarse culpable por los hechos pasados? Usted coqueteo al señor para que la toque, usted se insinuó al señor para que la toque, o usted le dijo al señor que la toque

P: No doctor, yo no hice nada de eso.

T: entonces por qué se siente culpable, usted no hizo nada de eso. Fue un impulso cobarde del señor es una conducta inadecuada que hizo él, no usted por eso me agradaría que reflexione sobre ese acontecimiento.

P: Antes me sentía culpable por lo que paso, sin embargo, tiene razón, yo no hice nada para que el señor haga ese acto cobarde.

T: Así es, entonces me agrada el hecho que sea más flexible con usted, el hecho de ser más flexible le generara mayor estabilidad emocional. Así también me gustaría que siga preguntado a todas las personas que encuentra las mismas preguntas para que sigan corroborando que estaba equivocada por mucho tiempo. Es importante mencionar que si

encuentra una respuesta negativa como “Usted es una mala madre, es una mala mujer” se ponga a debatir esas creencias

P: Entendido doctor, porque no es necesario creer todo lo que me dicen.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN # 13: 18 de diciembre del 2019

Objetivo de la sesión

- Retroalimentar de la sesión anterior
- Explicar la técnica de solución de problemas.

Técnicas

- Diálogo explicativo.
- Retroalimentar la sesión anterior
- Escucha activa.
- Solución de problema.

Descripción de la sesión

Se inició la sesión reforzando la puntualidad y el compromiso de la paciente durante todo el desarrollo de las sesiones, así también se le recordó la importancia de continuar con la intervención psicoterapéutica. Por otro lado, se le preguntó si había practicado la técnica anterior para poder corroborar creencias irracionales. Posteriormente se le explicó sobre la técnica de solución de problemas.

T: Buenas tardes señora Rusmery ¿cómo ha estado?

P: Bien doctor

T: Recuerdas que en la técnica de experimento conductual pudimos corroborar muchas creencias distorsionadas, como te va con dicha técnica. ¿Ha podido corroborar con otras personas las diversas creencias irracionales?

P: Muy bien, cada día me doy dando cuenta que soy yo quien crea hipótesis erróneas, pero yo las creía verdaderas, en esta semana pude preguntarles a mis hermanas las diversas preguntas, como si era una mala madre, o no valía como mujer. Ellas me respondieron de manera positiva, me mencionaron que era una persona muy buena, que tenía muchas virtudes, esas virtudes me definen como una persona noble. Pude escuchar muchas respuestas buenas

T: Exacto, en ocasiones somos nosotros mismos que creamos situaciones que no son verdaderas y eso nos genera malestar emocional, me agrada que hayas podido identificar dichos aspectos por mejorar. Le comento que ya estamos en las últimas etapas de la intervención, quiero felicitarla por su puntualidad y compromiso con este proceso que es muy importante. Cabe mencionar que después viene el proceso de seguimiento y seré yo el responsable de darte de alta.

P: Siento que he mejorado mucho, gracias a la intervención farmacológica y la de usted. Muchas gracias por mostrarse comprensivo con mis dificultades.

T: Estamos para ayudarla y encontrar una estabilidad emocional. Bien, continuando con el proceso el día de hoy haremos la técnica de solución de problemas. Esta técnica nos ayudara a enfrentar las diversas dificultades del día a día, es importante mencionar que

enfrentar los problemas es una forma saludable de generar bienestar, evitar dichas dificultades refuerzan conductas inadecuadas. A continuación, vamos a ver el siguiente gráfico, que nos permitirá identificar como podemos enfrentar un problema de manera saludable.

Es importante mencionar que todas las personas estamos sujetas a vivir problemas, esto no se puede evitar ya que es parte de la vida, sin embargo, podemos entrenarnos para poder mejorar nuestras herramientas frente a estas situaciones.



Se explicó a la paciente sobre los diversos partes de la técnica de solución de problemas y la importancia de tomarnos el tiempo para solucionar conflictos que generar malestar en las personas. A continuación, se plasmó la técnica en un ejemplo de su vida cotidiana.

T: Usted me comento que tuvo una discusión con su esposo hace un tiempo atrás.

P: Si doctor, se molestó en la cocina porque estaba un poco desordenado en donde me fui corriendo a llorar a mi cuarto porque me irritaba que grité mucho.

T: Hagamos un cuadro identificando las partes de dicha técnica. Es importante que trabajemos juntos para que se pueda aplicar en nuestra vida cotidiana, debe de tener en cuenta que esta técnica se puede realizar frente a cualquier situación de conflicto.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados

SESIÓN #14: 21 de diciembre del 2019

Objetivo de la sesión

- Retroalimentación de la sesión anterior
- Revisar la sesión anterior

Técnicas

- Diálogo explicativo
- Solución de problemas
- Psicoeducación

Descripción de la sesión.

Se inició la sesión saludando a la paciente y se le preguntó sobre la tarea designada en la sesión anterior. Así también se le reforzó que tiene que seguir aplicando cada técnica que se le enseñó en el transcurso del tratamiento.

T: Buenas tardes Rusmery pudiste aplicar la solución que hicimos en la sesión anterior.

P: Buenas tarde doctor, le comento que, si pude aplicar dicha técnica, pero no con mi esposo sino con mi sobrino que llevo de España. Le cometo que antes de entrar a tratamiento me preocupaba mucho por cosas que sucederán en el futuro, resulta que me avisaron a último momento que mi sobrino llegaría a Lima en esta semana. Al inicio me preocupe un poco porque pensé que se perdería o que lo asalten. Sin embargo, sola, pude darme cuenta que es un mayor de edad, no es ningún bebé, tampoco es una persona indefensa porque mi sobrino es alto y fornido entonces me calmé. Posteriormente aplique mi técnica de solución de problemas

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	ANALIZAR EL PROBLEMA	EVALUAR LAS ALTERNATIVAS	ELEGIR LAS ALTERNATIVAS	APLICAR LA DECISIÓN
Mi sobrino llega de España ¿En realidad es un problema?	Creo que es una alegría porque llegará mi sobrino después de mucho tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Decirle a mi esposo que me lleve al aeropuerto porque tiene carro. • Pedirle un taxi seguro. 	Decirle a mi esposo que me lleve al aeropuerto porque tiene carro	Le dije a mi esposo que me lleve al aeropuerto y lo recogimos, luego nos fuimos a la casa. No hubo necesidad de buscarlo porque lo esperamos en vuelos internacionales.

T: Perfecto, usted se está dando cuenta de la importancia de analizar un problema. Me parece una buena decisión.

P: Si doctor, es importante tener en consideración tener la estabilidad emocional y calma necesaria para poder transmitirlo a nuestras decisiones.

T: Es importante agregar que las dificultades se generan por nuestra forma de pensar, entonces recordemos que los pensamientos son los que nos perturban y no los actos que pasan, así también quiero decirte que la solución de problemas es una manera de reducir estrés. Me gustaría que practiquemos mucho esta técnica para poder enfrentar algunas dificultades.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados

SESIÓN # 15: 26 de diciembre del 2019

Objetivo de la sesión

- Retroalimentar la sesión anterior
- Identificar el estilo de comunicación que tiene la paciente, asimismo realizar la explicación del estilo de comunicación asertivo, pasivo o agresivo.

