



**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**

**PRESENTADA POR
JOSÉ FERNANDO VEGA LUJÁN**

**ASESORA
GLADYS TORANZO PÉREZ**

**ESTUDIO DE CASO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2017



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

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

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



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**

ESTUDIO DE CASO PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

JOSÉ FERNANDO VEGA LUJÁN

ASESOR:

MG. GLADYS TORANZO PÉREZ

LIMA - PERÚ

2017



A mi madre por su inestimable apoyo.



INDICE

	N° de pág.
PORTADA	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1.1. Ansiedad.....	1
1.1.1. Antecedentes	1
1.1.2. Definición.....	4
1.1.3. Deslinde conceptual	12
1.1.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	17
1.2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	18
1.2.1. Antecedentes	18
1.2.2. Definición.....	19
1.2.3. Etiología	28
1.2.4. Epidemiología	28
1.2.5. Comorbilidad.....	30
1.3. Terapia cognitiva.....	30
1.3.1. Antecedentes	30
1.3.2. Definición del modelo cognitivo.....	31
1.3.3. Terapia cognitiva de Beck.....	35
1.3.4. Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso.....	43
1.3.4.1. Técnicas conductuales.....	43

1.3.4.2. Técnicas cognitivas	47
1.3.5. Evidencia empírica	53
CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO	
2.1. Historia clínica	54
2.2. Historia personal	59
2.3. Situación actual de la paciente	66
2.4. Historia familiar	68
2.5. Examen mental.....	70
2.6. Diagnóstico nosográfico.....	72
2.7. Informe psicológico	74
CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
3.1. Justificación.....	80
3.2. Objetivos	81
3.3. Metodología	83
3.4. Análisis funcional.....	84
3.5. Sesiones de intervención psicoterapéutica	85
3.6. Seguimiento	161
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1. Criterio clínico	166
4.2. Criterio psicométrico.....	166
4.3. Criterio de la paciente	166
4.4. Criterio de los padres	167
CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	167
5.2. Recomendaciones.....	168

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS



INTRODUCCIÓN

La ansiedad junto a la depresión según estimaciones de la OMS (2016), ha tenido un crecimiento del 50% entre 1990 y el 2013. De esta manera al menos 1 de cada 10 personas en el mundo padece este tipo de afecciones, basándonos en la fuente anteriormente citada. Para Barlow (2002 citado en Clark y Beck, 2012), los trastornos de ansiedad se presentan como el principal problema de salud mental en los EE.UU., siendo esto acompañado por un elevado nivel de prescripción tanto de anti depresivos como de estabilizadores del ánimo (IMS, 2004, citado en Clark y Beck, 2012). Situación que lejos de haber comprometido la aplicación y desarrollo de protocolos de intervención en psicología, no ha evitado la proliferación y acogida de modelos basados en la evidencia como la terapia cognitiva para la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

La referida propuesta de intervención cuya primera aparición se remonta a finales de los años 70 fijo su posición inicial como complementaria o en carácter apoyo respecto a las intervenciones de tipo farmacológico, además de validar el uso de sistemas de clasificación de tipo categorial como referencia y de estandarizar o elaborar manuales formalizando su aplicación, pudiendo anteponerse a la hegemonía de modelos basados en un reduccionismo biologicista (Fernández y Rodríguez, 2009). Décadas después de su inclusión entre los modelos predominantes de los años 80 y 90, la psicoterapia de Beck ha recibido una importante cantidad de investigaciones (Butler, Chapman, Foreman y Beck, 2006, citados en Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012), las cuales serán expuestas con mayor detalle más adelante.

El presente estudio de caso, que tiene como base la sustentación, evaluación y tratamiento de una paciente con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), usando como principal referencia el modelo planteado por Clark y Beck (2012) para trastornos de ansiedad pero que he nutrido de otras propuestas como la terapia cognitiva para la depresión de Beck et

al. (2010), además de la revisión de manuales que se pasaran a compilar en la sección de las referencias bibliográficas. Tanto la evidencia empírica asociada al modelo cognitivo, como los protocolos y manuales de intervención bien descritos suponen que esta sea una propuesta de psicoterapia de primera elección.

Se ha visto conveniente en el primer capítulo, ahondar desde el inicio en la ansiedad, partiendo desde una sucinta revisión histórica, hacia las múltiples definiciones o usos que tiene en psicología, asumiendo o concluyendo una postura acorde al plan de tratamiento a emplear, el cual es el de la terapia cognitiva. Como se demostrará más adelante la ansiedad es un término bastante propenso a generar dificultades en cuanto a su definición (Sarudiansky, 2013) (Cia, 2007), es por ello que no se ha dejado de lado diferenciarlo de otros términos con los que podría confundirse. La primera parte del primer capítulo finalizado con una descripción rápida de los principales trastornos de ansiedad dentro de los cuales se encuentra el TAG, eje central del interés del estudio de caso. Al respecto, el TAG es introducido al igual que con la ansiedad, reconociendo su evolución y referencias históricas, prosiguiendo tanto con su definición como con la diferencia que guarda con otros trastornos de ansiedad. En esa misma línea, se plantean tanto las propuestas vinculadas a su origen, además de hacer presencia de aspectos epidemiológicos como el curso, la comorbilidad, prevalencia, entre otros. Finalmente, el primer capítulo se da por concluido al hacer una revisión de la terapia y el modelo cognitivo, sin antes hacer una corta mención de sus antecedentes. Esta última parte incluye las principales técnicas a usar en el caso, como una reflexión y crítica del modelo, además de la evidencia empírica que la sustenta.

El segundo capítulo tiene por contenido una descripción detallada de las características evaluadas al paciente, incluyendo aspectos históricos como los antecedentes, como contextuales, vinculados a hábitos sociales, dinámica familiar, etc. Se ha adjuntado igualmente el informe psicológico, donde se resumen los principales aspectos encontrados en la evaluada

que es a su vez, la base de lo que se trabajara en el tercer capítulo. Al respecto, en esta parte del trabajo, se ha sustentado la metodología y una descripción de todas las sesiones trabajadas con especial detalle, finalizándose en el cuarto capítulo con los resultados obtenidos. Sustentando dichos resultados tanto en las pruebas aplicadas antes y después del tratamiento, como en la evaluación y valoración clínica de mi parte, sin dejar de lado la opinión del propio paciente y su familia, alcanzándose los objetivos propuestos. Muchas gracias.



CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Ansiedad

1.1.1. Antecedentes:

Las referencias a lo que hoy reconocemos como manifestaciones de la ansiedad, han existido desde el propio origen de la humanidad (Stone, 2010), sin embargo, la idea de que dichas manifestaciones puedan constituir un constructo unitario reconocible bajo el nombre de ansiedad, es algo relativamente reciente (Berrios, 1996).

Si bien es cierto para Stone (2010), durante la época clásica griega, no habían palabras para referirse exclusivamente a la ansiedad, esto no impidió que los autores de dicha civilización como Sófocles o Platón hayan citado condiciones homologables a lo que hoy reconoceríamos como sus manifestaciones, tal y como refieren, Papakostas, Eftychiadis, Papakostas y Christodoulou (2003, citados en Sarudiansky, 2013), donde también podemos incluir las descripciones de un caso hechas por Hipócrates en el siglo V a.C., haciendo mención indirecta a un estado ansioso (Sarudiansky, 2013). En esa misma línea McReynolds (1975, citado en De Ansorena, Cobo y Romero, 1983) estima que el concepto de ansiedad empezó a gestarse alrededor del periodo helenístico griego, en el transcurso del siglo IV a.C., reforzando la idea de que la presencia de estados de ansiedad ha persistido desde tiempos remotos (Errera, 1962 citado en Berrios, 1996)

Ya en la época de Cicerón, en el transcurso del siglo I a.C., se señalan diferencias en dos tipos de manifestaciones asociadas a la ansiedad, por ejemplo, bajo la denominación de *anxietas*, se hacía referencia a un estado duradero o persistente de temor, mientras que *angor*, por el contrario, era reservado para hacer mención de un estado momentáneo pero intenso de miedo. Tal y como sabemos, hoy en día *anxietas* es identificado por los

diccionarios en español como una referencia directa proveniente del latín de lo que entendemos por ansiedad a un nivel no especializado o de uso cotidiano (RAE, 2014), por lo que puede entenderse porque desde sus orígenes la ansiedad estuvo ligada al concepto de opresión, enclaustramiento o falta de espacio (Littré y Robin, 1858, citados en Stone, 2010).

Si bien es cierto, la historia está plagada de referencias indirectas al concepto en mención, Burton (1621, citado en Stone, 2010) en su libro titulado *anatomy of melancholy*, categoriza a las manifestaciones de la ansiedad en la época medieval dentro de un tipo de afecciones de donde destaca lo entendido en dicha época por melancolía (Rubio, 2000), lógica que duraría en mayor o menor medida hasta finales del siglo XIX, a consecuencia de los trabajos de Freud (1895). Por otro lado, la primera referencia de un uso técnico que se tiene de la ansiedad, puede ubicarse en la publicación de autor anónimo, “exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos” (1747, citado en De Ansorena et al., 1983), donde se hacía presencia de un estado de cierta incertidumbre que precede a un estado de ansiedad.

Un hecho importante en la constitución de la ansiedad como entidad clínica identificable es el aporte de William Cullen, quien en el siglo XVIII introduce el término de neurosis, las neurosis para este médico escocés eran enfermedades que adolecían de una ubicación física identificable, marcándoles una distancia respecto a otras alteraciones. Si bien es cierto y a pesar de la heterogeneidad de las características clínicas descritas en entidades propuestas en el pasado como la histeria, melancolía o hipocondría, ello no impide en que podamos ubicar cierta sintomatología de lo que hoy entendemos por disnea, dispepsia o palpitaciones en las definiciones de dichas alteraciones (Sarudiansky, 2013), siendo dichas manifestaciones citadas usualmente asociadas a algunos cuadros de ansiedad en la actualidad.

Hacia finales del siglo XIX, el aporte de Freud (1895) se hace presente, cuando con la publicación de un trabajo, “La justificación para separar de la neurastenia un síndrome particular: la neurosis de ansiedad”, se opone a una fuerte tendencia en el ámbito médico a utilizar de manera casi indiscriminada el diagnóstico de neurastenia (Stones, 2010) y, por otro lado, logra el progreso de ubicar un conjunto de signos y síntomas bajo el nombre de neurosis de ansiedad, logrando separar por primera vez a la ansiedad en una entidad clínica independiente, siendo el diagnóstico de neurosis de ansiedad utilizado incluso en el DSM-III (Sarudiansky, 2013).

En respuesta a la postura subjetivista del psicoanálisis, surge el denominado “manifiesto conductista” (Watson, 1913, citado en Ardila, 2013). El cual se vio acompañado de una serie de avances en la metodología usada para estudiar la ansiedad. En occidente, los primeros experimentos de Watson y Rayner (1920, citado en De Ansorena et al. 1983) lograron inducir la generación de una fobia en un bebe de once meses, estimulando en la comunidad científica la idea de que la ansiedad puede ser un estado emocional aprendido, siendo compatible con los principios del denominado condicionamiento clásico, que fue estudiado con mayor detalle por Mowrer (1939, 1950 y 1960, citado en De Ansorena et al. 1983). De donde se agrega que las respuestas ansiosas se conversando en los sujetos al mantenerse la respuesta (conductas de evitación) debido al efecto reforzante que estas tienen. Este y otros estudios han facilitado la incorporación tanto de modelos teóricos actuales como propuestas de intervención altamente eficaces, por ejemplo, Wolpe (1992).

Sin embargo y a pesar de que el conductismo supo brindar una aproximación más científica a la definición de la ansiedad, las variables cognitivas o mediacionales aún no habían sido lo suficientemente esclarecidas, como el papel que cumple por ejemplo los pensamientos o las cogniciones. Muchas de estas aportaciones, sobre el papel de las

cogniciones en el caso de la ansiedad han reforzado y dado lugar a una visión más amplia sobre los estados de ansiedad.

1.1.2. Definición

Desde los inicios formales de la psicología, los estudios efectuados alrededor del constructo ansiedad han encontrado tanto a la ambigüedad conceptual del termino como a las dificultades metodológicas de su estudio, como dos de las dificultades más claramente identificables frente al objetivo de definir a la ansiedad de manera específica. Esto ha traído como consecuencia que las investigaciones sobre este tema hayan derivado en que diferentes propuestas teóricas se hayan ocupado cada una de un análisis independiente y diferente sobre la ansiedad (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Para Cia (2007), la ansiedad es una emoción de carácter psicobiológico, cuya particularidad es ser elementalmente adaptativa. Lo que quiere decir que cumple el objetivo de lograr una serie de respuestas adecuadas para afrontar un actual o futuro evento, teniendo un papel intrínseco en la vida diaria de las personas. Reservándose así el lugar para llamada ansiedad patológica (también llamada mórbida o clínica) para aquellas reacciones en las que las respuestas tanto en intensidad y duración son incongruentes con los estímulos que las provocan.

Sadock y Sadock (2007), se refieren a la ansiedad clínica como un “sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro, que puede ser interno o externo” (p.21).

De acuerdo con Clark y Beck (2012), existen 5 características que harían posible identificar a la ansiedad de carácter clínico (o patológico):

1. **Cognición disfuncional:** Se asume que en la ansiedad clínica hay una valoración equivocada que no puede ser apoyada por la verificación empírica (observación directa).

2. Deterioro del funcionamiento: El sujeto que la experimenta ve su funcionamiento habitual alterado, disminuyendo su efectividad en diferentes contextos, desde interpersonales, laborales, entre otros.
3. Persistencia: El estado de ansiedad clínica puede permanecer durante tiempo prolongados se tengan o no motivos para valorar que haya una real amenaza en el contexto actual.
4. Falsa alarma: Según Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012), se denomina también “miedo invisible”, pues ocurren en ausencia de estímulos que lo generen o incluso ante una mínima (casi inexistente) señal de peligro. Siendo el mejor ejemplo, en los cuadros de ataque de pánico (APA, 2014)
5. Hipersensibilidad a los estímulos: La ansiedad mórbida es originada o activada por una amplia gama de estímulos y contextos diversos, que evidentemente no serían amenazantes para una persona sin dicha afección.

Según Spielberger (1972, citado en Cia, 2007), a nivel teórico es indispensable diferenciar entre un estado ansioso (*anxiety state*), donde se presentan sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, acompañado de una elevada actividad del sistema nervioso, de una tendencia ansiosa o ansiedad rasgo (*trait anxiety*), siendo definida más como una característica individual, relativamente estable.

La afirmación sobre la existencia de una tendencia ansiosa o ansiedad rasgo, se encuentra en consonancia a lo referido por Eysenck (1967, 1981, citado en Cia, 2007), de donde se desprende el concepto de neuroticismo, que es característica de sujetos que experimentan una gran activación del sistema nervioso autónomo y una lenta adaptación a los estímulos. La idea de que la ansiedad puede ser un fenómeno transitorio (estado) o

crónico (rasgo), se ve representado en el Inventario Rasgo-Estado (STAI), elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970, citado en Sarudiansky, 2013)

Para Clark y Beck (2012), se debe de entender a la ansiedad clínica, como un efecto o respuesta generada a partir del miedo, que es un proceso mucho más automático y básico, orientado hacia la acción (Barlow, 2002, citado en Clark y Beck, 2012). En la ansiedad para estos autores, se hacen presente una serie de respuestas desde conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas, activándose al anticipar eventos valorados como posiblemente negativos, sea debido a su carácter de imprevisibles o incontrolables.

La afirmación de que la ansiedad puede expresarse mediante diferentes canales o sistemas de respuesta, había ya sido sugerida por Lang y cols. (1972, citados en Cia, 2007), quienes agrupan en las conductas motoras, expresiones lingüísticas (cognitivas) y estados fisiológicos a diferentes sistemas de respuesta de la ansiedad. Al respecto hay afirmaciones como las que hace Cia (2007) quien menciona que no necesariamente se debe pensar en una equivalencia entre estos sistemas, pudiendo observarse un papel, por ejemplo, más preponderante del aspecto motor en algunos pacientes o fisiológico u cognitivo, viéndose afectado las manifestaciones de paciente a paciente por las diferentes individuales que cada uno posee entre los que se incluye variables constitucionales como el temperamento.

Para Eysenck (1997, citado en Díaz, 2013), los sujetos que presentan ansiedad, se diferencian de los que no por presentar algunas características a nivel cognitivo (definidas como sesgos cognitivos) tales como:

- Sesgo atencional, descrito como la disposición para atender más a estímulos probablemente amenazantes.
- Sesgo interpretativo, a la hora de valorar situaciones neutras o poco definidas como amenazantes.

- Sesgo de memoria, qué sucede a la hora de traer de los recuerdos eventos que vayan en consonancia al estado anímico actual.

La aproximación cognitiva de Lazarus y Folkman (1984, citados en Díaz, 2013), valora dos procesos involucrados en la ansiedad, por un lado, tenemos a la valoración (también llamada *appraisal*), que incluye en sí misma tanto la apreciación inicial de la situación como la capacidad estimada para confrontar lo observado. Reservando lugar para la segunda parte denominada afrontamiento o *coping*, en donde se emiten respuestas cognitivas y motoras con el objetivo de manipular, influenciar o controlar las demandas tanto internas como externas para hacer frente a la situación, contexto.