Técnicas

- Diálogo explicativo
- Habilidades sociales
- Tipos de comunicación
- Psicoeducación

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes, felicidades porque llegó temprano, ¿cómo paso las fiestas navideñas?

P: Buenas tardes doctor, le comento que fueron unas fiestas muy especiales ya que estaba con toda mi familia, no tuve ninguna dificultad con respecto a mi ansiedad, recordé mucho las técnicas que me dijo como la solución de problemas.

T: Que bueno me podría decir como utilizo la técnica de solución de problemas estos días, le parece si hacemos el cuadro nuevamente, mientras me explica como utilizo dicha técnica.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	ANALIZAR EL PROBLEMA	EVALUAR LAS ALTERNATIVAS	ELEGIR LAS ALTERNATIVAS	APLICAR LA DECISIÓN
Durante la cena de navidad sentía que la sal de la comida se había pasado	Me pregunte si en realidad sería un problema, por lo que trate de calmarme	Hacer otra comida y botar la anterior Pedir un delivery con otra comida. Preguntarle a mi esposo que me diga si este salado	Preguntarle a mi esposo sobre la comida.	Le pregunte a mi esposo si la comida estaba salada.

				<p>Recibí una respuesta negativa, Me dijo que estaba agradable.</p>
--	--	--	--	---

T: Me parece muy agradable que haya utilizado bien esa técnica, recuerde que cuando se presentan situaciones difíciles somos nosotros quienes nos hacemos problemas con nuestros pensamientos, si sabe hacer la diferencia entre lo racional e irracional. Quiero decirle que muchas veces los pensamientos nos hacen sentir peor si no sabemos manejarlos. Lo está haciendo muy bien Rosmery, el día de hoy hablaremos de algo muy interesante. ¿Usted ha escuchado de los tipos de comunicación?

P: No doctor, solo sé que la comunicación es cuando dos personas hablan.

T: Claro la comunicación realiza una función muy importante en los seres humanos, pero ahora hablaremos de los tipos de comunicación le comento que en el siguiente gráfico le explicare. La comunicación pasiva es la que está relacionada a la persona que no expresa necesidades, posturas ni opiniones. Que normalmente está de acuerdo con los otros, aunque vaya en contra de sus propias creencias, por otro lado, la comunicación asertiva es la relacionada con aquella persona que expresa sus necesidades, deseos y opiniones. Toma postura en situaciones y trata de entender a la otra persona antes de manifestar sus

propios sentimientos, finalmente la comunicación agresiva es aquella que se relaciona con la persona que expresa necesidades, deseos u opiniones hostilmente. Normalmente trata de imponer sus formas de pensar a los demás e ignora todo sentimiento o postura que sea contraria a él o ella.

ESTILO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO	ESTILO PASIVO
<p>•Conducta verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Directa –Firme <p>•Conducta no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Contacto ocular directo –Gestos firmes –Postura relajada –Voz sin vacilación <p>•Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Defiende sus derechos –Esta relajado y satisfecho –Resuelve problemas 	<p>•Conducta verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Impositiva –Interrumpe a los demás <p>•Conducta no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Mirada fija –Gestos amenazantes –Postura hacia delante –Volumen de voz elevado <p>•Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Viola derechos de otros –Crea tensión –Conflictos interpersonales 	<p>•Conducta verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Vacilante –Cortada <p>•Conducta no verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Rehúye la mirada –Movimientos nerviosos –Postura recogida –Volumen inaudible <p>•Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> –No defiende sus derechos –Pierde oportunidades –Conflictos interpersonales

P:

T: Tiene alguna pregunta

P: Ninguna doctora, todo está claro

T: Muy bien, como usted puede haber escuchado, la comunicación asertiva es el mejor estilo que podemos tener ya que mostramos mucha empatía y comprensión con otras personas, también nos ayuda a tener buenas relaciones interpersonales. Ahora me agradecería que usted me pueda decir que tipo de comunicación posee.

P: Bien doctor, normalmente yo respondo de manera agresiva ya que muchas veces he reaccionado de una manera inadecuada.

T: Le parece si hacemos un cuadro para poner ejemplos de su vida cotidiana y darnos cuenta que podemos reaccionar de mejor manera.

P: Esta bien.

SITUACIÓN	COMUNICACIÓN AGRESIVA	COMUNICACIÓN PASIVA
Cuando mi hijo quería iniciar un nuevo proyecto.	“Vas a fracasar, no te das cuenta que si arriesgas muchas cosas te vas a quedar sin nada, parece que eres un tonto”	“Me agrada que empieces un nuevo negocio, me gustaría que analices muy bien los pros y los contras, sabes que tienes mi apoyo”
Cuando su hermano menor metió a otra esposa a la casa de su mama	“Eres un inútil, poco hombre, que no sabe respetar la casa ajena, ni siquiera te importa que mi mamá esta anciana, te debes morir”	“Me parece que puedes buscar otra casa donde vivir porque no me parece agradable que venga otra persona a la casa, te parece si buscamos una solución para no incomodar”
Cuando su esposo le dijo que no le ayudaría en los gastos económicos	“Ojalá nunca te hubiera conocido, eres un irresponsable, un mal padre, no sabes hacer nada en esta vida”	“Me gustaría que busquemos una solución los dos por favor ya que son los objetivos de mis hijos y tenemos una responsabilidad, podemos

para la educación de su hijo		buscar opciones de generar dinero”
------------------------------	--	------------------------------------

T: Como usted puede notar, hay una gran diferencia para comunicarnos, el estilo asertivo es un tipo de comunicación adecuado, en ocasiones no genera conflictos porque es una forma inteligente de buscar soluciones.

P: Si doctor, me parece haber tenido muchas dificultades para expresarme.

T: Pero podemos reaprender nuevas cosas, y depende de usted mejorar dichas dificultades. Me agradecería que en su cuaderno de terapia apunte los estilos de comunicación agresivos para después reemplazarlos por asertivos.

P: Esta bien doctor.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados

SESIÓN #16: 02 de enero del 2019

Objetivo de la sesión

- Retroalimentar la sesión anterior
- Reforzar estilos de comunicación asertivos en la paciente como parte de un estilo de comunicación adecuado.

Técnicas

- Diálogo explicativo

- Habilidades sociales
- Tipos de comunicación
- Psicoeducación

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes, bienvenida al servicio en este nuevo año, ¿Cómo ha estado?

P: Bien doctor nuestra última cita fue el año pasado (risas)

T: Parece que fue mucho tiempo, pero no. Continuando con el proceso psicológico me gustaría preguntarle sobre la sesión anterior, si recuerda lo que trabajamos o si me puede decir lo que hicimos, así también me podría decir si realizo la actividad encomendada. Le parece si saca su cuaderno de apuntes para ponerlo en la pizarra.

P: Si doctor hablamos de la comunicación, estos son los acontecimientos que pasaron en mi vida, le comento que fui más inteligente para responder.

T: Vamos a ver como hizo la actividad, así también es importante que me diga un antes y un después de reaccionar a una situación

P: Este bien

SITUACIÓN	COMUNICACIÓN ASERTIVA	¿CÓMO HUBIERA REACCIONADO ANTES?
-----------	--------------------------	---

<p>Mi esposo dijo que la comida para recibir el año nuevo estaba salada</p>	<p>“Creo que se me paso un poco la sal, sin embargo, todos podemos cometer errores, me gustaría que disfrutemos de esta noche”</p>	<p>“Entonces si no quieres comer, no comas, toda la vida eres un imprudente para hacer comentarios”</p>
<p>Mi hermano no cenó, llego a la casa donde todos estábamos compartiendo y se metió a su cuarto</p>	<p>Toque su puerta, él lo abrió y le dije:” Me gustaría que compartas estas fiestas con tu familia, y discúlpame si en algún momento te he faltado el respeto”</p> <p>Mi hermano me abrazo y también me podio disculpas</p>	<p>“Ni siquiera en fiestas puedes compartir con nosotros, parece que no eres de esta familia eres lo peor”</p>
<p>Mi esposo se emborrachó durante la fiesta de año nuevo</p>	<p>Al día siguiente le dije “Me hubiera gustado que te controles, si bien es cierto son fiestas no</p>	<p>“Eres un borracho, bueno para nada, me das vergüenza ajena”</p>

	debemos exagerar en tomar así”	
--	-----------------------------------	--

T: Usted me dio un antes y un después, se puede dar cuenta que puede ser mejor expresarnos de manera asertiva, como se puede dar cuenta hay muchas situaciones o conflictos que se pueden generar por contestar de una manera inadecuada. Me agrada saber que usted se está tomando el tiempo necesario para emitir un mensaje y eso es muy bueno. Es importante recalcar que no buscamos evitar los problemas sino enfrentarlos de la mejor manera. Si bien es cierto hay que considerar los siguientes aspectos, nosotros podemos ser empáticos con las personas, pero eso no quiere decir que el resto lo sea con nosotros, una creencia irracional es creer que las personas se manifiesten como nosotros lo hacemos o que el resto sea reciproco, sin embargo, eso es falso. Lo único que podemos hacer es respetar la forma en como nosotros nos relacionamos y sentirnos bien por ello.

P: Si doctor en muchas ocasiones he tenido mucho malestar porque la gente no se porta bien, pero ya no esperare lo mismo.

T: Me agradaría que practique este estilo de comunicación ya que le generara bienestar emocional, si nosotros mostramos empatía al comunicarnos las posibilidades de generar una discusión se reducen. Así también es importante hablar sobre la comunicación verbal y no verbal. La comunicación no verbal se realiza a través de signos imágenes sensoriales, sonidos, gestos, movimientos corporales. Las formas no verbales de comunicación entre los seres vivos incluyen: luces, imágenes, sonidos, gestos, colores y entre los humanos además los sistemas simbólicos: las señales, las banderas y otros medios técnicos

visuales. Es importante mencionar que nosotros hacemos gestos al momento de comunicarnos, por ejemplo, puede ver en la imagen, yo me encuentro feliz porque estoy haciendo los gestos correspondientes a la felicidad



Ahora, me agradecería que usted me diga que cara tengo en esta imagen.



P: Tiene cara de preocupación porque está un poco asustado.

T: Bien, los gestos hacen un papel importante en la comunicación. Por otro lado, la comunicación verbal implica el uso de palabras para construir oraciones que transmiten pensamientos. Estas palabras pueden ser emitidas oralmente o a través de la escritura por ejemplo lo que estamos haciendo o lo que estoy escribiendo

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados

3.6 Seguimiento

SESIÓN DE SEGUIMIENTO #1: 20 de enero del 2019

Objetivos de la sesión

- Evaluar y comentar el estado actual de la paciente.
- Supervisar el uso de técnicas o habilidades aprendidas en el proceso.
- Trabajar con la paciente el manejo de posibles recaídas

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Retroalimentación.

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes ¿Cómo ha estado?

P: Bien doctor, le comento que durante estos días he estado mejor, la última vez que fui donde la psiquiatra me felicito porque me encontraba mejor, estos días fueron nuevos para mí ya que durante mucho tiempo había sentido mucha ansiedad, sin embargo, ahora puedo controlarlo y eso me genera mucha tranquilidad.

T: Ahora soy yo quien le hace llegar las felicitaciones respectivas ya que es importante que pueda controlar esa ansiedad. Durante estos días ha sentido alguna dificultad con respecto a algún acontecimiento.

P: No doctor, sin embargo, me gustaría repasar la técnica de relajación imaginaria ya que hace mucho tiempo no práctico esa técnica, solo hago la respiración. Me parecería agradable volver hacerlo en este ambiente donde usted me ha enseñado.

T: Ha pasado algo en particular para que desee practicar esta técnica en este momento

P: No doctor, solo quería

T: Bien, podemos practicarlo en este momento.

Se practicó la relajación imaginaria donde la paciente realizó el ejercicio sola, es importante mencionar que la paciente recordaba los pasos de la técnica.

Pulsación inicial	Pulsación final
60	55

P: Me siento muy relajada

T: ¿Dime se pudo concentrar?

P: Sí bastante, me imaginaba cada detalle, lo sentía tan relajante. Me encantó. Lo sentí mucho mejor con su voz que cuando lo hago sola.

T: Que bueno que se haya podido relajar

P: Sí gracias

T: Me podría decir ¿Cómo se siente, sabiendo que ha pasado por todo este proceso psicoterapéutico?

P: Bien doctor, puedo usar todas las técnicas que me ha enseñado para manejar muchas dificultades. Aunque me da miedo caer nuevamente en ansiedad y no poder controlarlo.

T: Hablaremos de eso en este primer seguimiento. La recaída consiste en que una persona que se encuentra en un estado estable vuelve a sentir la misma sintomatología, sin embargo, hay una serie de pensamientos cuando una persona tiene recaídas. Por ejemplo:

- De nada ha servido estar en psicoterapia.
- Ya no tengo cura.
- Voy a vivir con esto para siempre.
- No puedo volver a sentir esto, me desespera sentir esa sensación.

Esos pensamientos generan malestar a lo largo de todo el tiempo de recuperación, el cambio de pensamiento nos ayudará a sentirnos mejor. Me gustaría que me ayude a cambiar esos pensamientos irracionales por más racionales.

T: Está bien doctor, le ayudare a modificar esos pensamientos.

- Todo el proceso psicoterapéutico valió la pena porque aprendí nuevas cosas, también a controlar mi ansiedad.
- La ansiedad no es una enfermedad que lleva a la muerte.
- Puedo controlar mi ansiedad cada vez que tenga sintomatología.

- Lo que me genera desesperación son mis pensamientos y no mi sintomatología

T: Que bueno que usted haya aprendido a manejar una serie de pensamientos distorsionados, es un buen indicador que tenga la capacidad de cambiar pensamientos. La felicito por eso gran logro. Es muy importante agregar que cualquier persona puede recaer, no sería la primera ni la última, sin embargo, como usted bien me dijo y lo entendió bien. Trabajamos con los pensamientos para no volver a sentir eso.

P: Si doctor muchas gracias por todo este proceso, creo que estoy yendo bien porque me siento mejor.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados

SESIÓN DE SEGUIMIENTO #2: 20 de febrero del 2019

Objetivos de la sesión

- Evaluar cómo ha manejado probables situaciones de conflicto.