Puntualizando un modelo cognitivo de ansiedad, Beck, Emery y Greenberg (1985, citados en Clark y Beck, 2012), se refieren al concepto de vulnerabilidad, descrito como la estimación, valoración que tiene alguien de sí mismo como objeto de amenazas propias o ambientales, de las que considera adolece de control o este le es insuficiente para generar una sensación de seguridad. Este concepto es claramente identificable en los sujetos con ansiedad de carácter clínico, que poseen una serie de respuestas cognitivas basadas en estimaciones sobredimensionadas o sesgadas respecto a la probabilidad de considerar como amenazas estímulos neutros o inocuos.

En el caso de la ansiedad, su intensidad de acuerdo con Clark y Beck (2012), es resultado de una secuencia de dos eventos, el primero de ellos involucra una estimación inicial o valoración primaria, seguida de la percepción de la capacidad de afrontamiento y o de las señales de seguridad percibidas, denominado bajo el nombre de, valoración secundaria. Ante lo cual queda claro que una ansiedad elevada o disfuncional es producida cuando hay una elevada estimación inicial del peligro, seguida de una ausencia de recursos o señales de seguridad. De esta manera la valoración secundaria sería tanto un regulador como un potenciador de cualquier estado de ansiedad.

El modelo cognitivo al referirse a la ansiedad, utiliza como base la concepción del procesamiento de la información, descrita como, “las estructuras, procesos y productores implicados en la representación y transformación del significado basado en datos sensoriales derivados del contexto externo e interno” (Clark y Beck, 1999, p.77 citados en Clark y Beck, 2012). Afirmando, a partir de esta definición, a la ansiedad como producto de un sistema de procesamiento de información defectuoso. Para Clark y Beck (1997), en la ansiedad se hace participe dos tipos de procesamiento, tanto uno automático, como uno estratégico. Puede observarse en la Tabla 1, precisamente una descripción de las características de cada uno:

Tabla 1

Características del procesamiento automático y estratégico

Procesamiento automático	Procesamiento estratégico
<ul style="list-style-type: none"> • Sin esfuerzo • Involuntario • No intencionado • Fundamentalmente preconscious • Rápido, difícil de finalizar o regular • Capacidad mínima de procesamiento atencional • Capaz de procesamiento paralelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere esfuerzo • Voluntario • Intencionado • Plenamente consiente • Lento, más disponible a la regulación • Requiere mucho procesamiento atencional • Se sostiene sobre el procesamiento serial • Puede manejar tareas nuevas, difíciles y no practicadas previamente. • Niveles altos de procesamiento cognitivo que conllevan el análisis semántico y la síntesis

Tabla 1 (continuación)

Procesamiento automático	Procesamiento estratégico
<ul style="list-style-type: none"> • Estereotípico, conllevando tareas cotidianas y muy practicadas • Bajo nivel de procesamiento cognitivo con análisis mínimo 	

Nota. Fuente: Clark y Beck (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. (p.73)

El procesamiento automático está asociado a una valoración primaria y rápida, mientras que el procesamiento estratégico, permanece relacionado con la valoración secundaria del estado de ansiedad, vinculándose con su mantenimiento.

Beck et al. (1995, 2005, citados en Clark y Beck 2012), mencionan como principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad a lo descrito en la Tabla 2 que a continuación se presenta:

Tabla 2

Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

Valoraciones exageradas de la amenaza

La valoración automática (primaria) es altamente selectiva con el riesgo

Mayor indefensión

La valoración secundaria de los recursos de afrontamiento es baja

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad

Las señales de seguridad son omitidas o algunas son utilizadas inapropiadamente

Tabla 2 (continuación)

<p>Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo</p> <p>Un razonamiento más equilibrado y completo se vuelve bastante complejo</p> <p>Procesamiento automático y estratégico</p> <p>La ansiedad es resultado, tanto de procesos inmediatos como de una elaboración secundaria</p> <p>Procesos auto- perpetuanes</p> <p>Al verse obligado por sus efectos a controlar la ansiedad, esta empeora</p> <p>Primacía cognitiva</p> <p>La cognición es primordial tanto en la adquisición como el mantenimiento</p> <p>Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad</p> <p>Hay determinados esquemas que pueden predisponer a generar el cuadro</p>
--

Nota. Fuente: Clark y Beck (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. (p.75)

Aunque Clark y Beck (2012), reconocen el papel de la aparición espontánea de la ansiedad en el trastorno de angustia, también reconocen, sin embargo, que en general existen variables causales en los diferentes trastornos de ansiedad, aunque son diferentes en cada uno de los casos. Por otro lado, estos mismos autores afirman que el modelo cognitivo es coherente con el modelo diátesis estrés, afirmándose sobre la idea de que un evento activador (estrés), genera una serie de respuestas de ansiedad clínica en sujetos con una determinada predisposición (diátesis).

Beck (1976, citado en Ruiz et al., 2012), indica que, a diferencia de la depresión, en el caso de la ansiedad se da de manera predominante, esquemas que giran en torno a la amenaza o peligro, además de una visión propia (de sí mismo), como vulnerable, del mundo

como amenazante y del futuro como incontrolable, siendo estas sus características más reconocibles. El citado autor, define al término esquema como organizaciones complejas que contienen creencias nucleares relacionadas con nuestra percepción del mundo, otros y nosotros mismos (Ruiz et al. 2012).

Clark y Beck (2012) sintetizan el modelo cognitivo de la ansiedad, bajo tres fases o etapas de procesamiento.

- En primer lugar, tenemos a la aparición del estímulo que activa o genera la respuesta el denominado “modo de orientación” (1996 citado en Clark y Beck, 2012), que es básicamente un conjunto de esquemas que se activan de manera no consciente o automático, teniendo una función enteramente de supervivencia en donde los pacientes con ansiedad, presentan una elevada sensibilidad ante los estímulos negativos (poco equilibrada), generando una valoración negativa.
- En segundo término, este denominado modo de orientación va a generar la activación de un modo primal de amenaza, o, en otras palabras, de esquemas vinculados a la amenaza, teniendo estos una base evolutiva, es decir de carácter universal y poco flexible. Cuyo objetivo es la búsqueda de seguridad para el sujeto, pudiendo observarse la aparición de conductas vinculadas a la auto-protección o de inhibición.
- Finalmente, en tercer lugar, luego de la activación del modo de orientación seguido de la activación primaria de amenaza (donde se generan sesgos y errores de procesamiento asociados a la amenaza), se desencadena, un proceso de evaluación más sosegado, llamado reelaboración secundaria. A pesar de que rara vez logre alternativas viables al mantenimiento de la ansiedad, se manifiesta a este nivel respuestas enfocadas en los recursos de afrontamiento de los sujetos, valorándose la poca eficacia o una visión pesimista de los resultados, siendo especialmente difícil

para el sujeto prestar atención o acceder de manera eficaz a las señales de seguridad que podrían estar en dicho momento. De esta manera, es que se fortalece y mantiene la ansiedad.

1.1.3. Deslinde conceptual

Miedo

Para Cannon (1927, citado en Sarudiansky, 2013), el miedo tiene importancia y función a un nivel filogenético. Por otro lado, Sadock y Sadock (2007), se refieren a que el miedo necesita de un objeto en el mundo real, además de que es necesario que el sujeto sea consciente de su presencia. Este aspecto ya había sido reconocido por Jaspers (1998, citado en Sarudiansky, 2013), quien también hace mención de que el miedo requiere de un objeto real, a diferencia de la angustia.

La idea de que el miedo tiene un papel biológicamente heredado y que es una reacción inmediata de protección o supervivencia, es reconocida tanto por Cia (2007), como por Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012), quien a su vez también hace mención de la necesidad de la presencia de un objeto real para saber qué hacemos referencia al miedo, agregando la tendencia a la acción o emisión de conductas como un aspecto adicional a lo mencionado por otros autores. Esta conducta emitida ha de ser una conducta defensiva según refiere Beck y Greenberd (1988, citados en Clark y Beck, 2012).

Marks (1986, citado en Sierra et al. 2003), refuerza la tesis de que el miedo requiere de un evento o estímulo en el presente, mientras que, en el caso de la ansiedad, esta se da más como una reacción anticipatoria, ante lo poco definido o inesperado. Un argumento identificador es sugerido por Ayuso (1988, citado en Sierra et al. 2003).

Para el modelo cognitivo de la ansiedad, el miedo esta en relación con la ansiedad, al evocarse primero el miedo como una valoración inmediata y rápida. Definiéndose como

un estado neurofisiológico que lleva inevitablemente a una valoración cognitiva (Clark y Beck, 2012).

Angustia

Uno de los problemas más fáciles de identificar a la hora de intentar diferenciar la angustia de la ansiedad, se da en las diferencias existentes para denominar en cada idioma a estados equivalentes a los mencionados. Por ejemplo, como sabemos en español tenemos palabras distintas para hacer mención tanto de la ansiedad como de la angustia, situación que igualmente ocurre en el francés, que utiliza *anxiété* y *angoisse*. Sin embargo, si buscamos otras referencias en idiomas que son fuentes importantes de consulta a nivel académico, como el inglés o el alemán, solo encontramos los términos de *anxiety* y *angst* respectivamente en cada idioma referido, generándose lo que Sarudiansky (2013) define como una asimetría terminológica, que en términos concretos ocurre cuando no hay una equivalencia en otro idioma para hacer mención de un término, pues este no existe o está incluido bajo otra u otras definiciones.

Esta situación claramente no es la única que ha ocurrido en Psicología, Strachey (1909, citado en Sarudiansky, 2013), refiere que a pesar de que Freud separaba *angst* (angustia), *furcht* (temor) y *schreck* (terror), a la hora de traducir sus escritos al francés uso a *angoisse* y *anxiété* como sinónimos de *angst*. En otro ejemplo, Lewis (1890, citado por Sarudiansky, 2013), indica que el filósofo danés Kierkegaard, tradujo *angst*, como terror o miedo en lugar de *anxiety* para el idioma inglés. Esta y otras situaciones han generado que las traducciones sean un problema a la hora de poder apoyar una definición más consensuada y accesible sobre los términos en discusión.

Dentro de los intentos que podemos reconocer, ubicamos a Littré y Robin (1858, citados en Berrios, 1996), quienes hacen referencia a que la angustia es una forma más avanzada o grave de la ansiedad. Por otro lado, Brissaud (1902, citado en Berrios, 1996),

indica que la angustia posee manifestaciones experimentadas bajo la forma de una sensación de constricción, mientras que en la ansiedad puede observarse sentimientos de inseguridad. Hardy, Hardy y Kerneis (1985, citados en Sarudiansky, 2013), también hacen referencia igualmente a Brissaud (1890) en los mismos términos.

Para Sadock y Sadock (2007), la angustia se define como un episodio agudo (breve tiempo), de intensidad considerable, con predominio de una sensación sobrecogedora de terror. Por otro lado, Cia (2007), indica que la angustia está vinculada a una sensación de miedo hacia lo no conocido, teniendo manifestaciones más somáticas o como producto de una muerte inminente y sensación de pérdida de control de uno mismo, mientras que, en la ansiedad, predomina la sensación de incertidumbre e inseguridad, además de observarse el predominio de síntomas respiratorios. Al respecto el autor concluye que hace uso de manera indiferencia de ambos términos, tanto angustia como ansiedad, al ser esta la tendencia actual desde su perspectiva.

Para Sierra et al. (2003), la angustia genera una reacción de inmovilización, mostrándose vinculada a situaciones donde se experimenta desesperación, teniendo por característica la dificultad para actuar por propia cuenta o de manera voluntaria. Lopez-Ibor (1969, citado en Sierra et al. 2003), indica que predominan los síntomas físicos en el caso de la angustia, además de que la captación de estímulos se encuentra disminuido.

Al respecto de todo lo mencionado, puede concluirse que a pesar que pueda en algunos casos usarse o intentar equiparar a la ansiedad y angustia, existen claras referencias a una diferencia que podemos pasar a enumerar:

1. La angustia ha tenido un uso y estudio más desde el campo de la filosofía y literatura (Sierra et al., 2003) (Cia, 2007), vinculándolo con el papel que ha tenido la reflexión sobre la muerte o la condición de ser mortal. Por otro lado, hay que destacar el papel que ha tenido dicho término en la elaboración de la propuesta teórica de Freud (1905)

(1920), desde donde ha sido valorada al punto de ser posiblemente un concepto centro vinculado a la etiología y mantenimiento de las alteraciones mentales llamadas *neurosis*. No puede decirse, sin embargo, que hoy en día la ansiedad tenga un carácter vinculatorio respecto a la sexualidad, como producto de la represión o algún mecanismo de defensa exclusivamente, sino que puede tener más de una causa, no solo de índole sexual.

2. Puede decirse que la ansiedad tiene un carácter anticipatorio donde predomina lo imprevisible e incontrolable, pero adicionalmente se encuentra vinculado de manera intrínseca con el miedo, es decir que no puede darse la ansiedad sin el miedo (Clark y Beck, 2012).

Estrés

Puede definirse que el estrés es un estado al que cualquier ser humano se ha sometido de manera universal. Su origen se encuentra vinculado al término *distrés*, que puede entenderse como pena o aflicción (Sierra, et al. 2003). Otra es la postura de Cia (2007), quien refiere que su origen está vinculado al término *stress*, el cual puede evocar constricción o demanda de energía, entre otros significados que pueden relacionarlo con la definición de angustia.

Lazarus y Folkman (1984, citados en Sierra et al. 2003), plantean que el estrés es una relación en que el sujeto visto las demandas del ambiente considera un posible peligro al tener insuficientes recursos para afrontar las exigencias observadas. Así mismo, según Selye (1956, citado en Sierra et al. 2003), la respuesta de estrés genera un periodo de activación a nivel biológico buscando resolver la situación que desencadenó tal reacción, seguido de una etapa en la que busca mantener dichos cambios hasta la resolución hipotética de la agresión, demanda o exigencia, para dar finalmente paso a un agotamiento o cansancio

en caso los recursos utilizados por el organismo hayan fallado o no otorgado la resolución de la situación estresante. Desde la perspectiva de Selye, claramente puede identificarse como el estrés cumple más un papel de irrumpir en la homeostasis o equilibrio.

Selye además se refiere al estrés como una reacción no específica ante alguna exigencia hecha al organismo, mientras que, para la Organización Mundial de la Salud, se define más como varios tipos de reacciones de índole somática que ayudan al organismo para actuar. Por otro lado, una reacción excesivamente prolongada donde los recursos no hayan podido generar una vuelta al equilibrio, genera el denominado distrés, en donde hay una afectación del rendimiento (Cia, 2007).

Cia (2007), por otro lado, hace referencia al papel que juegan los denominados agentes estresantes, los cuales son los causantes del estrés. En primer lugar, tenemos al estrés psíquico, que es el resultado de cogniciones vinculadas a una esfera personal o particular, como objetivos no cumplidos, fracasos considerables o repetidos, entre otros. Por otro lado, tenemos al estrés físico, que se vincula más a un ámbito biológico o relacionado exclusivamente con el cuerpo, como puede ser por ejemplo como resultado de tareas que requieren un esfuerzo físico desproporcionado de enfermedades crónicas o de condiciones o temperaturas, entre otros. Finalmente, tenemos al estrés socio cultura que tiene una causa más de tipo ambiental, pudiendo observarse en situaciones en donde hay cambios en las condiciones laborales o de trabajo, en las separaciones de pareja, relaciones infructuosas entre miembros de una familia e incluso como resultado de algún tipo de restricción social o marginación de diferente índole.

Haciendo ya referencia a la diferencia entre ansiedad y estrés, Sierra et al. (2003), plantea que mientras el estrés se da al ser una respuesta frente a la incapacidad de responder a determinadas exigencias ambientales (agentes estresantes), la ansiedad es una respuesta de índole emocional con diferentes canales de manifestaciones, tanto cognitivo, fisiológico

como motor. La tesis de que la ansiedad es una respuesta emocional, también la reconocemos en Clark y Beck (2012), quienes agregan que además de ser una respuesta emocional, tiene como activador al miedo y tiene por característica el anticipar eventos que tengan por característica, ser imprevisibles o incontrolables y que puedan atentar contra intereses vitales.

Puede decirse como conclusión que el estrés puede incluir como consecuencia a la ansiedad, pero una persona con ansiedad no necesariamente ha de tener estrés, pues se requieren de los agentes estresantes. Puede agregarse, además, de que el estrés no es exclusivo de los seres humanos, sino que es una característica de todo ser vivo sin que haya incluso una valoración cognitiva, como es el caso de un perro que sufre un cambio de ambiente.