Técnicas

- Diálogo expositivo.

Descripción de la sesión

T: Bienvenida a la sesión, ¿Cómo ha estado después de todo este mes?

P: Bien doctor, debo confesarle que tengo mejor comunicación con mis hijos, también con mis hermanos. Sin embargo, todavía muestro dificultades con mi esposo ya que son las cualidades de él y ya no puedo cambiarlas, es muy renegón.

T: Y ¿Cómo se siente con respecto a eso?

P: Sinceramente doctor, muchas veces he vivido tratando de cambiar su forma de ser, pero es algo difícil. Por lo que es mejor tener una buena comunicación como usted me ha enseñado y llevar las cosas bien. Trato de vivir mi presente porque ya entendí que pensar mucho en el futuro me hace daño y si agregamos a eso los pensamientos irracionales. Ya entendí el origen de mi malestar que durante años he vivido. Agregando a esto, la técnica de soluciones me enseñó a identificar muy bien los problemas, a veces sentía que nada tenía solución, todo era negativo y peligroso, sentía que todo era saldría mal. Ahora solo me queda decir que el futuro es algo muy misterioso y no debemos sentirnos ansiosos por cosas que aún no pasan.

T: Me parecen buenas palabras lo que usted dice, me gustaría agregar algo muy importante, es saludable aceptar la ansiedad, en ocasiones usted volverá a sentir miedo por situaciones nuevas, no trate de escapar o mucho menos niegue un estado ansioso porque se sentirá peor. Las situaciones son cambiantes, eso sí es algo seguro porque habrá miles de situaciones cuando estés en un futuro, lo que si podemos hacer es cuestionar muchas creencias y para eso usted está preparada. Ahora le pondré una situación, ¿Qué pasaría si usted vuelve a sentir ansiedad? Por ejemplo, le late el corazón.

P: Trataría de entender que es una reacción de mi cuerpo por alguna situación, luego cambiaría de pensamiento por ejemplo trataría de entender que son situaciones normales de la persona y no pasa nada porque nadie murió de sintomatología ansiosa.

T: Perfecto, le comento que lo ha logrado. La felicito por su recuperación, su gran fortaleza y por hacer bien las cosas durante este proceso.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Criterio de la paciente

La paciente refiere: “Cuando ingrese a terapia psicología me sentía muy ansiosa, tenía ideas sobre el futuro de manera negativa, eso ha ocasionado que me sienta ansiosa, tensionada, sentía muchos síntomas como taquicardias, sudor excesivo, tenía dificultades para respirar. Durante mucho tiempo quise tirar la toalla y dejar el trabajo porque me sentía intranquila, eso me generaba tristeza y mucho desgano por hacer mis cosas, así también generaba malestar en mi familia y familiares ya que no sabía cómo afrontar las dificultades, en ocasiones he llorado de manera excesiva muchas veces no quería salir de mi casa.

Ahora me siento mucho mejor, porque he aprendido a controlar la ansiedad y los pensamientos irracionales, además comprendí que los pensamientos son causantes de malestar y eso repercute en mi estado emocional. Con respecto al ámbito familiar pude entender que existe una serie de soluciones para cada dificultad, escapar de los problemas es una forma de aumentar la ansiedad, es importante mencionar que la respiración y la imaginación son herramientas para poder relajarme y entrar a un estado estable. Con respecto al ámbito social, puedo decir que ahora salgo más, me divierto más, incluso he realizado dos viajes donde me pude relajar.

4.2. Criterio familiar

El hijo de la paciente refiere: “Mi madre ha mejorado de manera considerable ya que tiene mejores estrategias para solucionar los problemas del día a día, así también me gusta mucho la forma en que ha cambiado ya que no se preocupa de una manera alarmante cuando me voy de viaje o regreso a la casa de madrugada cuando voy a una fiesta”

El esposo de la paciente refiere: “Rusmery ha tenido muchos problemas conmigo anteriormente, fui causante de muchos problemas donde ella se sentía muy mal, ahora es una persona distinta, una persona que tiene más estrategias para enfrentar nuevas situaciones, ya no está ansiosa como antes, tampoco está triste o desesperada y eso me agrada.”

4.3. Criterio clínico

Durante todo el proceso psicoterapéutico, se puede evidenciar que Rusmery ha pasado por un cambio considerable ya que desde el inicio del proceso se ha instaurado técnicas para controlar la ansiedad, para debatir creencias irracionales y sobre todo para cambiar una filosofía de vida. Es importante mencionar que se ha utilizado una serie de herramientas cognitivas conductuales que han sido eficientes en el caso de la paciente, teniendo como resultado la estabilidad emocional de dicha.

4.4. Criterio funcional

El comienzo de la terapia se podía evidenciar diferentes signos y síntomas que alteraban e adecuado funcionamiento de la paciente, es importante mencionar que al

inicio se veía una alteración a nivel personal ya que no quería realizar sus actividades cotidianas, además se sometía a una supuesta situación donde no existía salida. Actualmente se devolvió la funcionabilidad de la paciente ya que puede realizar sus actividades de manera normal en los diversos ámbitos ya sea familiar, personal o social.

4.5. Criterio Psicométrico

Pre test:

Prueba Psicométrica	Nivel
Cuestionario de Depresión de BECK	17 (INTERMITENTE)
ANSIEDAD RASGO	7 (MODERADA)
ANSIEDAD ESTADO	7 (MODERADA)

Post test:

Prueba Psicométrica	Nivel
Cuestionario de Depresión de BECK	9 (AUSENCIA)
ANSIEDAD RASGO	6 (LEVE)
ANSIEDAD ESTADO	5 (LEVE)

CAPÍTULO VI

RESUMEN, CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

5.1. Resumen

Paciente acude a consulta al servicio de psicología, derivado de psiquiatría por motivo de un cuadro ansioso por los diferentes problemas económicos que tenía, además evidenciaba poco apoyo familiar lo cual ha generado estrés, sudoración excesiva, temblores corporales, mareos, dolores de cabeza, tristeza patológica, sentimientos de un futuro catastrófico, anhedonia, abulia, sentimientos de culpabilidad. Por consiguiente, se realizó una evaluación psicológica utilizando pruebas para corroborar un diagnóstico adecuado, concluyendo con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado.

Posteriormente se inició el proceso psicoterapéutico donde se le explico la importancia de realizar dicho proceso, se estableció 17 sesiones donde se le enseñó una serie de técnicas para poder controlar las diferentes dificultades que evidenciaba, durante este proceso se le enseñó técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales, Imaginación racional emotiva. Estas técnicas fueron escogidas ya que se elaboró un programa de intervención de acuerdo a las características de la paciente.

Para culminar el proceso psicoterapéutico se llevó a cabo dos sesiones de seguimiento para corroborar el avance de la paciente, así también se realizó la

conversación con los familiares para poder recolectar información sobre el estado de la paciente. Es importante mencionar que la información de las diversas partes era congruente ya que todos concordaban de la mejoría de la paciente

5.2. Conclusiones.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de intervención se puede señalar que se lograron los siguientes objetivos:

- Lograr comprender que la sintomatología ansiosa es producto de los pensamientos o creencias irracionales, además pudo entender los modelos explicativos de la ansiedad
- Generar nuevas habilidades para controlar sintomatología ansiosa mediante técnicas congruentes a su condición como la relajación imaginaria.
- Logro realizar actividades que le permitan sentirse mejor, asimismo se devolvió la funcionalidad a nivel social, familiar y personal.
- Pudo desarrollar nuevas habilidades para solucionar problemas de manera asertiva, agregando a esto, se instauraron habilidades sociales que le ayuden a desenvolverse de manera adecuada en su entorno.
- Se logró insertarla a la vida cotidiana, tratando de entender que el entorno no es un sitio de amenaza.

5.3. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados al desarrollo de la paciente podemos manifestar las siguientes recomendaciones.

5.3.1 Para la paciente.

Seguir reforzando las técnicas aprendidas en la psicoterapia, así también generar mayor pensamiento flexible que le ayuden a desenvolverse de manera saludable en el entorno. Es importante mencionar que puede replicar las técnicas adquiridas con otras personas para reforzar lo aprendido.

5.3.2 Para los familiares.

Generar ambiente de tranquilidad y bienestar en el entorno familiar, reforzar conductas adecuadas de la paciente con la finalidad de buscar estabilidad en ella, además generar mejores métodos de comunicación entre los miembros de la familia

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA
(Arnold A. Lazarus)

Este cuestionario tiene por objetivo obtener un panorama amplio de su vida. En todo trabajo científico es necesario contar con registros, dado que estos permiten abordar los problemas en forma más completa. Llenando este formulario de la forma más detallada y precisa que pueda, contribuirá a facilitar su propio programa terapéutico. Se le pide que conteste estas preguntas de rutina por su cuenta, para no utilizar el tiempo dedicado a la consulta en la obtención de estos datos.

Es comprensible que a Ud., le preocupe lo que ocurra con la información sobre su vida, dado que muchos de estos datos son muy personales. Todo los informes de casos son estrictamente confidenciales. Ninguna persona fuera del terapeuta, podrá ver su informe sin su autorización.

Fecha 08/1/18

1. Datos Generales.

Nombre [Redacted] Catherine
evangelista
Dirección Culluo 2410760
Teléfono
Edad 57 Ocupación Amex de ceser
¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?
* PSIQUIATRA
¿Con quién vive en este momento? (enumere las personas)
= Mi esposo
= Hijo 24 (Gustavo)

2. Datos clínicos

- a) Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

Vengo de vuelta a que me suele faltar el aire por momentos, esto ha empezado desde hace 5 años, creo que se debe a que voy me encuentro bajo mucho estrés, ya que mi esposo dejó de ayudarme económicamente, además a que yo constantemente defiendo a mis hijos de la manera de como lo castigaban, entonces esto generó que yo haya que buscar un trabajo, de los cuales lamentablemente algunos me desanimaron de mi. Describiendo que luego comencé a sentirme preocupado por los problemas

- b) Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente)

c) En la siguiente escala evalúe la gravedad de su/s problema/s

<u>X</u>				
Levemente Perturbador	Moderadamente Grave	Muy Grave	Sumamente Grave	Totalmente Incapacitante

d) ¿A quién consulto previamente acerca de su/s problema/s actual/es?

¿un
seprocto
no
ignora

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento

Lugar de Nacimiento

Huamal - 58 años

b) Condición de su mamá durante su embarazo (en la medida en que lo sepa):

Nació en la cuna
Mamá no tuvo educación (tabaco)
por no trabajar.

c) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su infancia:

7 años Terror Nocturno ✓ Enuresis X Sonambulismo X
Chuparse el dedo X Comerse las uñas ^{permanente} ✓ tartamudeo ^{muy rara vez} ✓
Temores ^{de mi papá} ✓ Infancia infeliz ✓ Infancia desdichada ✓
Otros: ^{temores}

e) Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades

- Tifoidea
- UG

f) Estatura:

Peso:

g) Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? (Enumérelas y especifique a que edad)

timaná también 1970 en su nombre.
* Ninguna
Quitaron la T de cabeza.

h) ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

* 2 años

i) ¿Ha tenido accidentes?

* Con alcohol solo pido. Tallando un escritorio japonés

j) Enumere sus cinco temores principales.

1. Aterrarme de mis creencias de Dios.
2. Mirar a que se falte que muera
3. Pagar algo, que sufrir.
4. Miedo a todo.
- 5.

k) Subraye cualquiera de los siguientes items que sea aplicable en su caso:

- | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Dolores de cabeza ✓ | Mareos ✓ | Desmayos X |
| Palpitaciones ✓ | Problemas estomacales ✓ | Falta de apetito ✓ <i>hace 3 días</i> |
| Problemas digestivos ✓ | Fatiga ✓ | Insomnio X <i>ya no desde nunca</i> |
| Pesadillas X | Tomo sedantes ✓ | Convulsiones X |
| Tensión ✓ | Pánico X | Drogas X |
| Depresión <i>A veces</i> | Ideas suicidas ✓ <i>A veces</i> | Timidez ✓ |
| Incapaz de relajarme ✓ | Problemas sexuales <i>NE</i> | Incapaz de tomar decisiones ✓ |
| No me gusta los fines de semana, ni las vacaciones X | Excesiva ambición <i>NE</i> | Malas condiciones en el hogar X |
| No puedo entablar amistades X | Sentimientos de inferioridad ✓ | Incapaz de divertirme X |
| Problemas financieros ✓ | Problemas de memoria ✓ | Dificultades de concentración ✓ |
| Otros: | <i>Lo que viene - que iba a F</i> | |

l) Subraye cualquiera de las palabras que se aplique en su caso:

- | | | | | |
|---------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------|
| Inservible X | Inútil X | Un don nadie X | La vida es hueca X | Inadecuado X |
| Estúpido X | Incompetente X | Ingenuo ✓ | No hago nada bien X | Culpable ✓ |
| Malvado X | Moralmente incorrecto X | Pensamientos horribles X | Lleno de odio X | Hostil X |
| Ansioso ✓ | Agitado ✓ | Cobarde ✓ | No asertivo X | Agresivo X |
| Feo ✓ | Deforme X | Poco atractivo ✓ | Con tendencia al pánico ✓ | |
| Repulsivo X | deprimido X | Solo X | No querido X | Incomprendido X |
| Aburrido X | Confundido ✓ | Desasosegado X | Inseguro ✓ | Conflictuado X |
| Arrepentido ✓ | Valioso ✓ | Comprensivo ✓ | Inteligente X | Atractivo ✓ |
| Seguro X | Considerado ✓ | | | |

Otros: *se me han perdido tanto tiempo porque mis hijos me muelen a tr.*

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

40 (10) *servicios*
comenzo a walk

tejer

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

- leer
- ver televisión

o) ¿Cuál fue el último año que completo estudios?

1976 medicina

p) Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles

Acte | ^{seria} matemática

q) ¿Alguna vez se burlaron de usted o lo mangueraron?

manipulaban, permitían, no le podían decir NO, se aprovechaban.

r) ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿Las conserva?

SI,

4. Datos laborales: Ama de casa.

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

b) ¿Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado?

c) ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (En caso negativo exprese los motivos)

d) ¿Cuánto gana?