1.1.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad

De acuerdo con el DSM V (APA, 2014), los trastornos de ansiedad son un grupo reconocible de alteraciones, lo que quiere decir que tienen una categoría separada de otras afecciones igualmente identificables. Respecto de versiones anteriores como el DSM IV TR, en donde Sadock y Sadock (2007), ubica un total de 11 diagnósticos diferentes, se han observado a la actualidad diferencias entre las que se incluye la exclusión tanto de trastorno obsesivo compulsivo como el trastorno por estrés post traumático. Otra situación la observamos en alteraciones como el mutismo selectivo y el trastorno por separación los cuales han sido incluidos, en otros aspectos tanto la agorafobia como el trastorno de pánico han sido claramente diferenciados, según refiere Tortella-Feliu (2014), situación diferente a la versión anterior en donde observábamos diagnósticos que incluso podrían incluir a ambos.

Así mismo se mantiene el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social o fobia social, el trastorno de pánico y la agorafobia ambos ya citados, la

fobia específica, el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el trastorno de ansiedad no especificado y otros trastornos de ansiedad especificados (APA, 2014).

En el caso del CIE 10 (OMS, 2000), este sistema de clasificación agrupa a los trastornos de ansiedad bajo el nombre de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, en el cual se incluyen grupos de alteraciones que en el DSM V se han visto claramente diferenciadas como los trastornos obsesivos, disociativos, vinculados a traumas y situaciones estresantes, así como las alteraciones de síntomas somáticos.

Puede decirse en conclusión que mientras el CIE 10 propone una clasificación que agrupa un amplio espectro de alteraciones muchas de las cuales son consideradas por el DSM V como claramente heterogéneas, este último propone en reemplazo una mayor especificidad y menos cantidad de cuadros dentro del grupo que incluyen a los trastornos de ansiedad.

1.2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

1.2.1. Antecedentes

Las primeras referencias al Trastorno de ansiedad generalizada que en adelante denominaremos bajo las siglas TAG, se pueden ubicar en el concepto de neurosis de ansiedad, como mencionan Roemer, Orsillo y Barlow (2002, citados en Beck & Clark, 2012). Siendo dicha denominación recogida en la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la asociación psiquiátrica americana bajo la denominación de DSM-II, (APA, 1968) en donde puede observarse que no se efectúan aclaraciones entorno a si es una afección ansiosa crónica o de aparición intensa y transitoria (crisis de angustia) tal y como refieren Mennin et al. (2002 citado en Beck & Clark, 2012)

Desde el DSM-III, el TAG pasa a ser una categoría diagnóstica identificable, pero residual, es decir, posible de ser diagnosticada en ausencia de síntomas que definan otra alteración (APA, 1980). A falta de criterios más específicos que lo diferencien de manera clara de otras alteraciones ya en la edición revisada del DSM-III (DSM-III-R), el TAG pasa a ser ubicado como una categoría diagnóstica principal, teniendo como elemento más importante la presencia de una constante y excesiva preocupación. La definición brindada en esta edición propone que el diagnóstico ha de efectuarse de poder ubicar un total de 6 de 18 síntomas fisiológicos, divididos en 3 categorías, tensión motora, hiperactividad autónoma e hipervigilancia, además de definir el periodo de duración mínimo de los síntomas a 6 meses (APA, 1987).

Ya en versiones siguientes como el DSM-IV y su versión revisada (DSM-IV-R), el TAG pasa a reducir la cantidad de síntomas fisiológicos considerados para su diagnóstico de 18 (anteriormente mencionados) a 6, disminuyendo la dificultad de diferenciarlo con otros cuadros. A este respecto, se indica que la preocupación, rasgo característico del TAG, se origina incluso ante eventos de menor importancia, siendo especialmente difícil controlar el flujo de los pensamientos negativos una vez han empezado, tal y como lo mencionan Roemer, Orsillo y Barlow (2002, como se cita en Montorio et al., 2011).

1.2.2. Definición

En la actualidad los criterios para el diagnóstico del TAG no han visto modificaciones en el DSM V (APA, 2014), respecto de la versión anterior, el DSM IV-TR. Mientras que en el caso del CIE 10 (OMS, 2000), el manual diagnóstico sigue vigente y utilizándose a la espera de una versión más actualizada.

A continuación, en la Tabla 3, se procede a describir, los criterios para el diagnóstico del TAG, en según el DSM V:

Tabla 3

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

DSM V	CIE -10
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p>Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Facilidad para fatigarse. 	<p>A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.</p> <p>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:</p> <p>Síntomas autónomos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). <p>Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dificultad para respirar. 6. Sensación de ahogo. 7. Dolor o malestar en el pecho.

Tabla 3 (continuación)

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

Tabla 3 (continuación)

DSM V	CIE -10
<p>valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés post traumático, 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>17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental.</p> <p>18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.</p> <p>Otros síntomas no específicos:</p> <p>19. 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 e debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico o trastorno</p>

Tabla 3 (continuación)

DSM V	CIE -10
	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.(pp. 115-116)

Sadock y Sadock (2007), indican que en el TAG se evidencia una preocupación desmesurada por distintos eventos, experiencias o circunstancias que transcurren en la vida cotidiana. Para estos autores los síntomas de este trastorno pueden variar o confundirse con los de otras alteraciones, tanto médicas como psiquiátricas. Esto último puede observarse en lo mencionado por Bradwejn, Berner y Shaw (1992, citados en Dugas y Ladouceur, 2002), quienes indican que los pacientes con TAG suelen acudir al médico general, por síntomas somáticos como la fatiga e insomnio. Además de que los síntomas presentados en estos pacientes son menores en comparación con otros trastornos de ansiedad y de que el nivel de afectación social es menos pronunciado según Noyes et al. (1992, citados en Dugas y Lodouceur, 2002).

Debido a que los síntomas pueden no ser tan connotados o específicos como en otras alteraciones, muchos de los pacientes con este trastorno, suelen postergar su visita a un profesional (Rapee, 1991, citado en Dugas y Lodouceur, 2002), además de observarse que un 80% de los pacientes no recuerdan las primeras manifestaciones del cuadro y refieren haber

estado ansiosos y preocupados desde siempre (Barlow, 1988; Rapee, 1991, citados en Dugas y Lodouceur, 2002).

Otro aspecto a considerar es el de la preocupación como característica central del TAG. Para Montorio et al. (2011), el tipo de preocupación observada en estos pacientes, tiene por característica el referirse a un amplio espectro de eventos y actividades, sin limitarse o vincularse a algo en particular. Además, según el autor en mención, prácticamente cualquier situación, incluso aspectos menores pueden desencadenar las manifestaciones del cuadro, observándose una mayor cantidad de preocupaciones vinculadas a eventos no reales o actuales. Para Clark y Beck (2012), la preocupación en el TAG tiene por característica ser crónica y desproporcionada, pero adicionalmente puede decirse que:

“Es una estrategia mal adaptativa y auto-perpetuante que contribuye a la persistencia de la ansiedad (1) magnificando una interpretación sesgada de la amenaza anticipada; (2) generando una falsa sensación de control, previsión y certidumbre; (3) garantizando la atribución errónea de que no ocurra el resultado temido al proceso de preocupación; (4) culminando en los intentos frustrados de establecer una sensación de seguridad”
(p.653)

Para Dugas y Ladoceur (2002), los sujetos con una preocupación desmedida, además ser capaces de encontrar temas de preocupación recurrente, son incapaces de darles solución o confrontarlos adecuadamente. Además de que las personas con TAG, expresan más preocupaciones sobre eventos de menor importancia respecto de otros grupos clínicos de tipo ansioso.

Deffenbacher (2002), afirma que, a diferencia de una solución eficaz, en donde se sopesa tanto resultados a favor como en contra, una persona con esta condición clínica, es decir el TAG, aportara una mayor atención en la identificación de los aspectos exclusivamente negativos. Puede decirse entonces, que se observa una limitación en las primeras etapas de la

solución de un problema. (Deffenbacher y Suin 1987, citados en Deffenbacher, 2002). Esta primera etapa consistente solo en el planteamiento del problema más no en su solución (Dugas y Ladouceur, 2002)

De acuerdo con la teoría de la preocupación como evitación cognitiva, propuesta por Borkovec, Ray y Stober (1998, citados en Montorio, et al. 2011), se define a la preocupación como una vivencia de carácter fundamentalmente verbal y lingüístico, que está relacionado con la disminución de imágenes mentales (Borkovec y Inz, 1990, citados en Montorio, et al. 2011). Observándose un mecanismo de reforzamiento negativo, al evitarse la exposición a las imágenes mentales, a través de la atención hacia el contenido verbal. Como se sabe las manifestaciones conductuales en el TAG no son claras, debido a que no hay un énfasis de la preocupación hacia un aspecto en particular, por lo que la evitación característica de un cuadro ansioso, es de tipo cognitivo (Montorio et al. 2011). Adicionalmente a lo mencionado, los autores refieren que en el caso del TAG, bajo esta teoría, existe un mantenimiento del trastorno debido a que no hay una suficiente exposición cognitiva hacia los estímulos temidos, además de que existe una serie de presunciones asociadas al hecho de considerar un papel positivo a mantener la preocupación (Borkovec y Romer, 1995). Esto puede explicarse, desde lo referido por los autores citados, quienes informan que puede observarse que los eventos temidos nunca suceden, lo que refuerza igualmente el uso de la preocupación como una estrategia de afrontamiento.

Otra es la propuesta del modelo metacognitivo del TAG, propuesto por (Wells. 1995,1999 citado en Montorio et al., 2011), en donde se diferencia dos tipos de preocupaciones, la primera hace referencia a un tipo de preocupación vinculada a eventos de carácter no cognitivo, donde podemos identificar tanto a las reacciones fisiológicas como a eventos ambientales e individuales, mientras que el segundo tipo, se hace mención a una preocupación sobre la propia preocupación (Wells. 2006, citado en Montorio et al. 2011). Esta teoría plantea

que cuando las personas con TAG, experimentan las preocupaciones de tipo 1 (no cognitivas), lo harán hasta que logren su resolución o que algo más logre captar su atención, sin embargo, si ninguno de estos dos eventos ocurre, sucede que el estado de ansiedad aumenta. Dada esta situación es que se activan las preocupaciones de tipo 2, generándose una intensificación de las preocupaciones de tipo 1, prolongándose el estado ansiogeno. Finalmente, el trastorno se mantiene debido a que los sujetos que la experimentan intenta evitar las consecuencias derivadas de la exposición hacia la preocupación, además de observarse tanto la necesidad de preocuparse, como de intentar evitar hacerlo, siendo esto último infructuoso (Montorio et al. 2011).

Otro es el caso del modelo de intolerancia hacia la incertidumbre (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998, citados en Montorio et al.2011), desde donde se plantea a la intolerancia hacia la incertidumbre como un elemento principal vinculado al TAG, expresándose en manifestaciones negativas en diferentes canales, tanto emocional, cognitivo como conductual y presentándose frente a situaciones imprecisas o inciertas (Dugas, Bhur y Ladouceur, 2004, citados en Montorio et al. 2011). Esta tendencia negativa hacia este aspecto natural en todo problema, puesto que no podemos generar un control absoluto nunca, hace que los sujetos generan intentos fallidos o un control infructuoso (Montorio et al. 2011). Por otro lado, esta intolerancia hacia la incertidumbre, muestra una relación indirecta con tres variables, propuestas por Dugas et al. (1998, citado en Montorio et al. 2011):

- Por un lado, tenemos a las presunciones positivas sobre la preocupación, que son cogniciones que asumen a la preocupación, como generadora de mejores soluciones o medidas para prevenir emociones no deseadas (Freeston, Rhéume, Latetarte, Dugas y Lodouceur, 1994, citados en Montorio et al. 2011). Siendo este tipo de creencia reforzado tanto positivamente cuando los problemas suelen encontrar alguna solución

o aparecen consecuencias positivas como negativamente cuando sencillamente las imágenes de los problemas temidos nunca ocurren en la realidad.

- Así mismo, tenemos a la orientación negativa hacia los problemas, que es la segunda variable citada por estos autores, de donde se desprende el concepto, tanto la insuficiente confianza o falta de esta respecto a los recursos para hacer afrontar un problema, como de la presunción de que estos son una amenaza (D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1998, citados en Montorio et al. 2011).
- Finalmente tenemos a la evitación cognitiva, que es básicamente el mecanismo utilizado frente a la intensificación tanto de las imágenes mentales y de sus consecuencias a nivel de síntomas de ansiedad, que son contrarrestados o regulados por la preocupación que es de carácter principalmente verbal.

Una teoría, descrita igualmente por Montorio et al. (2011), como relativamente reciente y que requiere mayor evidencia empírica, es el modelo de déficit de regulación emocional (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2002, citados en Montorio et al. 2011), que recoge el concepto de la preocupación como evitación cognitiva (Borkovec, et al. 1998, citados en Montorio et al. 2011), introduciendo el proceso de regulación emocional como un elemento indispensable en la comprensión clínica del TAG. Desde esta perspectiva la regulación emocional es toda conducta voluntaria para intentar modificar cuando y como se dan las emociones. Los autores que proponen este modelo informan que en los pacientes con TAG, se da un déficit a este nivel, por lo que experimentan las emociones de una forma bastante intensa, además de que no son capaces de comprenderlas. Generando reacciones negativas ante la emoción, como el miedo y mostrar una regulación limitadamente adaptativa.

Warren (1999), agrega que el TAG tiene por característica tanto una mayor frecuencia como variedad entorno a sus preocupaciones, además de presentarse contra la voluntad del sujeto.

1.2.3. Etiología

De acuerdo con Barlow (1988, citado en Warren, 1999) y su modelo de desarrollo y mantenimiento del TAG, al estar presente tanto una vulnerabilidad biológica como psicológica, los sujetos se predisponen a generar reacciones a nivel neurológico de intensidad considerable, sea ante eventos negativos como ante demandas o exigencias vitales. De igual forma, eventos experimentados como imprevisibles o incontrolables pueden generar un proceso de generalización hacia eventos inocuos o neutrales para la mayoría de personas.

Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012), hace referencias a la vulnerabilidad biológica, planteándola desde una perspectiva más vinculada al ámbito de la heredabilidad, expresándose en una elevación de los rasgos temperamentales como el neuroticismo o la ansiedad rasgo. Sin embargo, esta tesis propuesta por este autor solo supone presencia en un estimado del 30 al 40% de todos los trastornos de ansiedad.

Eysenck (1975, citado e Clark y Beck, 2012), se refieren al neuroticismo como una tendencia a tener entre otros aspectos respuestas ansiosas o vinculadas a sentirse agobiado por las preocupaciones, esto último que puede observarse especialmente en el TAG. El autor indica que los sujetos especialmente introvertidos presentan mayor tendencia a generar posiblemente ansiedad, al tener un sistema límbico bastante reactivo, generando mayores respuestas emocionales condicionadas.

Para Montorio et al. (2011), no hay evidencia que sustente que el TAG tiene a los factores genéticos como aspectos determinantes en la generación del cuadro. Sin embargo, este autor subraya el papel contextual, en especial a nivel intrafamiliar, desde donde podría esgrimirse una posible causa para el desarrollo posterior del trastorno.

1.2.4. Epidemiología

Brown, O' Leary, Barlow (1993, citados en Warren 1999), refieren que hay pacientes con TAG que pueden llegar a identificar su preocupación como parte de su forma de ser o

comportarse, pues existen casos en que la edad de aparición es bastante temprana. Para Sadock y Sadock (2007), a pesar de que la edad de aparición puede variar, esta puede asociarse a la adultez temprana. Por otro lado, según esos mismos autores, por cada dos mujeres con TAG hay un hombre que presenta igualmente el cuadro. Esta información va en consonancia a lo mencionado por Lieb, Becker y Altamura (2005, citados en Montorio et al. (2011), quienes indican que el riesgo de contraer TAG identificado en distintos estudios europeos, concluye que dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres.

Montorio et al. (2011) mencionan que existe una alta variabilidad en la prevalencia del TAG pues esta depende tanto de los lugares donde se han desarrollado los estudios como de los criterios para el diagnóstico empleados. Al respecto en los estudios realizados en Estados Unidos por Kessler et al. (2008, citados en Montorio et al. 2011) la prevalencia a lo largo de la vida era del 5%, mientras que en los últimos 12 meses era del 3%. Mientras que en los estudios en países europeos a cargo de Lieb, Becker y Altamura (2005, citados en Montorio et al. (2011), la prevalencia en los últimos 12 meses es aproximadamente superior al 2%. Finalmente, en un estudio efectuado en varios países que incluyen a España, Montorio et al. (2011), refiere una prevalencia del 2.8%.

Por otro lado, de acuerdo con los datos proporcionados por Barlow (1988, citado en Warren, 1999) solo el 10% de los afectados por el TAG solicitan ayuda, mientras que el 4% de la población general presenta el trastorno, siendo considerado una de las alteraciones de tipo ansioso más comunes. La idea de que es una de las alteraciones más comunes en el grupo de los trastornos de ansiedad, es avalada también por Sadock y Sadock (2007), quienes refieren una prevalencia de entre el 3% al 8% de la población, solo siendo superada por la Fobia específica a la que se le asocia aproximadamente un 10%.

1.2.5. Comorbilidad

Para Warren (1999), la mayoría de pacientes que tienen un diagnóstico de TAG, presentan algún otro tipo de alteración mental, entre lo que destaca la fobia social y la fobia específica. Sadock y Sadock (2007), indican que con el tiempo los pacientes con este cuadro pueden generar una depresión secundaria, esta idea es reforzada al indicar estos mismos autores en que entre un 50% al 70% de los pacientes con un trastorno depresivo generan algún tipo de trastorno ansioso o pensamientos obsesivos.