¿Cuánto gasta para vivir?

e) Ambiciones

Pasadas:

- Tener una empresa
- trabajar por propios
- Trabajar se independiente

Presentes:

- Que mis hijos se casen
- estar para ellos.

5. Información Sexual:

a) Actitud de sus padres con respecto al sexo (por ejemplo, ¿hubo instrucción sexual o discusiones sobre el tema en su casa)

Nunca hablémos temas

b) ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?

con mi esposo

c) ¿Cuándo tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales?

A los 40 años me dejaba guiar por mi esposo.

d) ¿Alguna vez sintió angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación? En caso positivo por favor especifique.

SI antes 40

e) Cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior

- Antes no podía disfrutar.

- 30 años me tomó a la fuerza, violación.

f) ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? (en caso negativo por favor especifique)

NO, XB no tiene interés.

g) Suministre información sobre cualquier reacción heterosexual (u homosexual) significativa que haya experimentado.

solo una pareja

6. Menstruación hace 5 años sensible, irritable.

a) ¿A qué edad tuvo el primer periodo?

b) ¿Estaba informada o fue un shock para usted?

c) ¿Es regular? irregular

d) Duración 4-5.

e) ¿Tiene dolores? Dolores durante periodo

f) Fecha de último periodo hace 5 años a tres

g) ¿La menstruación le afecta el estado de ánimo? irritable

7. Matrimonio:

¿Cuánto tiempo hace que está casada? 40 años se casó a los 23.

¿Durante cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge antes de comprometerse?

2 años

Edad de su esposa/o 60

Personalidad de su marido/esposa (en sus propias palabras)

- dominante
- autoritario

{
- accesible. Es OCCISA
- flexible.
- irritable.

¿En qué terrenos hay compatibilidad?

ahora si en todo.

¿En que terrenos no hay compatibilidad?

por dinero.

¿Cómo se lleva con su familia política? (incluyendo cuñados y cuñadas)

Muy bien.

¿Cuántos hijos tiene? Por favor enumere sexo y edad de sus hijos

3 ←
 CARLOS M 40
 ENRIQUE 35
 GUSTAVO 25.

¿Algunos de sus hijos presenta problemas especiales?

NO.

13/14 años depresión - 15 intentó suicidarse
 NO me termino.

¿Hay algún hecho importante que deba informarse en relación con abortos espontáneos o provocados?

Ninguno

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre

¿Vive?

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte:

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? → 86.

Ocupación Retirado → familia pacífica.

Estado de salud muy bien / todo bien confianza.

b) Madre:

¿Vive?

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte:

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? SI

Ocupación Amada casa

Estado de salud perder la vida.

leucemia

no H tiene nada, por los ventos

c) Hermanos.

cancer en páncreas

Cantidad de hermanos: 5 Edades: 50 52 45 38 47.

Cantidad de hermanas: 6 Edades: 55 54 47. 40.

Relaciones con sus hermanos:

a) Pasada: Buena

b) Presente: Buena

Describe la personalidad de su padre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Era colérico pero buen padre

Describe la personalidad de su madre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Carismática, amable

¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?

Se quitaban lo que querían.

Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar (es decir, el hogar en que se crió. Mencione el grado de compatibilidad entre sus padres y entre padres e hijos).

—

¿Podía confiar en sus padres?

SI

Si tienen madrastra o padrastro, informe que edad tenía cuando se caso con su madre o su padre

Describe en pocas palabras su formación religiosa.

Si no fue criado por sus padres, ¿quién lo tuvo a su cargo y entre que edades?

¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación etc.?

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

mis hijos y mi esposa

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? Detalle.

NO ninguno

¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aquí?

NO.

Describa cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:

Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)?
En caso afirmativo, por favor detalle.

Por favor agregue cualquier información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo (utilice una hoja adicional si es necesario).

Autodescripción:

Por favor complete los espacios en blanco.

Soy AlegreSoy impulsivoSoy habituadoSoy optimistaMe siento bienMe siento adoloridaMe siento felizMe siento preocupadaPienso en que todo se vaya mejorandoPienso que va a resultarPienso porqué de mi hijo.Pienso en el futuroQuisiera estar bienQuisiera que tomara posesión de mi casa

Quisiera _____

Quisiera _____

Utilice los espacios en blanco para dar una imagen de sí mismo, con una sola palabra, según lo describiría:

- a) Usted mismo → Alegre.
- b) Su cónyuge (si está casado) feroz.
- c) Su mejor amigo adolorado.
- d) Alguien que no lo quiere.

WAIS

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler

DATOS PERSONALES DEL EXAMINADO

Nombre: Asmory Sexo: F

Educa. de Nivel: _____ Lugar de Nac.: _____ Estado Civil: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Tiempo de estudio en Letras: _____

Lugar de origen permanente al actual: _____

Examinador: _____ Lugar: _____

Fecha de la prueba: _____ Fecha y hora: _____

TABLA DE PUNTAJES EQUIVALENTES												
Puntaje Equivalente	A. PUNTAJES PELLUCOS											Puntaje Equivalente
	Subvocal	Comprensión	Objetivos	Integración	Memoria Espacial	Visualización	Figuras Similares	Comprensión de Figuras	Objetos en Letras	Integración de Figuras	Comprensión de Figuras	
19	24	27-28		24	17	74-80	87-93					19
18	24	24		25		74-77	85-89	11				18
17	27	25	18	24		74-76	79-83		44	10		17
16	26	24	17	22	16	71-73	74-78	20	47	10		16
15	25	22	16	22	15	67-70	72-76		45	10		15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-72	19	44-47	10		14
13	21-23	21	14	19-20		59-62	63-68	18	40-42	28-31	28-31	13
12	19-20	19	13	17-18	12	54-58	57-61	17	38-40	28-29	26-27	12
11	17-18	18	12	15-16	11	47-51	50-53	10-14	35-38	24-27	24-26	11
10	15-16	17-18	11	13-14	10	40-46	42-47	14	33-34	23-24	21-22	10
9	13-14	15-16	10	11-12	9	32-38	37-41	12-15	30-31	20-22	18-21	9
8	11-12	14	9	9-10	8	24-30	25-29	10-12	27-27	18-19	15-17	8
7	9-11	12-13	7-8	7-8	7	17-23	18-22	8-9	23-23	15-17	12-14	7
6	7-8	10-11	6	5-6	6	14-21	15-19	6-7	17-18	12-14	10-11	6
5	5-6	8-9	5	4	5	11-17	12-16	5	14-16	9-11	10-10	5
4	4	6-7	4	3	4	10-13	10-12	4	10-12	8	10-10	4
3	3	5	3	3	3	8	10-11	3	8-9	7	8-8	3
2	2	4	2	2	2	7	10-11	2	8	6	8-7	2
1	1	3	1	1	1	6	10-11	1	7	5	8-4	1
0	0	0-2	0	0	0-2	0-7	0-11	0	0-1	4-4	0-0	0