Dugas y Ladouceur (2002), refieren la existencia de diversos estudios que avalan una elevada frecuencia de casos con TAG con algún tipo de comorbilidad. Entre los estudios mencionados se refieren a la fobia social, el trastorno de pánico, la distimia y la fobia específica como las alteraciones más frecuentes que se presentan en pacientes con TAG. Además de lo mencionado, refieren también que la comorbilidad del TAG al presentarse como diagnóstico secundario también es elevada. Por ejemplo, Sanderson, Beck y Beck (1990, citados en Dugas y Ladouceur, 2002), informan que en casos de depresión o de distimia tanto el TAG como la fobia específica eran las alteraciones más frecuentes que acompañaban a dichos cuadros.

1.3. Terapia cognitiva

1.3.1. Antecedentes

Bas (1992), hace referencia a que los pioneros de la terapia cognitivo conductual, (Beck, 1967, Ellis, 1973, citados en Bas, 1992), reconocieron abiertamente su insatisfacción con el psicoanálisis, luego de haberlo practicado en un ámbito clínico. Sin embargo, no puede dejar de reconocerse la influencia que tuvo en cada uno (Caro, 2009). Para Beck y Wishaar (1989, citados en Caro, 2009), la influencia que tuvo de la filosofía, en especial la estoica, a través de la lectura de la obra de Epicteto, de nombre *Enquiridión* aporta la idea de la cognición y su repercusión en la vida de las personas, una idea central en el desarrollo del modelo. En otros aspectos, no se puede dejar de subrayar, la influencia del conductismo, al proporcionar el uso

del método científico dentro de la propuesta tal y como lo indica Freeman (1983, citado en Caro, 2009).

Finalmente, tampoco desconocerse la influencia de la psicología cognitiva (Kelly, 1955, Piaget, 1960, citados en Ruiz et al., 2012). Así como los trabajos en el paradigma del procesamiento de la información (Atkinson y Shiffrin, 1968, citados en Ruiz et al., 2012). Al respecto a todo lo mencionado puede decirse que el modelo cognitivo no ha tenido una sola fuente o referencia para su desarrollo, sino muchas de ellas.

1.3.2. Definición del modelo cognitivo

Caro (2009), indica que la base del desarrollo del modelo cognitivo, se enmarca dentro de una epistemología de corte modernista (Ibañez, 1992, 1993, citado en Caro, 2009). De allí se desprende por característica la idea de que los seres humanos, pueden razonar y captar adecuadamente la realidad, siendo el único tipo de conocimiento válido aquel que se acople a lo que en realidad existe fuera de él. De esta manera la realidad existe a pesar de nosotros, es decir que es independiente, por lo que, para poder captarla, debemos de emprender una serie de procesos que pueden o no estar funcionando correctamente. Estos aspectos son centrales tanto en la propuesta de Ellis como de Beck, además de que sugieren la participación activa del terapeuta y paciente en encontrar aquellos elementos erróneos, mejorando el proceso de conocimiento, es decir, tanto su adquisición como su representación a nivel cognitivo.

Arnkoff y Glass (1982), plantean que el modelo cognitivo debe de tener ciertos criterios, algunos de los cuales son: Un mayor énfasis al funcionamiento por sobre el contenido de los eventos cognitivos, una especial atención a la relación existente entre la cognición y el afecto, un adecuado sustento teórico que explique las modificaciones en el funcionamiento de una persona, sean estos positivos o negativos, además de los procedimientos para lograr un cambio favorable, entre otros.

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), refieren que las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva tienen una base en el ya citado modelo cognitivo. Para J. Beck (2000), el modelo cognitivo propone que las alteraciones de tipo psicológico tienen algún tipo de distorsión de pensamiento que afecta tanto el estado de ánimo como la conducta de las personas.

En relación al ya citado modelo cognitivo, Caro (2011), plantea que hay más de una psicoterapia cognitiva o enfoque dentro del modelo cognitivo, sin embargo, la denominación de cognitivo, hacia las terapias o enfoques que llevan esa denominación se debe a que tienen una vinculación directa con los procesos implicados en cómo se brinda significado hacia lo que cada ser humano experimenta. En consonancia a lo referido, la RAE (2014), indica que el término cognitivo se define como un adjetivo que se pertenece o guarda relación con el conocimiento, por lo que puede asumirse que los problemas relacionados a las terapias cognitivas o derivadas del modelo cognitivo son siempre problemas de conocimiento, brindando cada una, una respuesta diferente al problema del significado (Caro, 2007, citada en Caro, 2011).

Además de existir, diferentes propuestas o enfoques en el modelo cognitivo, hay diferentes maneras de agrupar o identificar a las terapias de que ello se desprende.

Por ejemplo, para Mahoney y Arnkoff (1978, citados en Bas, 1981), existen tres grupos claramente identificables:

- En primer lugar, tenemos a las psicoterapias racionales o también entendidas como de reestructuración cognitiva, que utiliza la metáfora del procesamiento de la información (Caro, 2009). En donde identificamos tanto a la terapia racional emotiva conductual de Ellis, a la terapia cognitiva de Beck y a al entrenamiento en auto instrucciones de Meichenbaum.

- En segundo lugar, se cita al grupo de las terapias de habilidades de afrontamiento o coping, donde se destaca la búsqueda de lograr que los sujetos adquieran un repertorio de respuestas que puedan utilizar frente a situaciones diversas o cambiantes pero que generen respuestas de ansiedad.
- En tercer lugar, tenemos a las terapias de solución de problemas o problem-solving, donde se hace un mayor énfasis en la ejecución como problema a tratar, sin dejar de reconocer los problemas a un nivel mediacional, es decir a nivel cognitivo, utilizándose técnicas combinadas cognitivo conductuales.

Una clasificación más actual la refiere Caro (1995, 1997, 2003, citadas en Caro, 2009), que sustenta una división en tres bloques, que, a su consideración, en un nivel epistemológico, se verían reducido en solo dos:

- En primer lugar, la citada autora, reconoce a los modelos de reestructuración cognitiva, los cuales asumen la metáfora del procesamiento de la información. Destacando la propuesta de Ellis y en de Beck, este ultimo de nuestra especial atención, por sustentar el tratamiento que usaremos.
- En segundo lugar, los modelos cognitivo-comportamentales, donde se incluye la metáfora del condicionamiento. Incluyendo modelos de un claro origen conductual como la terapia de solución de problemas de Nezu y colaboradores o el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum, pero que incluye el reconocimiento de elementos mediacionales.
- En tercer y último lugar, los modelos construccionistas o constructivistas, que se validan en la metáfora de la narrativa, teniendo estos modelos una clara orientación a un nivel epistemológico de corte post modernista.

Para la autora en mención, el grupo de terapias de reestructuración cognitiva que como mencionamos será de nuestra especial atención, plantea elementos clave como el reconocimiento tanto del análisis lógico de las creencias como de la comprobación o verificación empírica de las hipótesis, siendo ambos aspectos claves para generar un mejor ajuste del pensamiento respecto de la realidad (Clark, 1995, citado en Caro, 2009).

Beck et al. (2010), plantean que la terapia cognitiva tiene por característica el ser “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado” (p.13), algo que puede verse referido en lo mencionado por Blackburn, Davison y Kendell (1990, citado en Caro, 2009), quienes sustentan las características mencionadas, pero agregan otras:

- Es de tiempo limitado puesto que las sesiones están determinadas, entre 15 a 22 y duran de 3 a 4 meses.
- Es estructurada, puesto que cada sesión dura una hora.
- Está orientada hacia el problema, puesto que quienes participan en ella, terapeuta y paciente, se enfocan en definir y solucionar las dificultades actuales.
- Es ahistórica, dado que presta atención al “aquí y ahora”, sin recurrir a la vida pasada de los pacientes.
- Hace uso del método científico, pues asume la recogida de información, formula hipótesis, plantea pruebas o experimentos y evalúa los resultados.
- Hace uso de tareas para la casa, puesto que los pacientes deben hacer actividades, tales como prácticas las habilidades necesarias para el cambio, recoger datos o verificar hipótesis.
- Terapeuta y paciente ambos, tienen en común una comprensión de lo que sucede en la terapia.

Respecto a la terapia cognitiva, Beck et al (2010), se refiere al empirismo colaborativo, como aquel aspecto trascendental que permite la participación, ayuda mutua y activa entre paciente y terapeuta. Reconociendo como central el hecho de proporcionar a los pacientes elementos que puedan ser usados en vida diaria, como la incorporación de técnicas usadas por los terapeutas. Además de validar un especial interés en los síntomas objetivo o específicos, la evaluación de su base cognitiva, el sometimiento a un análisis lógico y basado en evidencias reales o empíricas.

1.3.3. Terapia cognitiva de Beck

Como se ha mencionado, la propuesta de Beck, se incluye dentro de los modelos de reestructuración cognitiva, por lo que ahora se pasara a explicar de manera más profunda su propuesta.

La terapia cognitiva, fue una propuesta de intervención que comenzó a gestarse alrededor de los años 70. Durante el inicio de la práctica de la psicoterapia Beck inicio intervenciones basadas en el psicoanálisis para casos vinculados a la depresión, que luego abandonaría. Según esta autora, el modelo cognitivo propone que los sujetos no responden de manera automática o inmediata ante los sucesos ambientales o estímulares, sino que en realidad ponen en marcha una serie de procesos que anteceden a la respuesta emocional, el citado proceso está en función de algo que el autor en mención denominado como esquema cognitivo (Ruiz, et al. 2012).

Si bien es cierto ya se ha indicado que el concepto de esquema es una idea que fue incorporada primero por Piaget (1960, citado en Ruiz et al. 2012), Beck le da una aplicación clínica. Según Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986, citado en Ruiz et al. 2012):

Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contiene nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales. (p. 368)

Para Freeman y Oster (2002), los esquemas son patrones en el procesamiento de la información y son generados a inicios de la vida de las personas. Esta perspectiva está en consonancia con el modelo diátesis estrés, que anteriormente ya se ha explicado, donde la diátesis es toda predisposición en el sujeto, y el estrés es el evento desencadenador de la aparición del cuadro. Además de lo mencionado los autores, plantean que los esquemas son teorías o hipótesis que guían e influyen la manera de ordenar y estructurar información, además que, “afectan no solo a la codificación de la información, sino también a procesos de recuperación de la misma” (p.544).

El proceso de aprendizaje descrito por Piaget (1954; Rosen, 1985, 1989, citados en Freeman y Oster, 2002), refiere que la información que adquiere las personas se compara siempre con la ya existente, dependiendo de si hay o no similitudes entre lo adquirido y lo aprendido anteriormente puede que ocurra un proceso para acomodar o mantener las jerarquías o categorías ya existentes en la organización cognitiva. Sin embargo, en el caso de las distorsiones cognitivas, puede darse el caso de que hay esquemas que se han vuelto permanentes e inflexibles, por lo que generan un nivel de vulnerabilidad a quien las tiene, al no permitir una adecuada adaptación. Otro aspecto a considerar es que los esquemas cognitivos no pueden solo ser producto de eventos vitales estresantes, sino que pueden ser en realidad parte de situaciones ambientales asumidas como normal, como la crianza que una persona ha recibido o las condiciones sociales y culturales alrededor de alguien (Freeman y Oster, 2002). Otros aspectos a considerar por los autores ya citados en los esquemas filtran que información se atiende o se valora, esto parece ocurrir porque las personas prefieren en realidad fiarse de

experiencias pasadas o de patrones ya establecidos en contextos ambiguos o poco claros (Beck, et al. 1979; Beck, 1991; Knon y Oei, 1994; Risking, 1983, citados en Freeman y Oster, 2002).

Los esquemas cognitivos están conformados por las creencias nucleares que son aquella parte más profunda de su composición, seguidas de las creencias intermedias, siendo estos dos aspectos ligados a los productos cognitivos, o también denominados como pensamientos automáticos (Ruiz, et al. 2012).

Siguiendo con las autoras ya mencionadas, Beck propone que los errores en el procesamiento de la información lleven el nombre de distorsiones cognitivas. Estas distorsiones permiten que esquemas nocivos para los sujetos puedan perpetuarse indefinidamente. Si bien es cierto ha habido diferentes modificaciones al respecto, Yurica y DiTomaso (2004 citados en Ruiz et al. 2012), recogen las más usuales en la Tabla 4:

Tabla 4

Distorsiones cognitivas

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Inferencia arbitraria/saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrido o va a ocurrir	“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”.

Tabla 4 (continuación)

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás	“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo)	“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado”
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos	“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”.
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.

Tabla 4 (continuación)

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de otros	“Mi novio me dice que soy culta, seguro que tiene razón”
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa	“Soy un fracasado”
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento	“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye	“Sé que mi papa, en el fondo, piensa que soy un inútil”

Tabla 4 (continuación)

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias	“Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más”
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias o aplicarla a una amplia gama de situaciones no relacionadas	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, sino es mejor no hacerlas”

Tabla 4 (continuación)

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de otros cuando no hay evidencia que la apoye	“María y Juan se están riendo seguro que es de mi”
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”
Afirmación con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”]

Nota. Fuente: Ruiz et al. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. (pp.374-375)

Al haberse dedicado en sus inicios a la intervención de casos de depresión Beck (1976, citado en Caro, 2009) expone el concepto de triada cognitiva que ejemplifica una visión o perspectiva particular de los pacientes con esta afección, desde donde podemos ubicar, tanto una conceptualización negativa del presente, de sí mismo y del futuro. Ubicándose como alguien que posee una ausencia o déficit de valor, a lo que se agrega una visión especialmente negativa del contexto, en donde identifica demandas que superan sus recursos, complementado de un porvenir lleno de padecimiento. Este concepto de la triada cognitiva se ha expuesto para otro tipo de alteraciones o trastornos como en el caso de la ansiedad, donde se distingue, la percepción de la imagen personal como vulnerable, del mundo como amenazante y del futuro como algo impredecible (Beck, Laude y Bohnert, 1997; Blackburn, Davidson y Kendell, 1990, citados en Caro, 2009). Para Freeman, Pretzer, Fleming y Simon (1990, citados en Caro, 2009), este concepto se vincula fuertemente a los pensamientos automáticos, mediante los cuales se pone de manifiesto de manera que los pacientes son usualmente incapaces de detectar este aspecto sin ayuda.

Ingraman y Hollon (1986, citados en Ruiz et al. 2012), suponen 7 pasos para a considerar para el desarrollo del cambio cognitivo (p.381):

- Proporcionar la lógica del tratamiento.
- Entrenar al cliente en técnicas de auto registro.
- Promover la realización de conductas mediante técnicas especificar y programación de tareas para casa.
- Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por los que se han formado y mantienen.
- Contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de las estrategias de razonamiento defectuosas.
- Articular los supuestos básicos subyacentes (esquemas).

- Preparar para la terminación de la terapia y prevenir las recaídas.
- La duración del tratamiento de la mayoría de los trastornos emocionales conlleva un número de sesiones limitadas: en el caso de la depresión reactiva unipolar, entre 15 a 20 con una periodicidad semanal. En casos más graves podría ser conveniente realizar dos sesiones semanales durante 4-5 semanas y posteriormente se pasaría a una semanal. (Beck et al. 1971, citado en Ruiz et al. 2012).

La perspectiva referida es acorde al concepto de que la terapia cognitiva es una propuesta de intervención básicamente estructurada (Beck et al., 2010). Que se apoya en las sesiones suelen tener una determinada metodología o pasos a seguir, pudiendo observarse, según indica Ruiz et al. (2012), aspectos como la revisión frecuente del estado actual de la paciente, la discusión y aspectos vinculados a lo ocurrido entre sesiones, comentarios o feedback sobre los trabajos delegados anteriormente, la búsqueda y comprobación constante de la evidencia empírica que sustente las cogniciones, así como el establecimiento de nuevas tareas que se anticipen a posibles complicaciones futuras. Beck sostiene que el empirismo colaborativo, que implica una participación activa de la paciente, en especial al inicio del tratamiento se hace indispensable (Beck et al., 2010).

1.3.4. Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso

Las técnicas utilizadas durante la intervención han sido de dos tipos, tanto cognitivas como conductuales:

1.3.4.1. Técnicas conductuales

Para Beck et al. (2010), durante las primeras fases de la terapia cognitiva se hace necesario tanto el restablecimiento de la funcionalidad de la paciente como además el formar una base de evidencia empírica por sobre el cual se pueda debatir o cuestionar determinadas formas de pensar o verse así mismo. Al respecto, Clark y Beck (2012), quienes indican que el valor de las técnicas conductuales puede observarse en el efecto positivo que puedan tener por

sobre la modificación de las cogniciones. Para Caro (2009), las técnicas conductuales brindan un efectivo aliviador respecto a los síntomas iniciales que presenta el paciente. A continuación, se proceden a describir:

Programación de actividades diarias

Para Ruiz et al. (2012), esta es una de las técnicas más importantes dentro de la terapia cognitiva y supone la organización y delegación de actividades que van a efectuarse a diario, sin dejar de lado utilizar un sistema gradual en cuanto a la complejidad que estas puedan presentar. Dado que es importante generar el éxito es que se espera brindar la sensación o percepción se ha de ser acorde a lo que cada paciente puede efectuar.