SUMARIO		
TEST	P. I.	P. E.
INFORMACIÓN	10	10
COMPRESIÓN	13	12
ARITMÉTICA	13	12
SEMIANALOGÍA	17	12
MEMORIA VISUAL	13	12
VISUALIZACIÓN	32	6
PUNTAJE VERBAL	54	
OBJETIVOS	55	10
COMPLETAM. VERBALES	14	10
CONSTRUC. CLAVES	42	13
TEST DE FIGURAS	12	6
COMPRENSIÓN DE FIGURAS	6	2
PUNTAJE EJECUCIÓN	41	
PUNTAJE TOTAL		
PUNTAJE VERBAL	54	C.I. 78
PUNTAJE EJECUCIÓN	41	C.I. 105
PUNTAJE TOTAL		C.I. 95

1. INFORMACION	PUNTO VAL	PUNTO T.E.P.	PUNTO T.E.P.
1. Bandera	1	11. Estatura (cm) 1.55 m	1
2. Pauta	1	12. Agua	0
3. Vaseo 12	1	13. Roper	0
4. Termómetro	1	14. Jaula	0
5. Carne <i>con leche y pap</i>	0	15. "La casa no es un"	0
6. Proscritas	1	16. Inducida	1
7. Rizado Palma	1	17. Lupa Fumada	0
8. Sarmas	0	18. Tula <i>Am</i>	0
9. Loma Trufo	1	19. Suroeste <i>op/4/4/4/4</i>	0
10. Bred <i>Andellndel</i>	1	20. Frotadura	0
TOTAL PUNTO			10

OBSERVACIONES: *no se le dio el test de la voz.*

Normal Promedio

2. COMPRENSION		Puntos 2, 1 & 0
1. Tema	La vida en la ciudad y sus problemas	2
2. Mensaje	para que todos se	1
3. Tema	la vida en la ciudad que hoy	0
4. Motivo principal de la obra	la vida en la ciudad que hoy	1
5. Origen	vida y trabajo en la ciudad	0
6. Impulso	para que todos se	1
7. Tema	la vida en la ciudad que hoy	1
8. Trabajo	para que no se	1
9. Estilo	me encuentro con el	1
10. Estilo	La vida en la ciudad	2
11. Tema	cuando se va a la ciudad	1
12. Mensaje	para que todos se	1
13. Tema	la vida en la ciudad que hoy	1
14. Conclusión	no se, no se, no se, no se	0
TOTAL PUNTOS:		13

3. ARITMETICA		
1. 10		2
2. 10		1
3. 10		1
4. 10		1
5. 10		1
6. 10		1
7. 10		1
8. 10		1
9. 10		1
10. 10		1
11. 10		1
12. 10		1
13. 10		1
14. 10		1
TOTAL PUNTOS:		13

4. SEMEJANZAS		Puntos 2, 1 & 0
1. Frutas	Frutas	2
2. Alimentos	Alimentos	2
3. Materiales	Materiales para la vida	2
4. Animales	Animales	2
5. Objetos	Objetos	0
6. Lugares	Lugares de nuestra vida	2
7. Actividades	Actividades	0
8. Muebles	Muebles	2
9. Hobbies	Hobbies	0
10. Profesiones	Profesiones	0
11. Deportes	-	
12. Otros	-	
13. Otros	-	
TOTAL PUNTOS:		13

5. MEMORIA DE GRUPO		Puntos 2, 1 & 0
1. 10		2
2. 10		2
3. 10		2
4. 10		2
5. 10		2
6. 10		2
7. 10		2
8. 10		2
9. 10		2
10. 10		2
11. 10		2
12. 10		2
13. 10		2
14. 10		2
TOTAL PUNTOS:		26

PALABRAS	Puntos ≥ 1 = 0	VOCABULARIO
1. Cama	2	un mueble, para acostarse, para dormir
2. Buque	2	es un transporte en el mar
3. Centavo	2	una moneda que sirve para comprar.
4. Inverno	2	HIPO
5. Reparar	2	Ordenar nuevamente.
6. Desayuno	2	Alimento importante
7. Tejido	2	telas, manufacturas
8. Tajeo	1	un pedazo
9. Ensamblar	1	UNIR
10. Ocultar	—	Esconder
11. Enorme	2	gigante
12. Acelerar	0	acelerar
13. Sentencia	2	castigo
14. Regularizar	0	ordenar
15. Empezar	2	INICIAR.
16. Deliberar	0	NO SE
17. Caverna	2	cueva
18. Designar	0	seleccionar
19. Doméstico	0	objetos que sirven para usar
20. Consumir	0	—
21. Terminar	2	Finalizar
22. Obstruir	1	obstaculo
23. Remordimiento	1	1. D. Sentirse mal.
24. Santuario	0	lugar sagrado
25. Incomparable	2	que no se compara, único
26. Refractario	0	—
27. Calamidad	0	evento destructivo
28. Entereza	0	firmeza
29. Tranquilo	0	paiz
30. Edificio	0	edificios altos
31. Compasión	0	caridad.
32. Tangible	—	—
33. Perímetro	—	línea que rodea
34. Audaz	—	valiente.
35. Ominoso	—	—
36. Inyectivo	—	—
37. Abumar	—	—
38. Plagiar	—	—
39. Espetar	—	—
40. Parodia	—	—

TOTAL PUNTOS:

32

Actividad no dirigida

STAI

A/E
A/R

PD = 30 + 17 + 19 = 30
PD = 21 + 29 + 18 = 32

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Rishary Edad 57 Sexo F
 Centro curso / puesto Estado civil C
 Otros Datos Fecha 08/01/18

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE U/D AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describe su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

preocupado de que mi hijo fallezca

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan convenientemente para describirse uno a sí mismo, lee cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y continúe señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

- 0 = Casi nunca
1 = A veces
2 = A menudo
3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Puedo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sonriente.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suele tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una Persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

tenor a que se por coger
me pánico

IDB - II

INVENTARIO DE
DEPREACION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Máximo Bruch C.

Subtotal Pág. 1:

1

No: 000143

Subtotal Pág. 2:

16

Puntaje Total:

17

intermitente

Nombre: Rumary Estado Civil: Cuoda Edad: 57 Sexo: F
 Ocupación: Stenista Educación: ... Fecha: 08/01/18
 Divorcado por: Anthy C.P.R.: ... Psc: ...

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describe la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
 2 Estoy triste todo el tiempo.
 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo alegrarme.

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
 2 No espero que las cosas me salgan bien.
 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
 1 He fracasado más de lo que debería.
 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mí persona.
 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
 3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
 2 Quisiera matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía llorar.
 1 Lloro más de lo que solía llorar.
 2 Lloro por cualquier cosa.
 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

Subtotal Pág. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan fácil como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

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

16. Cambios en el Patrón de Sueño

No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbrado.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Recuerdo que no he sentido ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo muchísimo menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido respondidas.

No olvide los subtítulos por página, que son la suma de los puntajes de cada ítem, así como el Puntaje Total, que es la suma de los subtítulos por página.