Según Caro (2009), las consideraciones para la aplicación de esta técnica son las siguientes:

- En primer lugar, no se debe de exigir el cumplimiento de las tareas delegadas.
- Se debe de dar un énfasis en lo que se debe hacer más que en la cantidad o intensidad de lo que hace.
- Se debe de dar un especial valor hacia los intentos más que directamente hacia el éxito o las consecuencias que traiga la actividad.
- Es recomendable al inicio de la puesta en práctica en efectuar junto con el paciente la elaboración del programa.

Técnica del dominio y la satisfacción (agrado)

Esta técnica se suele presentar de manera conjunta con la programación de actividades diarias (Ruiz et al. 2012). Supone incluir una explicación preliminar en donde el paciente pueda comprender la definición de que el dominio se expresa a través de la sensación o percepción de logro, mientras que el agrado (o satisfacción) está asociada a sensaciones agradables y bien recibidas por el paciente como reforzantes (Caro, 2009). Según esta misma autora, las técnicas de dominio y agrado tienen por objetivo el poder cuestionar o contrarrestar distorsiones

cognitivas que valoren las experiencias en una dicotomía del todo o nada, haciéndole llegar la posibilidad de que un éxito parcial es posible (Beck et al. 2010). Según indica Beck para su aplicación se suele agrupar cada tipo de actividad según sean de dominio y agrado planteando en una escala del 0 al 5 que grado de cualquiera de las respuestas genera en la persona (Caro, 2009).

Entrenamiento en habilidades sociales

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.

- El role playing o juego de roles de acuerdo a lo que menciona Beck et al. (2010), supone el proponerse asumir un determinado papel junto con el paciente, efectuando la simulación de una circunstancia de tipo social. Todo es apoyado en la ejecución de una conducta supone una evaluación o interpretación a nivel interno que puede ser aprovechado dentro de la terapia.
- El entrenamiento en asertividad, según los autores ya mencionados, puede aplicarse conjuntamente con el role playing. Supone el instruir a los pacientes en el uso de conductas que puedan proteger su interés frente a las otras personas de manera adecuada (Leahy y Holland, 2000, citados en Caro, 2009).
- El modelado, supone la demostración de un determinado comportamiento que se espera pueda replicarse. Del trabajo de Ruiz et al. (2012), se citan algunos aspectos que pueden generar una mayor cantidad de efectos positivos en la aplicación de esta técnica, como, por ejemplo: El éxito o reforzamiento observado hacia el modelo por sus conductas lo

hace mejor para el aprendizaje, tareas especialmente complejas suponen dificultad para ser replicadas, la similitud en características individuales con el paciente como el sexo, edad, etc. permite facilitar la imitación.

- El ensayo conductual, es para Ruiz et al. (2012), el elemento principal dentro del trabajo de las habilidades sociales, en donde los sujetos toman (aún más que en el role playing) mayor participación. Supone la aplicación de determinadas conductas deseables en contextos controlados para facilitar el éxito de su ejecución.

Visualización

Para Leahy y Holland, (2000, citados en Caro, 2009), la técnica de visualización implica el instruir a los pacientes en el uso de imágenes agradables para distraerlos de pensamientos que puedan estarles afectando e lograr adentrarlos en un estado de relajación. Esta técnica se ha utilizado para obtener mayores beneficios a la hora de aplicar la relajación progresiva de Jacobson.

Entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson

Supone generar una reducción de los niveles de activación a través de un descenso progresivo de la tensión muscular (Ruiz et al. 2012). Para ello se hace uso del reconocimiento de sensaciones vinculadas tanto a la tensión como a la relajación haciendo énfasis en la diferenciación que hay entre ambos. Durante el proceso de intervención se ha visto conveniente trabajar primero con 10 grupos musculares (Bernstein y Borkovec, 1973; Cautela y Groden, 1978, citados en Clark y Beck, 2012) que incluye: El brazo dominante, brazo no dominante, frente, ojos y nariz, mandíbula y cuello, hombros y espalda, pecho, estomago, pierna dominante y finalmente pierna no dominante. Luego se procedió a utilizar una versión abreviada, que incluye, 4 grupos musculares, ambos brazos, rostro y cuello, pecho y abdomen y ambas piernas.

La metodología a usar supone (Ruiz et al. 2012) seguir un orden concreto de las fases de relajación de cada grupo muscular, empezando por el brazo dominante y terminando por la

pierna no dominante, además del uso de la técnica de visualización que permita un mejor desarrollo y adquisición de la relajación.

1.3.4.2. Técnicas cognitivas

Beck et al. (2010), plantea que las técnicas cognitivas están diseñadas para brindar puntos de entrada en la estructura u organización cognitiva de la paciente. Para Caro (2009), las técnicas cognitivas permiten identificar las cogniciones o pensamientos que más dificultades causan en el momento presente. Para autora, de lo que se trata es hacer llegar al paciente ciertos aspectos que no suele prestar atención determinados pacientes debido a su estado o en su defecto mejorar la comprensión de lo que considera entiende de su alrededor. Tal y como expusimos en relación a las bases del modelo cognitivo, lo que interesa de la terapia cognitiva es el acercamiento al paciente a un conocimiento valido, que en otras palabras implicas algo que tenga una base sobre la realidad.

Psicoeducación

La terapia cognitiva se basa sobre un modelo educativo, es decir un modelo de cambio basando en el aprendizaje en reemplazo de una búsqueda exclusiva de control de los (Beck et al. 2010). Clark y Beck (2012), subrayan la importancia del formar o instruir a los clientes en el modelo cognitivo y los supuestos que propone en relación a la ansiedad. Este proceso formativo inicia con las primeras sesiones y cobra especial importancia en tanto permite una mejor adherencia al tratamiento. Otra referencia la brinda Leahy y Holland (2000, citados en Caro, 2009), quienes se refieren a la socialización de la paciente con la terapia cognitiva, incluyendo entre otros aspectos el uso de estrategias como la biblioterapia, basada en la lectura de folletos o contenido divulgativo hacia el gran público. Se espera que los pacientes puedan integrarse al proceso de intervención no solo mediante el desarrollo de actividades, sino

mediante la comprensión directa y permanente de cada actividad que realizan, comprendiendo sus fundamentos.

Definir los términos (análisis semántico)

Implica consultar o preguntar al paciente por la definición de los términos que utiliza, como, por ejemplo, podría ser, el consultar por cuál es su definición de felicidad (Leahy y Holland, 2000, citados en Caro, 2009)

Reatribución o técnica de reatribución cognitiva

Consiste en que el terapeuta y el paciente puedan hacer una revisión objetiva de la responsabilidad o culpa de determinados aspectos que el paciente este malinterpretando. El objetivo no es lograr que los pacientes puedan liberarse de toda responsabilidad, sino lograr el análisis y la comprensión de que hay múltiples factores causales y pueden influenciar en una situación (Beck et al. 2010). Los pasos a seguir según estos autores, inician con una revisión de las circunstancias que han desencadenado en una autocrítica, poniendo de manifiesto los distintos criterios para asignarse la responsabilidad y valorando ejemplos de esa misma lógica, pero en el caso de la conducta de otras personas, finalizando con el cuestionamiento del nivel de seguridad de que es totalmente culpable en un 100%. Leahy y Holland (2000, citados en Caro, 2009), describen esta técnica las preguntas de sí puede haber otras causas para la situación y de ser así si puede el propio paciente asignar parte de la responsabilidad a esas causas.

Búsqueda de respuestas alternativas

Beck et al. (2010), plantea que los problemas que anteriormente podrían haber sido irresolubles, pueden ser reconceptualizados y sacados de una visión rígida e inflexible visto

desde fuera. Lo que se intente lograr es poder brindar un enfoque que se separe de la sensación de desesperanza, permitiendo encontrar otras opciones que puedan eventualmente sustituir las conclusiones menos objetivas. La técnica suele incluir, tanto las respuestas iniciales de la paciente que usualmente son estimaciones erradas de la realidad, con sus respectivas consecuencias, seguido de la presentación de otras respuestas más saludables y su consecuencia (Caro, 2009), el objetivo a lograr de lo mencionado es apoyar las sesiones de reestructuración cognitiva. Siempre y cuando los auto registros de la paciente tengan una aplicación o sean rellenados a partir de situaciones de la vida cotidiana. El llenado de las respuestas más adaptativas tiene que practicarse primero en las sesiones y ha de tener una preparación en la comprensión de lo que se está intentado hacer antes de ponerlo en práctica como tarea para la casa. Recordemos que para poder generar una respuesta alternativa primero se debe de reconocer los pensamientos automáticos.

Auto registros

Son elementos vitales que se suelen usar desde los inicios de la intervención y sirven para aportar datos sobre el paciente en su contexto natural que no es posible de ser observado entre sesiones por el terapeuta. Otra función importante es facilitar una descripción de cómo se encontraba al inicio que permitan comparar sus futuros progresos, o también llamado línea base (Ruiz et al. 2012). Clark y Beck (2012), proponen que una forma de introducir a los pacientes en el uso de los auto registros en la inducción a un estado de ansiedad dentro de la sesión por parte del terapeuta, sea haciendo que el paciente imagine alguna escena, pensamiento haga alguna conducta, como en el trastorno de pánico donde se puede simular un episodio de hiperventilación.

Inducción de la preocupación y decatastrofización

El objetivo de esta técnica según Clark y Beck (2012), es poder formar al paciente en ejercer la preocupación de manera intencionada en un determinado tema. La primera

aproximación a esto se da cuando al paciente se le pide que realiza dicha actividad durante un periodo de entre 5 a 10 minutos dentro de la sesión, verbalizando en alto el proceso para lograr el estado de preocupación y valorando en una escala del 0 al 100 la intensidad la calidad del resultado. Usualmente esta técnica suele estar vinculada al uso del debate socrático o la técnica de la flecha descendente, se espera que luego de la práctica con ayuda del terapeuta se pueda lograr un determinado guion que puedan usar ya en un contexto natural y que facilite el estado ansioso. La realización de esta técnica tiene por finalidad mostrar a los pacientes que la preocupación es menos incontrolable y genera menos ansiedad cuando se detienen los intentos por evitarla que cuando se hacen esfuerzos por oponerse, además de que la preocupación no tiene por qué ser tan incontrolable como se pensaba. La descripción del peor escenario debe de generar a su vez una respuesta hipotética de cómo hacer frente a dicha situación. Usando el esquema del plan de decastrófización que incluye, una introducción respecto a lo que se busca con la técnica, seguido de la descripción de la catástrofe representada (peor escenario posible) y un plan de acción. Dicho plan de acción deberá ser utilizado siempre que se vaya a practicar la técnica.

Expresión repetida de la preocupación

Clark y Beck (2012), exponen que el procedimiento tiene por finalidad entre otros aspectos prevenir determinadas estrategias inefectivas de control de la preocupación, cuestionar determinada tendencia cognitiva a valorar que la preocupación es nociva y no controlable, modificar la evitación de la catástrofe (peor escenario posible) y aumentar el nivel de confianza para el manejo de determinadas áreas de preocupación. Consiste en utilizar un momento del día, postergando cualquier necesidad de preocuparse, para efectuar la preocupación durante un periodo de 30 minutos exclusivamente. Si durante este periodo el paciente decide centrar su atención en otros aspectos que no sean la preocupación, se deberá volver a centrar su atención en la preocupación hasta que se cumpla el tiempo estimado, en el

trascuro de la técnica no se debe de buscar decastrófizar la preocupación, sino mantener la atención sobre el aspecto que lo genera.

Procesamiento de señales de seguridad

Consiste en la búsqueda y reconocimiento de las señales de seguridad que evidentemente pueden no estar siendo observados por el paciente. Esta técnica requiere que no se busque de manera deliberada mostrar respuestas o señales de seguridad, sino que el propio paciente pueda ser guiado o el mismo encontrar dichos aspectos que han pasado de su atención (Clark y Beck, 2012).

Reestructuración de las creencias meta-cognitivas

Un aspecto considerado de importancia a trabajar dentro del TAG son las creencias mega-cognitivas tanto a favor como en contra de la preocupación (Wells, 1997, 2006, 2009, citado en Clark y Beck, 2012). Para Wells (2006, citado en Clark y Beck, 2012), se busca cuestionar de qué manera la preocupación es especialmente nociva, aunque puede agregarse también la idea de porque podría ser favorable. Para este caso Clark y Beck (2012) exponen que la experimentación conductual como por ejemplo, generar un estado de mayor ansiedad y pedir al paciente que verifique si tuvo o no un efecto positivo en lo que creyó iba a servir, en casos en que el paciente considere que la ansiedad es especialmente positiva para prevenir problemas, es una herramienta que puede utilizarse, aunque puede ocurrir lo mismo cuando se considera el papel de peligrosidad a la preocupación y su vinculación con intentos inadecuados de control sobre esta respuesta.

Inoculación del riesgo e incertidumbre

Robichaud y Dugas (2006, citados en Clark y Beck, 2012), plantean que un aspecto importante en el tratamiento del TAG es instruir al paciente en el papel que desempeña la intolerancia a la incertidumbre respecto del mantenimiento de la preocupación clínica. Al respecto, ambos autores mencionan que se debe de señalar que hay dos formas de afrontar este

aspecto, el primero de ellos es la reducción de la incertidumbre, la cual ciertamente es imposible, dado que la incertidumbre es y será parte de nuestra vida siempre, y por otro lado, aumentar la tolerancia hacia la incertidumbre que es más realista. Según Leahy (2005, citado en Clark y Beck, 2012), se puede ofrecer a los clientes el analizar tanto los beneficios como las consecuencias (costes) del poder aceptar la incertidumbre frente a eliminarla. La técnica procura exponer progresivamente a los clientes a cantidades mayores de incertidumbre en sus propias vidas (Robichaud y Dugas, 2006, citados en Clark y Beck, 2012).

Entrenamiento en resolución constructiva de problemas

Robichaud y Dugas (2006, citados en Clark y Beck, 2012), incluyen intervenciones en reestructuración cognitiva para trabajar las creencias o patrones inadecuadas que llevan a dudas sobre la capacidad propia para poder solucionar problemas, verlos como amenazantes o mantener altos niveles de pesimismo respecto a los resultados. Se busca cambiar la valoración de amenaza por una de oportunidad o reto. Lo mencionado se sigue del uso de la resolución de problemas con los pasos consignados por D'Zurila y Nezu (2007, citados en Clark y Beck, 2012) que consiste en la definición del problema y sus respectivos objetivos, la generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y poner en práctica la solución y su verificación.

Procesamiento elaborativo del presente

Destinado para las últimas sesiones según Clark y Beck (2012), busca centrar la atención en el momento presente como mecanismo frente a la preocupación (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004, citados en Clark y Beck, 2012). Los pasos descritos por dichos autores consisten en instruir a los pacientes en que sus estimaciones negativas sobre el futuro son en su gran mayoría poco exactas por lo que puede usarse en sustitución alternativas más realistas. Seguido de ello, puede plantearse que no hay forma o manera de que una predicción sea totalmente segura, por lo que puede optarse por una alternativa alejada de las expectativas. Una

vez centrados estos aspectos se puede pasar a centrarse en el momento presente, haciendo una especial cercanía con las terapias basadas en la atención plena.

1.3.5. Evidencia empírica

La terapia cognitiva ha estado sujeto a varias investigaciones desde sus inicios. Según Butler, Chapman, Foreman y Beck (2006, citados en Ruiz et al., 2012), existen unas 300 publicaciones sobre investigaciones de resultados de la terapia cognitiva y otras 16 de tipo meta-analítico que comparan grupos con tratamiento placebo de lista de espera con la terapia cognitiva, mostrándose que la terapia cognitiva es más efectiva en alteraciones como la depresión unipolar, ansiedad, depresión infantil y una cantidad significativa de trastornos de ansiedad específicos, donde se incluye al TAG. Beck (2005, citado en Ruiz et al. 2012) se refiere a los estudios de Chambless y Gilss (1993, citados en Ruiz et al. 2012), planteando que la terapia cognitiva y la terapia cognitivo conductual mejoran gran parte de las alteraciones de ansiedad incluidas en el DSM IV-TR. Una situación parecida ocurre en el meta análisis efectuado por Abramowitz (2004, citado en Ruiz et al. 2012).

En un sentido más específico respecto al TAG, Dirham y Turvey (1987, citados en Clark y Beck, 2012), refieren que la terapia cognitiva y la terapia conductual, muestran mejorías similares en una proporción aproximada de entre 50 a 60%, una vez finalizado el tratamiento, sin embargo pasados 6 meses en un seguimiento se pudo observar que los beneficios de la terapia cognitiva se elevan a un 62%.

Respecto a la prevención de recaída, Butler, Fennel, Robson y Gelder (2006, citados en Ruiz et al. 2012), informan un nivel menor de recaídas y mantenimiento de los beneficios obtenidos durante el proceso de intervención bajo este modelo en alteraciones que incluyen tanto a la depresión unipolar como a varios trastornos de ansiedad.

CAPITULO II

PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Historia clínica

Datos de filiación

- Nombre : Julia
- Edad : 24 años
- Fecha de nacimiento : 18/05/1992
- Lugar de nacimiento : Ancash
- Grado de instrucción : Superior (en curso)
- Ocupación : Estudiante
- Estado civil : Soltera
- N° de hermanos : 3
- Lugar que ocupa respecto : Primera de sus hermanos
- Religión : Ninguna
- Informantes : La paciente y su madre
- Fechas de las entrevistas : 24/09/16-1/10/16-8/10/16-15/10/16-23/10/16-29/10/16

Motivo de consulta

Paciente acude al servicio de Psicología el 24 de septiembre del año 2016, refiriendo que viene presentando dificultades para poder estudiar correctamente desde que término el colegio, hace aproximadamente 8 años. Dichas dificultades se manifiestan, en una persistente incapacidad para poderse concentrar en periodos de estudio, enfocando su atención en la posibilidad de que ocurran diversos eventos negativos relacionados con el futuro, tales como la probabilidad de que vuelva a jalar algún curso en la universidad, el ser rechazada en futuras entrevistas de trabajo, creer que volverá a tener alguna discusión en el futuro con su padre respecto a las reglas

familiares que impone, entre las que está el no poder salir de casa sin su consentimiento, la idea de que su vida no es plena y más bien desdichada al no salir a fiestas tanto como las personas de su misma edad. En otros aspectos, la entrevistada ocupa su mente pensando en lo mucho que le incomoda utilizar y transitar espacios públicos, especialmente dentro de su distrito Carabayllo, considerando que tanto los cobradores de transporte público como las personas en estado de ebriedad de sexo masculinos a quienes suele observar los fines de semana por su casa le generan una especial preocupación.

Dada esta situación, manifiesta sentirse triste casi todo el tiempo, además de una sensación de opresión en el pecho, aumento de la sudoración de manos, falta de interés o ganas de hacer las actividades que antes eran de su agrado, constante indecisión ante problemas por lo que suele evitarlos o no darles una solución inmediata. A lo que se suma, la respuesta de llanto cada vez que termine de discutir con su padre, con quien refiere suele pelear al menos una vez a la semana debido a la inadecuada comunicación que tiene, expresada en que siente que no la comprende y critica demasiado. Por otro lado, siente que su autoestima está disminuida al considerar que su valor como persona es menor por no estar haciendo nada productivo a comparación de otras personas de su misma edad a quienes ha observado trabajar y estudiar teniendo éxito en ambas áreas, tanto académica como laboral, agregándose la presencia de pensamientos de culpa y frustración. Estando estas ideas de culpa vinculadas a la responsabilidad de haber jalado cursos en la universidad, mientras que los pensamientos relacionados a la frustración al observar que la mayoría de sus problemas no tienen una solución rápida o como ella quisiera. Así mismo, menciona que ha observado que se ha vuelto más impaciente e impulsiva de lo habitual, llegando a gritar o tratar mal a sus hermanas cuando estas han querido contarles sus problemas o buscar ayuda en ella. Este tipo de reacciones, vinculadas a reaccionar sin medir las consecuencias de lo que dice, las ha observado igualmente

cuando sus padres le hacen alguna observación o crítica, tengan o no razón, sin embargo, dicha conducta no la ha manifestado con sus amistades, frente a quienes afirma controlarse, esto debido a que le brinda especial atención al área de las relaciones sociales.

Al respecto indica utilizar de manera recurrente las redes sociales, unas 4 a 6 horas diarias, llegando a dormir entre la 1 y las 2 de la mañana diariamente mientras permanece en la computadora. Indica que las veces en que ha tenido que restringir el uso de las redes sociales ha sido cuando alguna de sus hermanas utiliza la computadora o cuando su padre no pudo pagar a tiempo el servicio de internet, aduciendo que cuando no puede acceder al internet prefiere quedarse dormida el mayor tiempo posible encerrada en su cuarto. Indica que las razones por las que utiliza dichas redes sociales es para comunicarse con frecuencia con sus amigos, siendo la mayoría personas a quienes no conocen en la vida real, pero frente a quienes quiere mantener contacto constantemente, puesto que puede hacerles presente sus problemas y desfogarse sin que sepan su identidad real o tengan con ella un trato directo, además de poder distraerse de las constantes preocupaciones que le aquejan. Este trato es diferente con las personas de su entorno real, pues con las amistades que tiene en ese ámbito no suele comunicar sus problemas por temor a lo que puedan pensar.

En otros aspectos, la entrevistada indicada que su apetito ha aumentado y come cada vez más, especialmente cuando tiene mayor número de preocupaciones o ha tenido algún altercado familiar o amical. A lo que se agrega dificultades para poder interactuar con otras personas, en donde, le es especialmente complicado el poder iniciar una conversación con cualquier persona en público, reservando su interacción solo con personas que sí conoce y con las cuales puede tener una interacción fluida.

Agrega que desde que ingreso a su actual carrera ha venido sintiendo indecisión pues no sabe bien si dicha carrera es o no es de su agrado, dado que siente un especial interés por escribir y tomar fotografías, actividades que si bien es cierto disfruta realizar, sabe que no le ofrecerán suficiente dinero, además de que si se dedica a ellas su padre lo más probable es que reaccione de manera violenta o poco asertiva.

Respecto a todo lo mencionado puede observarse, pensamientos automáticos tales como, “¿y si vuelvo a jalar otro curso?”, “es muy difícil para mí concentrarme”, “alguien maleducado puede hablarme”, “seguro alguien me ha hablado en Facebook”, “mis padres no me entienden”, “¿y si algo malo ocurriese?”, “estoy muy retrasada en la carrera”, “es más fácil si lo dejo para después”, “me van a rechazar si postulo”, “¿y si no acabo la universidad?”.

Finalmente, en relación a la triada cognitiva para la ansiedad, puede observarse, una visión del futuro como incierto, al centrar sus preocupaciones sobre eventos sobre los que gustaría de tener control a toda costa, intentando sentirse preparada para afrontar diversos escenarios, pensando una y otra vez en dichos escenarios a pesar de no estar presentes, esto puede acoplarse también a la visión del entorno como peligroso al sobre magnificar situaciones que otras personas dentro de su grupo de referencia experimentan como normales, tal como utilizar el transporte público o mantenerse enfocada estudiando. Lo mencionado puede enlazarse en la creencia o visión de que es una persona sin capacidad de respuesta o sin suficientes habilidades, recursos para afrontar los peligros que estima son reales.

Episodios previos

El primer episodio identificable, ocurrió a la de 10 años, cuando sufrió la agresión física de uno de sus tíos, quien justifico su conducta culpándola de la muerte de su hermano mayor. Esto

aconteció sin que su madre decidiera intervenir para defenderla o oponerse. Debido a ello la paciente empezó a sentir un persistente e intenso miedo ante la posibilidad de volver a encontrarse con el mencionado familiar, recordando a menudo la agresión y lo indefensa que se sintió entonces. Esta situación la hizo pensar o creer que su madre no la quería o amaba puesto que no se opuso ante el maltrato o castigo recibido. La situación mencionada generó que la paciente buscara deliberadamente no asistir a cualquier reunión familiar que se diese durante ese tiempo y tuviese miedo de recibir visitas en su propio domicilio buscando encerrarse en su cuarto, evitando a toda costa encontrarse nuevamente con su tío. Presentaba pesadillas en donde recordaba lo ocurrido las primeras semanas después del evento, además de haber presentado llanto durante este periodo que no comunico a sus padres pues la comunicación nunca fue fluida. En otros aspectos su rendimiento académico se vio afectado, sin embargo, no llegó a jalar ningún curso. Al respecto, la paciente indica que el hecho de no haber tenido contacto nuevamente con su tío generó que su miedo vaya disminuyendo, pero de manera bastante lenta, teniendo que esperar alrededor de 2 años aproximadamente para que el tema deje de ser algo que le preocupe.

El segundo episodio reconocible, se dio entre los 12 y 13 años, producto de que las discusiones entre sus padres se intensificaron más de lo habitual. Ya que la paciente al mostrarse desobediente respecto de tener que cuidar de sus dos hermanas menores, habiendo ya nacido su tercer y último hermano, empezó a recibir mayores castigos tanto físicos como expresados en gritos o llamadas de atención constantes de parte de su padre. Esta situación generaba que la madre al intentar oponerse al castigo discute fuertemente con el padre de la paciente. Esta situación trajo como consecuencia que la paciente adquiriera la idea de que ella era la culpable de tales discusiones, además de pensar o creer que era injustamente tratada al no poder jugar o hacer otra actividad que no sea ver por sus hermanos mientras su madre trabajaba o cuidaba de

su hermano menor. Al respecto su rendimiento académico durante el periodo de la secundaria no volvió a ser el mismo, su conducta se volvió retraída, es decir poco comunicativa, más reservada, especialmente con las personas desconocidas, se distraía con facilidad en el colegio, además de sentirse más irritable o propensa a enojarse. Esta situación se mantuvo hasta poco antes de que termine la secundaria en donde sus padres decidieron que ya no era lo más adecuado castigarla de esa manera ya que era bastante grande. Durante un estimado de 3 años, sin recibir ninguna clase de tratamiento.

2.2. Historia personal

Para la realización de la historia personal se contó con la colaboración de la madre, a través de preguntas vinculadas a las primeras etapas de vida de la entrevistada, no pudiendo contar ni con el padre, hermanos o ningún otro tipo de familiar. Según información de la propia entrevista debido a que se han rehusado a participar:

Condiciones del embarazo

Hija no planeada, nació dentro del matrimonio. Durante el embarazo de la madre, su hermano mayor de 9 meses de edad, falleció por motivos de salud, habiendo adquirido una enfermedad respiratoria la cual no fue tratada a tiempo. Por lo que el nacimiento de la paciente consoló a la madre durante este periodo.

Antes del nacimiento de la paciente, sus padres no mostraron preferencias respecto al futuro sexo que podría tener.

Durante el periodo del embarazo hubo discusiones entre los padres dado que cada quien quería vivir con sus respectivos familiares. Por otro lado, la madre de la entrevistada no dejó su

trabajo, teniendo que ayudar a su esposo en una empresa que trabajaba textiles. Así mismo, completaba su tiempo con actividades del hogar, sin embargo, no se alimentaba bien, por lo que tenía náuseas, malestar general, además de que constantes preocupaciones por los problemas que tenía con su pareja. Por ese entonces, el apoyo económico que recibían era de la abuela materna de la paciente que ayudaba a solventar los gastos.

En adición a lo mencionado, la madre de la evaluada solo se efectuó dos revisiones médicas durante su embarazo, no refiriendo haber tenido enfermedades de consideración, salvo las molestias propias del embarazo que no impedían que trabajara o realizara sus actividades diarias. Finalmente, no se registra algún tipo de accidente o cambio de domicilio u hogar durante este periodo, salvo sí, visitas a la casa de los abuelos paternos, las cuales eran poco frecuentes.

Nacimiento

Parto se dio de manera natural, a los 9 meses, ocurriendo en la casa de la abuela materna con la presencia de familiares.

Dentro de las complicaciones expresadas se encuentra el hecho de que el cordón umbilical se haya enredado con el cuello de la paciente y este haya nacido de color rojo. Madre no refiere recordar el resultado del test de APGAR, dado a su poca formación y el poco interés que le dio al ello.

Una vez nacida, no quiso comer hasta el día siguiente, no solía llorar y solo se dedicaba a dormir la mayor parte del tiempo. Incluso durante este periodo las discusiones entre los padres de la paciente continuaron. Sus padres no refieren haber cambiado su actitud o haber tomado

con un especial interés el tener a un nuevo miembro de la familia. En esta etapa la paciente tuvo algunas complicaciones con las vías respiratorias que no fueron de consideración.

Lactancia

Paciente dejó de lactar a los 2 años, y se sentó a los 3 meses aproximadamente, por otro lado, a los 4 años dejó de tomar el biberón. Siguió teniendo algunas dificultades en las vías respiratorias, pero sin generar algún cuadro grave, dichas afecciones eran infecciones respiratorias transitorias.

En la etapa de la infancia su padre se mostraba en ocasiones afectuoso, según refiere la madre.

Enfermedades

Durante sus primeros años de edad, tuvo enfermedades relacionadas con las vías respiratorias, pero sin generar ningún cuadro grave. Dichas enfermedades eran infecciones asociadas a esta parte del cuerpo.

A la edad de 4 años tuvo varicela. Desde entonces no registra alguna enfermedad de consideración.

Lenguaje

Comenzó a hablar próximamente al año, al igual que comenzó a caminar casi en simultáneo.

Su primera palabra la dijo a los 6 meses y fue para llamar a su madre.

Control de esfínteres

No refiere haber tenido dificultades relacionadas a esta área. A la edad de 3 años empezó a ir al baño con ayuda y guía de su madre y ya a los 4 años pudo ir al baño por su propia cuenta.

ESCOLARIDAD

Nido

Paciente refiere haber iniciado sus clases con normalidad, no lloro ni tuvo alguna actitud negativa hacia asistir a clases. Sin embargo, por motivo de viaje durante esta etapa iniciaba sus clases después de comenzado el periodo escolar, hasta dos semanas después.

Manifiesta haber sido tratada con especial cariño y atención por su profesora y haberse relacionado con facilidad con sus compañeros, generando lazos de amistad con algunos. Durante esta etapa la madre refiere haber apoyado a su hija con sus actividades escolares como trabajos o tareas que tenía que hacer.

En este periodo nació su hermana, de quien indica haber sentido bastante cariño y felicidad por su llegada. No tuvo ningún inconveniente a nivel académico, llegando a no repetir un solo grado.

Primaria

En esta etapa expresa haber tenido un rendimiento académico adecuado hasta cuarto de primaria, momento en el que tuvo un cambio de escuela, respecto a lo que manifiesta disconformidad con el método de enseñanza que considera no le ayudaba en dicho momento a aprender con facilidad, además de que los cursos que llevaba eran diferentes a los de su anterior colegio. A esto se le suma que a la edad de 10 años tuvo un altercado con su tío, de quien recibió maltrato físico en una ocasión, sin embargo, como se indicó, no llegó a repetir ningún grado ni salir jalada, su rendimiento bajo, pero sin llegar ser una preocupación para sus padres. En otros aspectos, hasta tercero de primaria gustaba de participar en los concursos de danza, sin embargo, un accidente donde se lastimó la pierna antes del inicio del concurso de ese año

impidió que pudiese participar, lográndose recuperar más adelante. A pesar de su recuperación, afirma que en cuarto grado decidió participar en otro tipo de actividades como la declamación puesto que se sentía más cómoda con dicha actividad. Actividad a la que llegó a prestar más atención desde su accidente, al mostrarse como una alternativa a las danzas.

En este periodo la paciente indica que no pudo pasar mucho tiempo con su padre, por lo que tuvo una relación más cercana con su madre, quien le ayudaba con sus tareas. Esta situación se mantuvo hasta tercero de primaria, momento en el que su madre no pudo ayudarle más dado que admitió no tener la formación necesaria.

Secundaria

Respecto a esta, la paciente empezó a cambiar su conducta, volviéndose más tímida o retraída por motivo de que empezó a recibir maltrato físico y psicológico, especialmente de su padre al haberse mostrado desobediente respecto a las múltiples responsabilidades que se le habían asignado en el cuidado de sus hermanos menores. Esto no impidió que llegase a generar a pesar de todo algunas amistades y se decidiera por participar en concursos de poesía y declamación, sin embargo, su conducta retraída fue evolucionando hasta que, en quinto de secundaria, reconoce que decidió ya no participar en eventos del colegio y se volvió especialmente callada. Respecto a su rendimiento, refiere que sus notas no fueron especialmente bajas, sin embargo, nunca pudo volver a rendir igual que los primeros años de su etapa en la educación primaria. Por esa razón, es que se le contrato un profesor particular para que pudiese ayudarle con el curso de matemáticas, asumiendo sus padres que sus notas eran producto de que no comprendía del todo las clases. Su tiempo libre lo invertía fundamentalmente en ayudar a su hermano lo cual le generaba incomodidad.

Sexual

Tuvo su primera menarquia a la edad de 12 años, antes de ello no había recibido información sobre este proceso, sin embargo, lo tomo como algo natural al ver que su madre no reacciono de manera negativa. Al respecto, recibió solo la indicación de que debía de utilizar toallas higiénicas, sin que se le proporcione mayores detalles. Debido a esto, la evaluada indica que tuvo que buscar mayor información al empezar a sentir cólicos durante su menstruación, llegando a enterarse de la existencia de pastillas que podían aliviar sus síntomas.

Refiere que la información con sus padres respecto al tema de la sexualidad es totalmente limitada, pues considera que no tiene ni ha tenido la confianza suficiente con su madre y menos con su padre para referirle ninguna clase de duda o hacerle llegar sus inquietudes.

Vida de pareja

Su primer enamorado lo tuvo a los 16 años, llegando a conocerlo pues vivía cerca de su domicilio. La relación se mantuvo sin que familiares o amigos supieran de esta, siendo los encuentros entre la paciente y su pareja casi inexistentes debido a que su padre no le permitía salir sin su autorización, por lo que a los 2 meses la otra parte dejo de mantener comunicación con ella dándose por terminada la relación.