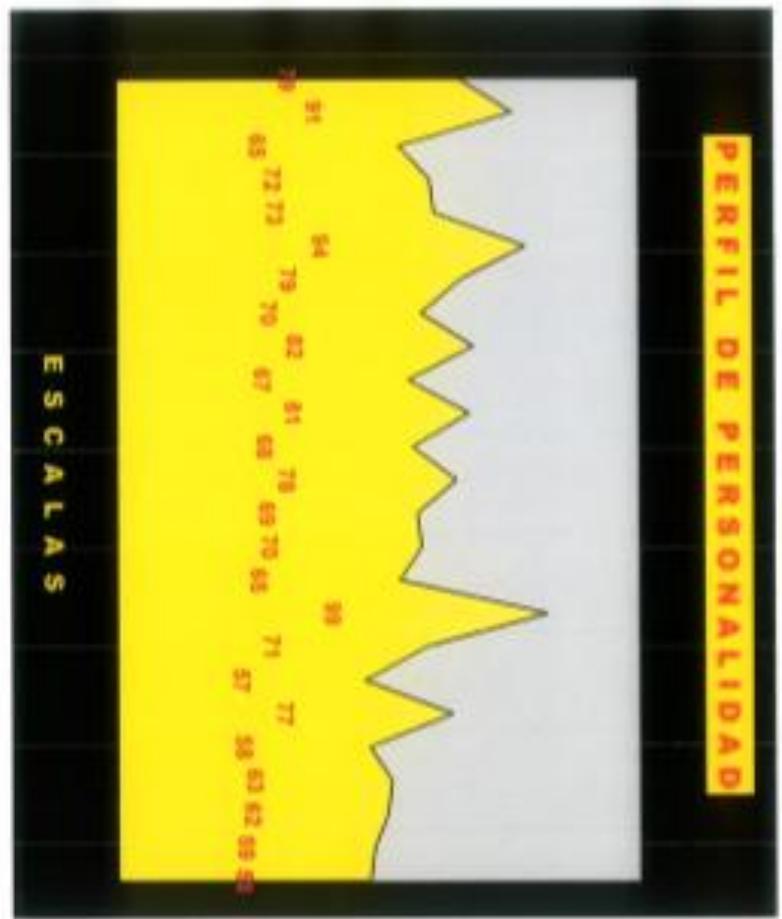
Entonces, vis fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de los diagnósticos de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba contacte con el siguiente e-mail: psichometrika@hotm.com

NOTAS:
Tiempo de entrega:

Suma: 57 años
Edad: 57 años

	Pp: 1a
1. Intelectual	79
2. Dependencia social	91
3. Autodirigido	65
Factores climáticos de personalidad	
1. Emociones	72
2. Conducta	71
3. Dependencia	94
4. Introversia	79
5. Nerviosismo	70
6A. Afectividad	82
6B. Agresión externa	67
7. Compulsión	81
8A. Pánico agorafóbico	68
8B. Autodominio	78
Factores climáticos de personalidad	
1. Emocionalidad	69
2. Conducta	70
3. Pánico	65
Factores climáticos	
A. Afectividad	99
B. Dependencia	71
C. Pánico	57
D. Conducta	77
E. Dependencia de otros	98
F. Dependencia de objetos	63
Factores climáticos	
1A. Cambio del pensamiento	62
1B. Dependencia mayor	59
1C. Cambio del afecto	58



S T A I

A/E
A/R

PD = 30	+	-	-
PD = 21	+	-	-

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Rismary Edad _____ Sexo _____
 Centro _____ curso / puesto _____ Estado civil _____
 Otros Datos _____ Fecha _____

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descañado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y comente señalando lo que mejor describe cómo se siente usted generalmente.

- 0 = Casi nunca
1 = A veces
2 = A menudo
3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	2	3
26. Me siento desahogado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sossegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí misma.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy Satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlas.....	0	1	2	3
39. Soy una Persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

IDB - II

INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Marlene Bruch C.

Subtotal Pág. 1:

No. 000143

Subtotal Pág. 2: Puntaje Total: Nombre: Ruzmary Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Evaluado por: _____ C.P.P.: _____ Psc.: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego selecciona una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Punto de Vista) y en el grupo 18 (Cambios de Acto).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
2 Estoy triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
2 No espero que las cosas me salgan bien.
3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
1 He fracasado más de lo que debería.
2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
2 Espero ser castigado(a) por la vida.
3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mí mismo(a).
1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
2 Me siento despreciado(a) conmigo mismo(a).
3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico a mí mismo(a) más que de costumbre.
1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía llorar.
1 Lloro más de lo que solía llorar.
2 Lloro por cualquier cosa.
3 Siento que siempre quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

Subtotal Pág. 2

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy invisible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento invisible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente invisible.

15. Falta de Energía

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

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Durmo algo más que de costumbre.
- 1b Durmo algo menos que de costumbre.

- 2a Durmo mucho más que de costumbre.
- 2b Durmo mucho menos que de costumbre.

- 3a Durmo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Hacía esto no he tenido ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

Después de concluir la administración del cuestionario, verifique que todas las datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los Subtotales por página, que son la suma de los puntajes de cada ítem asignada, el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

Finalmente, vía fax, le será enviado el cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la diagnosis de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba

contacte con el siguiente e-mail:

psichometrika@hotmail.com

Consentimiento Informado

En cumplimiento de las normas éticas que deben seguirse en todo proceso de intervención psicoterapéutica se solicitó a la paciente su consentimiento informado para el inicio del tratamiento, especificándose los objetivos del mismo con respecto a la problemática de ansiedad y depresión presentada por la evaluada durante el motivo de consulta y para lo cual se utilizarán distintas técnicas de tipo cognitivo-conductuales en su intervención.



Rusmary

Paciente



Gustavo Roger Espinoza Rojas

Psicoterapeuta

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2°ed.). Washington: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3°ed.). Washington: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4°ed.rev.). Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios del DSM-5*. Arlington: APA.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Facultad de psicología departamento de personalidad. Evaluación y tratamiento psicológico*
- Recuperado de
- <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>
- Beck, A. & Shaw, B. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19°ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bernstein, D. & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México DF: Ed. McGraw – Hill.

Campero, M. & Ferraris, L. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agulos (HIGA)*, 4(2), 52-55.

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*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Dongil, E. & Cano, A. (2014). *Habilidades sociales: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*

Recuperado de

http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf

Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Nueva York: Ed. Descleé de Brouwer.

Fullaga, M.; Fernandez, L.; Bulbena, A. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Universitat Autònoma de Barcelona* 138 (5), 215-219.

Garcia, M.; Bados, A. & Saldaña C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de psicología*. 42 (2), 245-258.

Ministerio de Salud (2014). Lineamientos de política sectorial en salud mental.

Recuperado de:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 95-102.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200002>

Oblitas, C. (2008). *Psicoterapia Contemporánea*. México DF. Editorial Learning Editores.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Pileño, E.; Morillo, J.; Salvadora, P. & Nogales, A. (2008). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Madrid, 7 (13) 29 -35.

Recuperado de:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf

Pinelm J. (2007). *Biopsicología*: Madrid. Ed Mc Pearson.

Ramos C. & Cano, V. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Editores de Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 305-319.

- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. España: Espasa.
- Ruiz, A.; Fernández, M. & Villalobos A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*: Biblioteca de psicología.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*. 21(2), 19-28.
- Sierra, J.; Ortega, V. & Zineidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar E Subjetivade*, 3(1), 10-59.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8va Editorial: Barcelona. Editorial Masson.
- Vicente, C. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades sociales: Madrid Habilidades sociales*: Editorial Melendez SA.