Su segunda pareja la tuvo a los 18 años y la conoció en una fiesta, pero la relación a penas duro una semana puesto que la evaluada refiere haber sentido que su entonces enamorado no le brindaba suficiente atención al mantener una conducta poco interesada en la relación, que se expresaba en una comunicación pobre por lo que la entrevistada decidió terminar la relación por su propia cuenta y no volver a tener contacto con dicha persona. Frente a esto su entonces pareja no se comunicó ni pidió explicaciones respecto de esta decisión.

Finalmente, el tercero lo contacto por internet a la edad de 24 años. Aduce que dicha relación no pudo progresar puesto que sintió que este no le entendía, lo que generaba en ella reacciones impulsivas que desencadenaban en discusiones. Estas iniciaban básicamente pues se refiere a su entonces enamorado como alguien callado y poco comunicativo, un aspecto que generaba malos entendidos. La comunicación en esta relación se limitaba casi en su totalidad a las redes sociales, además de que nuevamente la poca disposición de su padre para dejarla salir sin que tenga alguna justificación como por motivo de estudios o trabajo fue otro causante.

Refiere la evaluada que nunca tuvo la suficiente confianza como para contarle a su padre sobre dichas relaciones, puesto que esperaba una reacción considerablemente negativa de su parte. Por otro lado, refiere que suele enojarse con facilidad, perdiendo el control si siente que es criticada o no tomada en cuenta, siéndole difícil perdonar una ofensa o error en su contra, como el llegar tarde a una cita o el creer que la otra persona puede no estarle prestando atención sino le responde inmediatamente, de esta manera describe sus relaciones de pareja no han podido llevarse de manera fluida nunca. Sea por las circunstancias familiares como también aduciendo a que tiene en parte que ver por su carácter.

Trabajo

Su primer trabajo lo tuvo a la edad de 16 años, vendiendo ropa, sin embargo, no duro más de 2 semanas, debido a que sintió que no era capaz de realizar dicha actividad por sentirse incomoda con el trato que recibía de parte de la persona dueña del puesto de ventas, al considerar que esta era demasiado demandante y poco comprensiva con los errores que cometía como vendedora.

Su segundo trabajo fue en un call center a la edad de 24 años, en donde duro apenas una semana. En dicho trabajo tenía que llegar a vender una determinada cantidad de servicios por teléfono,

siendo su desempeño constantemente monitoreado por su coordinador quien le hacía observaciones constantes, no solo a ella, sino a todos sus compañeros para que mantuviesen un determinado ritmo de ventas. Esta situación le pareció demasiado estresante a la paciente por lo que decidió renunciar

Últimamente viene buscando trabajo, pero considera que no es capaz de poderse desenvolver con facilidad, en especial si es un trabajo de ventas o de atención al cliente por su dificultad para tolerar la presión.

Religión

Paciente refiere que su familia ha sido católica, sin embargo, desde hace 10 años no los ve asistir a la iglesia o participar en eventos de tipo religioso. Refiere que ella y su hermana hace 3 años intentaron participar en una comunidad religiosa cristiana, pero fueron prohibidas por su padre, quien les negó asistir a dicho grupo por regresar a su domicilio al promediar las 10 de la noche.

2.3. Situación actual de la paciente

Residencia actual:

Paciente reside en una casa de 2 pisos, el terreno pertenece a la hermana de la madre de la paciente, en el distrito de Carabayllo, cuenta con servicios básicos, tales como agua y luz, no cuentan con cable y el servicio de Internet es contratado de manera intermitente, se limita a si dicho mes hay o no las condiciones económicas para pagar las facturas. En dicha vivienda la evaluada cuenta con un cuarto propio, sin embargo, solo hay un televisor y una computadora en toda la casa, ubicada en la sala.

Vive actualmente con sus padres, de edades 48 años en el caso de su padre y 46 años en el caso de su madre, además de sus dos hermanas, de 19 y 16 años y su hermano de 12 años.

Hábitos sociales

Dentro de su familia suele interactuar en mayor proporción con su hermana de 19 años de nombre Sara y con su madre. Sin embargo, esta última relación se limita a recibir órdenes de parte de su madre, mientras que en el caso de su hermana a escuchar en ocasiones los problemas que suele contarle. La paciente describe que son muy raras las ocasiones en que las conversaciones giran sobre otros temas con estas personas dentro de su familia. Mientras que la comunicación con otros miembros es casi inexistente, por un lado, con su padre solo suele limitarse a saludarlo y en momentos en que discute con este, mientras que con sus otros hermanos ocurre cuando la evaluada les llama la atención o pide que obedezcan una orden.

Por otro lado, expresa que no mantiene amistad con personas cerca a su hogar y solo suele salir a fiestas o reuniones con permiso de su padre, quien en raras ocasiones accede a permitirle salir. Respecto a la poca comunicación que mantiene con su familia, la paciente expresa que prefiere pasar tiempo en su cuarto o en la computadora en lugar de conversar con su familia, teniendo que reunirse con ellos a la hora de comer por orden de su padre, en cuyo momento no suele conversar.

Mantiene amigos en la universidad con quienes tiene un trato fluido, sin embargo, estos son pocos y en ocasiones solo suele ser para ir a fiestas o reuniones, más no para entablar un trato más íntimo o cercano, las personas con quienes se relaciona son en gran proporción mujeres. Refiere que quisiera conocer más personas por lo que últimamente le agrada la idea de asistir

a fiestas, sin embargo, la actitud de su padre en no dejarle salir con libertad le genera frustración.

Finalmente, afirma que ante personas desconocidas suele tener un trato distante y desconfiado, en especial en espacios públicos y si son hombres adultos puesto que ha observado bastante delincuencia y personas en estado de ebriedad en el tiempo que vive en su distrito actual.

2.4. Historia familiar

La familia de la paciente es de nivel socio económico pobre. Su padre nació en el departamento de Ancash al igual que su madre y la propia entrevistada. Mientras que sus hermanos menores nacieron en Lima todos. Inicialmente vivieron en la provincia de Ancash hasta que la paciente cumplió 3 años, entonces decidieron venir a Lima debido a la existencia de problemas de pareja entre ambos padres, dado que mientras la madre quería vivir en Lima en uno de los terrenos que su hermana le había ofrecido darle un terreno, el padre quería quedarse a vivir en provincia. Debido a esta situación, la madre tomo la decisión por su cuenta de venir a Lima con la paciente, mientras que el padre se vio obligado en seguirles.

La relación tanto con su padre ha sido poco fluida, su comunicación es pobre y se limita a temas en concreto. No tienen en familia momentos para el esparcimiento en grupo ni ocasiones en que se sientan a conversar todos, suelen reunirse solo para comer a la hora del almuerzo por imposición del padre, pero no porque sus hijos quieran hacerlo realmente.

Si bien es cierto los padres de la entrevistada jamás se separaron, sus discusiones se mantuvieron constantes, teniendo como temas recurrentes el aspecto económico y de pareja, por el lado económico debido a que la familia es de condición pobre el padre se mostró siempre

exigente respecto al poco apoyo que ha tenido, por lo que la madre ha tenido que verse obligada en ocasiones a trabajar, actividad que ya no realizar por motivos de salud, mientras que en el ámbito de pareja debido a que no solían comunicarse adecuadamente, por un lado su madre era más callada y poco comunicativa, mientras que su padre era más impulsivo y poco empático.

A continuación, se procede a exponer a los miembros de la familia y sus principales características desde la perspectiva de la paciente:

Padre: De nombre Teodoro de 48 años, ocupación albañil. Se caracteriza por ser sobreprotector, de carácter autoritario y ser impulsivo, es decir tomas medidas o acciones sin antes reflexionar en sus consecuencias.

La comunicación que tuvo con la paciente se mantuvo casi inexistente debido a las constantes discusiones y falta de confianza que existe de parte de la paciente hacia este familiar. Además de que siempre ha mantenido una actitud hermética o cerrada con sus hijas, en donde solo suelen comunicarse de ser necesario.

Actualmente en ciertas circunstancias, suele hacer intentos de mejorar su trato con las hermanas de la evaluada.

Madre: De nombre Silvia de 46 años, ocupación ama de casa. Se caracteriza por ser una persona poco comunicativa, suele no responder ante los agravios de su pareja y ser especialmente sensible si discute con sus hijos.

La comunicación con la paciente ha mejorado, puesto que antes su conducta era autoritaria y poco tolerante, todo lo contrario, a cómo se comporta actualmente, sin embargo, no ha podido cambiar la personalidad reservada que estas ya poseen de por sí.

1°Hermana: De nombre Sara de 19 años, ocupación estudiante, se caracteriza por ser despreocupada, se muestra perseverante y logra todo aquello que se propone. Cuenta con un carácter tranquilo.

La relación con su hermana era mejor cuando eran más jóvenes, últimamente no suelen tener tanta comunicación, debido a que la paciente se ha vuelto menos tolerante a escuchar y más impaciente.

2°Hermana: De nombre Ana de 16 años, ocupación estudiante. Se caracteriza por ser impulsiva, de un carácter poco tolerante, se suele alterar con facilidad. En ocasiones aparente que no le interesa las consecuencias de lastimar a uno de sus familiares con algo que pueda decir.

La relación con su hermana es distante y no suelen comunicarse principalmente porque debido a que esta hermana presente esquizofrenia, la familia ha prestado mayor atención a ella, siendo esto no bien interpretado por la paciente, al sentir que la engrían y le dan mayores beneficios.

Hermano: De nombre Diego de 12 años, ocupación estudiante. Se caracteriza por tener una conducta amable y tranquila, no suele enojarse, pero cuando lo hace se muestra explosivo y llega a insultar a quien sea, incluso a sus padres. Suele obedecer las órdenes que se le dan.

La relación que mantiene con su hermana es una relación que se limita solo a cuando la paciente lo lleva o recoge del colegio.

2.5. Examen mental

2.5.1 Porte, comportamiento, actitud

Evaluada de tez trigueña, contextura promedio, estatura aproximada de 1.60 cm, cabello de color negro y lacio, presenta un aliño adecuado, viste acorde a su edad, sexo y ocasión.

Ingresa a la consulta con una marcha lenta, postura encorvada, le cuesta mantener el contacto visual con el entrevistador, expresiones fáciles denotan inseguridad durante preguntas, sin embargo, mantiene una actitud dispuesta a colaborar con la entrevista, respondiendo a las interrogantes propuestas.

2.5.2 Revisión de las funciones parciales

Conciencia

Se encuentra en estado vigil.

Atención

Atención sostenida durante la entrevista, enfocándose en las preguntas propuestas.

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

Lenguaje fluido, vocabulario adecuado, tono de voz bajo, ritmo lento.

Afectividad

Presenta estado de ánimo bajo, anhedonia, llanto.

Percepción

No evidencia alteraciones.

Pensamiento

Curso coherente y contenido con presencia de distorsiones cognitivas, tales como el catastrofismo, sobregeneralización, filtraje, razonamiento emocional y personalización.

Inteligencia

Impresiona con tener una inteligencia promedio, observándose una capacidad adecuada para abstraer información, memoria conservada, lenguaje adecuada para su edad. Y verificar que en la actualidad cursa estudios superiores en una universidad nacional.

Conciencia de enfermedad

Si tiene conciencia de enfermedad.

Hambre y apetito

Presenta mayor cantidad de apetito.

Sueño

Se observa presencia de insomnio inicial.

2.6. Diagnostico Nosográfico**Signos**

Hiperhidrosis palmar

Facies de tristeza

Tono de voz bajo

Postura encorvada

Marcha lenta

Síntomas

Distraibilidad

Irritabilidad

Preocupación excesiva

Pensamientos de culpa

Tristeza patológica

Apetito aumentado

Insomnio inicial

Llanto

Autoestima disminuida

Anhedonia

Indecisión

Aumento de ritmo cardíaco

Síndrome

Ansioso

Depresivo

Diagnóstico (CIE-10)

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada



2.7. Informe psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Julia
Edad	: 24 años
Fecha de nacimiento	: 18/05/1992
Lugar de nacimiento	: Ancash
Grado de instrucción	: Superior (en curso)
Ocupación	: Estudiante de Ingeniería Civil
Lugar de residencia	: Lima
Número de hermanos	: 3
Lugar que ocupa entre los hermanos	: 1°
<hr/>	
Referente	: Servicio de Psiquiatría
Motivo de evaluación	: Evaluación de personalidad
Evaluador	: Fernando Vega
Supervisión	: Lic. David Nongrados
Fecha de evaluación	: 24/09/16-1/10/16-8/10/16-15/10/16-23/10/16- 29/10/16
Fecha de informe	: 05/11/2016
<hr/>	
Técnicas utilizadas	: Observación y Entrevista psicológica
Instrumentos utilizados	: Anamnesis psicológica Inventario de depresión de Beck (IDB-II), Inventario Multifásico de la personalidad (MINI MULT), Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta derivada del servicio de psiquiatría, refiriendo que viene presentando dificultades para poder estudiar correctamente desde que término el colegio, hace aproximadamente 8 años. Dichas dificultades se manifiestan, en una persistente incapacidad para poderse concentrar en periodos de estudio, enfocando su atención en la posibilidad de que ocurran diversos eventos negativos relacionados con el futuro, tales como la probabilidad de que vuelva a jalar algún curso en la universidad, el ser rechazada en futuras entrevistas de trabajo, creer que volverá a tener alguna discusión en el futuro con su padre respecto a las reglas familiares que impone, entre las que está el no poder salir de casa sin su consentimiento, la idea de que su vida no es plena y más bien desdichada al no salir a fiestas tanto como las personas de su misma edad. En otros aspectos, la entrevistada ocupa su mente también pensando en lo mucho que le incomoda utilizar y transitar espacios públicos, especialmente dentro de su distrito Carabayllo, considerando que tanto los cobradores de transporte público como las personas en estado de ebriedad masculinos a quienes suele observar los fines de semana por su casa le generan una especial preocupación. Dada esta situación, manifiesta sentirse triste casi todo el tiempo, además de una sensación de opresión en el pecho, aumento de la sudoración de manos, falta de interés o ganas de hacer las actividades que antes eran de su agrado, constante indecisión ante problemas por lo que suele evitarlos o no darles una solución inmediata incluso si se trata de problemas. Por otro lado, menciona que ha observado que se ha vuelto más impaciente y agresiva de lo habitual, llegando a gritar o tratar mal a sus hermanas cuando estas han querido contarles sus problemas o buscar ayuda en ella. Agrega que utiliza de manera recurrente las redes sociales, unas 4 a 5 horas diarias, llegando a dormir entre la 1 y las 2 de la mañana diariamente mientras permanece en la computadora. Finalmente expresa que su apetito ha aumentado y come cada vez más, especialmente cuando tiene mayor número de preocupaciones o ha tenido algún altercado familiar o amical.

III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Paciente de sexo femenino, contextura promedio, estatura aproximada de 1.60cm, cabello de color negro y lacio, presenta un aliño adecuado, viste acorde a su edad, sexo y ocasión.

Ingresa a la consulta con una marcha lenta, postura encorvada, le cuesta mantener el contacto visual con el entrevistador al inicio de la entrevista, sin embargo, conforme esta se va desarrollando se muestra con mayor confianza.

Muestra un lenguaje fluido, vocabulario adecuado, tono de voz bajo, ritmo lento que justifica indicando que teme tartamudear por lo que prefiere hablar pausadamente. Se muestra orientada en tiempo, espacio y persona.

IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el área de rasgos de personalidad, se ha mostrado con una tendencia a preferir actividades solitarias o donde no tenga una interacción recurrente con otras personas a nivel social, esto puede observarse en que prefiere la mayor parte del tiempo actividades sedentarias tales como mantenerse en su cuarto escribiendo o leyendo. Por otro lado, se presenta con una baja tolerancia a la frustración, lo cual la hace propensa a abandonar trabajos o situaciones especialmente estresantes o donde tenga que sobreponerse a dificultades, llegando en ocasiones a evitar afrontar ciertos problemas importantes por temor a sus consecuencias. En otros aspectos, le cuesta perdonar ofensas o malos tratos de las personas, pudiendo darse el caso que puede mantener resentimiento hacia alguien en particular durante un tiempo prolongado. Mantiene una actitud de desconfianza con las personas extrañas, observándose esta conducta en su grupo familiar igualmente, en donde no se suele mantener contacto fluido con personas

de quienes no se tenga referencia sea de amigos o familiares directos. Manifiesta una pobre comunicación de sus emociones, que se pone de manifiesto en una tendencia a preferir que los demás sepan ya como se encuentra en lugar de poderlo comunicar o hacerlo saber de manera directa, esto hace que en ciertas ocasiones se haya sentido impaciente pues la otra persona no le ha comprendido. Se presenta como una persona que valora especialmente las reglas impuestas por la sociedad a las cuales no cree que pueda faltar, respeta la privacidad y espacio de otros, gusta de la constante expresión artística sea en poemas o escritos que elabora la mayor parte del tiempo, además de que estima de manera significativa la idea de que debería de ser una mejor persona, tanto a nivel profesional como personal, creyendo que tiene que mejorar en dichas áreas, aunque no sabe cómo.

En el área afectiva, la evaluada presenta una persistente tristeza que se mantiene la mayor parte del día, donde destacan pensamientos de culpa que se prolongan casi todo el tiempo, además de una reiterada auto-crítica sobre su rendimiento a nivel académico, social y familiar, manifestándose creencias respecto a que se ha decepcionado a sí misma al no cumplir las metas que se había propuesto o mostrándose especialmente pesimista con el área académica, en donde considera no podrá tener éxito a corto plazo. Pudiendo en ocasiones aislarse de otras personas para llorar recluida en su cuarto. En otros aspectos, muestra poco interés por actividades que antes eran de su agrado y gusto, además de expresa que presenta agotamiento o cansancio la mayor parte del día.

En el área emocional, evidencian dificultades en el establecimiento del sueño llegando a acostarse tarde, sea a partir de la 1 o 2 de la madrugada, a ello se le suma un aumento considerable en el apetito en especial cuando se encuentra preocupada o bajo el estrés de algún problema que no puede solucionar, pudiendo pasarse la mayor parte del tiempo afligida o tensa

por cualquier evento que para otras personas no sería materia de especial preocupación. Puede observarse falta de concentración que afecta su capacidad para poderse enfocar en actividades que considera importantes en su vida como el área académica, así como sentirse fácilmente fatigada una vez iniciado el periodo de estudio, teniendo que abandonar rápidamente la tarea y postergarla. Las preocupaciones suelen generar reacciones tales como sudoración de manos, elevación del ritmo cardiaco o elevación de la temperatura corporal.

En el área de la dinámica familiar, la evaluada pertenece a una familia disfuncional donde las normas y reglas están establecidas de manera inadecuada, priorizándose las imposiciones vertidas por su padre como jefe de hogar a quien se le sigue por temor. Al respecto la comunicación familiar se presenta como falta de fluidez entre todos los miembros, limitándose a aspectos bastantes puntuales como ordenes o llamadas de atención. Las discusiones son frecuentes entre quienes conforman la familia, priorizándose un estilo de comunicación poco asertivo. Hay entre ciertos miembros, especialmente entre la paciente y alguna de sus hermanas cierto resentimiento pues las ordenes y responsabilidades no son igual para todos, esto tiene por especial ingrediente el hecho de que debido a la enfermedad de una de estas, la atención se haya volcado sobre ella delegándole aún más responsabilidades de las que ya tenía anteriormente. La conducta autoritaria del padre suele ser avalada por su esposa, quien mantiene una actitud más reservada y pasiva frente a las decisiones que esta toma, encontrándose actualmente mal de salud.

V. CONCLUSIONES

- En el área de rasgos de personalidad, la paciente muestra una baja tolerancia a la frustración, dificultad para perdonar ofensas hacia ella, actitud reservada frente a personas desconocidas y un respeto por las reglas impuestas por la sociedad.

- En el área afectiva, la paciente presenta un nivel moderado de depresión.
- En el área emocional, la evaluada muestra en la actualidad un nivel moderado de ansiedad estado y un nivel de ansiedad rasgo por sobre el promedio.
- En el área de dinámica familiar, la evaluada pertenece a una familia disfuncional donde la comunicación es deficiente y se utiliza un estilo de crianza autoritario.

VI. RECOMENDACIONES

- Terapia cognitiva



CAPITULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Justificación

De acuerdo con la información recogida durante el proceso de evaluación, la paciente evidencia distorsiones cognitivas que repercuten en el aspecto tanto emocional como afectivo, lo cual se ve representado en una alteración de su funcionalidad en diferentes ámbitos que incluye, el área personal, social, familiar y académica, además de generar un nivel de malestar significativo que la obliga a solicitar ayuda profesional. Como ya se ha explicado en los anteriores capítulos, la terapia cognitiva es un tratamiento de primera elección debido a la evidencia empírica que la avala. Es especialmente importante generar una sensación de progreso en el paciente sea a través de la revisión de los auto registros o mediante la búsqueda de evidencia empírica que avale los avances en las principales áreas que este considere deben ser tratadas, este aspecto de ser bien generado puede traer como consecuencia una mejor adherencia al tratamiento. En el modelo cognitivo nos interesa la forma que tienen las personas de estructurar y organizar su experiencia en base a sus creencias, preceptos o cogniciones, sin embargo, no es suficiente con solo hacer una discusión activa sesión a sesión de lo que se piensa, sino que se necesita de poder aplicarlo en un contexto natural, fuera de las sesiones de psicoterapia. En los pacientes con TAG la terapia cognitiva ofrece la flexibilidad necesaria de instruir en estrategias de afrontamiento o coping que puedan usarse como recursos que puedan permanecer a largo plazo previniendo la incidencia de recaídas. La adquisición tanto de estrategias de afrontamiento, como de habilidades u otras técnicas, requiere una participación de colaboración permanente entre el profesional que actúa y el paciente, se espera que las tareas para la casa sean los elementos que puedan validar o desmitificar las creencias, mostrándose

así de parte de la terapia cognitiva un especial interés por el adiestramiento de la paciente, por encima del mejoramiento de sus síntomas (Beck et al., 2010).

Enfocándonos en el TAG, el modelo cognitivo propone un trabajo de la preocupación como principal eje del problema, introduciendo progresivamente un conocimiento más amplio sobre la preocupación, sea desmitificando su carácter exclusivamente negativo o disfuncional, como también los aspectos que puedan considerarse como positivos, tales como valorar la preocupación como una estrategia principal de afrontamiento. La terapia cognitiva propone hacer una inducción en estrategias y técnicas que progresivamente irán incorporando una tolerancia, incluso a un nivel meta cognitivo, respecto a la preocupación de la preocupación y basarse en un esquema que ira inoculando y preparando al paciente a tolerar la incertidumbre o falta de control de las circunstancias. Se espera, que uno de los objetivos a mediano plazo, sea el uso de organización cognitiva que disponga una tendencia a mantenerse en el presente por sobre recurrir al futuro. Finalmente, antes de finalizar, se deben de trabajar los aspectos vinculados a las habilidades sociales, siendo este otro déficit, referido secundario en importancia por parte de la paciente pero que puede generar dificultades si se deja inconcluso.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivos generales

- Mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, además de la adquisición de nuevos estilos de pensamiento que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana.

3.2.2. Objetivos específicos

- Introducir a la paciente al modelo cognitivo.

- Explicar y justificar la manera de trabajar bajo la terapia cognitiva
- Instruir progresivamente a la paciente en el uso de la programación de actividades.
- Plantear el valor adaptativo y normal que puede tener la ansiedad y el miedo.
- Sustentar a la paciente en que consiste la ansiedad y como se mantiene.
- Introducir el uso de los registros de pensamiento.
- Introducir a la paciente en el cambio del foco de amenaza.
- Plantear a la paciente el papel que cumple la vulnerabilidad percibida y la estimación de seguridad.
- Adiestrar a la paciente en las técnicas de dominio y agrado.
- Explicar a la relación entre pensamiento, emoción y conducta.
- Instruir a la paciente en el uso de la relajación progresiva de Jacobson.
- Instruir a la paciente en la diferencia entre la preocupación productiva e improductiva.
- Explicar al paciente el uso de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.
- Explicar a la paciente las estrategias positivas y negativas del control de la preocupación.
- Enseñar progresivamente la exposición o expresión repetida de la preocupación.
- Enseñar a paciente la práctica de la inducción de la preocupación y descatastrofización
- Incorporar en la paciente progresivamente el procesamiento de las señales de seguridad.
- Lograr progresivamente la reestructuración de las creencias positivas acerca de la preocupación.
- Instruir al paciente en el uso de la tolerancia hacia la incertidumbre.

- Incorporar el uso de un pensamiento más enfocado en el presente.
- Entrenar a la paciente en resolución constructiva de problemas
- Adiestras a la paciente en el mejorar sus habilidades sociales.
- Prevenir posibles recaídas de la paciente.

3.3. Metodología

Se realizó el contrato terapéutico entre terapeuta y paciente dentro del cual se estipuló el compromiso y la participación activa durante el proceso de psicoterapia. De esta manera se espera que durante el inicio del tratamiento la participación del terapeuta sea más activa, viéndose reducida esta situación hacia el final de la terapia. En el desarrollo del proceso se llevó a cabo un total de 22 sesiones, con duración de entre 45 a 60 minutos cada una, una vez por semana, haciendo uso de técnicas tanto cognitivas como conductuales. La estructura de las sesiones, incluye en la mayor parte de casos: En primer lugar recabar información de lo ocurrido entre sesiones y el estado de la paciente (5 minutos), repasar la tarea delgada y establecer la agenda del día (10 minutos), trabajar problemas o aplicar técnicas programadas (30-35 minutos) y finalmente preguntar por el feedback respecto a la sesión más la delegación de alguna tarea para la casa (10 minutos).

3.4. Análisis funcional

A continuación, se presenta el análisis funcional propuesta para el trabajo de intervención, Tabla 4:

- **Latencia:** Inmediata
- **Duración:** La mayor parte del día
- **Frecuencia:** Diaria

Tabla 5

ANALISIS FUNCIONAL

ESTIMULO ANTECEDENTE	RESPUESTA	ESTIMULO CONSECUENTE
<p>EXTERNO Estar sola en su cuarto. Tener tarea o trabajos pendientes. Estudiar para un examen. Utilizar el transporte público. Pagar los servicios, agua o luz. No contar con acceso a internet. Ver la computadora libre. Verse obligada a buscar trabajo. Ser reprendida por padres. No logra comprender la clase. Padre le recrimina problemas económicos.</p> <p>INTERNO Recuerda que jalo cursos en la universidad. Piensa que debería ser independiente de sus padres. Piensa que debería estar haciendo algo productivo ahora mismo. Recuerda que ya la han rechazado de anteriores trabajos.</p>	<p>COGNITIVO “¿y si algo malo ocurriese?” “Estoy muy retrasada en la carrera” “¿Y si vuelvo a jalar otro curso?” “Es más fácil si lo dejo para después” “Es muy difícil para mí concentrarme” “Llamo mucho la atención de todos” “Alguien maleducado va a hablarme” “Alguien seguro me ha hablado en Facebook” “¿Y si no aguanto el estrés de trabajar?” “Me van a rechazar si postulo” “Mis padres no me entienden” “¿Y si mi padre se queda sin trabajo” “¿Y si no acabo la universidad?”</p> <p>EMOCIONAL Tristeza (6/10) Ansiedad (7/10) Preocupación (8/10) Frustración (7/10)</p> <p>FISIOLÓGICO Aumento de temperatura corporal Sudoración de manos Aumento de ritmo cardiaco Insomnio inicial Aumento del apetito Cansancio recurrente Incapacidad para concentrarse Dolor de cabeza</p> <p>MOTOR Evita situaciones ansiogenas Deja de estudiar Levanta la voz o grita Se encierra en su cuarto Calla sus preocupaciones</p>	<p>EXTERNO Las personas de alrededor se percatan que está nerviosa (Castigo) Posterga trabajos y estudios (Reforzamiento negativo) Le han dejado mensajes en las redes sociales mientras no estaba (Refuerzo Positivo) La rechazan en el trabajo (Refuerzo negativo) (Castigo) Discute con sus padres de manera improductiva. (Castigo) Se le restringe apoyo económico. (Castigo) Comprueba que el examen le fue difícil (Castigo) Observa que hay compañeros que también podrían jalar (Refuerzo positivo) Evita buscar trabajo (Reforzamiento negativo)</p> <p>INTERNO Evita llevar los cursos difíciles porque piensa que no los va a aprobar (Reforzamiento negativo) Piensa que preocuparse la hace sentir más tranquila (Reforzamiento negativo) Piensa que no hizo nada productivo en el día (Castigo) Recuerda que antes le paso algo similar (Castigo) Evita buscar un trabajo (Reforzamiento negativo) Olvida sus problemas al usar redes sociales (Reforzamiento positivo)</p>

3.5. Sesiones de intervención psicoterapéutica

A continuación, se presenta las sesiones de trabajo realizadas en la intervención psicoterapéutica, se utilizará la letra T para referirse al terapeuta y P para referirse al paciente:

SESIÓN #1: 05 de noviembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Introducir a la paciente al modelo cognitivo.
- Explicar y justificar la manera de trabajar bajo la terapia cognitiva
- Introducir a la paciente en el uso de la programación de actividades diarias.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Biblioterapia
- Programación de actividades

Descripción de la sesión

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y luego de la firma del contrato terapéutico se procede a ofrecerle alcances sobre el modelo cognitivo:

Terapeuta: Buenas tardes, bienvenida y toma asiento.

Paciente: Gracias.

T: Como sabes esta es la primera sesión del proceso de psicoterapia, por lo que es importante primero que hablemos acerca de lo que propone el modelo que guiará la intervención. Al respecto hemos decidido optar por el modelo cognitivo, dado que entre otros aspectos nos permite tener un control de los progresos que vayamos obteniendo, prestando atención específicamente a lo que necesitamos trabajar, relacionando de manera constante todo lo que vayamos aprendiendo con lo que sucede en tu vida diaria. El modelo cognitivo plantea básicamente que las personas se ven afectadas por la manera en cómo piensan o interpretan lo que sucede alrededor de estas, buscamos fomentar el desarrollo de formas de pensar más flexibles, formas

de pensar que a su vez sí son las adecuadas pueden generar un estado emocional adecuado. Esto último no implica mantener un estado emocional siempre tranquilo y distendido, sino uno acorde a lo que sucede a tu alrededor. Dicho esto, paso a preguntarte, ¿alguna vez te has preguntado, por ejemplo, en que la manera que tienes de pensar o analizar una situación puede hacer que te sientas peor de lo que en realidad deberías de sentirte?

P: Pues no lo sé, nunca lo he pensado en realidad.

T: Las personas a menudo ponen en marcha diferentes procesos mentales, es decir dentro de sus cabezas, antes de experimentar ansiedad, tristeza o cualquier otro estado emocional incluso aquellos que son positivos como la alegría o la tranquilidad. Sin embargo, a pesar de que dichos procesos pueden tener buenas como malas consecuencias para nuestras conductas y nuestro estado de ánimo, nos interesa tanto reforzar los procesos que estén siendo de ayuda como modificar aquellas creencias o pensamientos que sea negativas. ¿Qué pensarías, por ejemplo, si un compañero tuyo llega tarde a una cita contigo?

P: Pensaría que no le importo o que tuvo algo mejor que hacer.

T: ¿Y eso cómo te haría sentir?

P: No lo sé, quizás enojada.

T: Bien, el modelo que guía el proceso de psicoterapia, plantea que no deberíamos de analizar tantas posibilidades como existan, siempre y cuando haya evidencia lógica para estas. En la situación que hemos planteado, es normal que debido al estado en el que estas, puedas imaginar un escenario especialmente negativo. Sin embargo, con el tiempo podrás observar más aspectos de la situación, muchos de los cuales no necesariamente te generen una calma total, sino que harán que puedas reaccionar de manera proporcional a lo que sucede. ¿Qué pensarías si ves llegar a tu amigo con lágrimas en los ojos y expresión triste?

P: No sé, me daría miedo. Pensaría que algo malo le pasó.

T: ¿Y si este te comenta que se siente muy afectado emocionalmente por haber llegado tarde?

P: Me parecería raro.

T: Llegar tarde a una cita, puede hacernos sentir incómodos, pero jamás al punto de afectarnos emocionalmente de manera significativa. Lo que trato de expresarte con este ejemplo es que la respuesta hipotética de tu amigo en esta escena que hemos recreado no es proporcional con lo que ha pasado. Sin embargo, así esta persona pudiera analizar y pensar con mayor lógica lo que ocurre, ello no le eximiría de sentirse mal por haberte hecho esperar tanto, solo que esa sensación jamás lo llevaría al llanto. La evaluación, interpretación o qué tipo de significado asignamos a lo que nos sucede es lo que vamos a trabajar, dado que mucho depende de ello como reaccionemos y nos sintamos.

P: (Permanece en silencio)

T: Voy a proporcionarte una lectura acerca del modelo cognitivo, que describe de manera más didáctica lo que acabo de mencionarte. Es una lectura accesible y corta, de apenas dos páginas, que puedes revisar en casa. ¿Qué te parece?

P: No sé si pueda, a veces me quedo dormida cuando leo.

T: Durante las sesiones de evaluación mencionaste que pasabas tiempo revisando el celular o usando la computadora, en esos casos solías leer durante un tiempo considerable, ¿cierto?

P: Sí, es cierto.

T: Bien, en este caso no hablamos de una lectura que tome cuatro o seis horas que es el tiempo estimado que sueles ocupar para esta actividad. Hablamos de solo dos páginas y que el tiempo es de una semana hasta la siguiente sesión. Incluso si te quedas dormida al momento de iniciar la lectura o en el transcurso de esta, podrías continuar más adelante. ¿Qué piensas respecto a lo que te he dicho?

P: Bueno, creo que sí podría.

T: Intentar es un paso importante hacia grandes cambios. Lo que necesitas con esta y la siguiente tarea que voy a brindarte, es no asignarte el fracaso, sino valorar tu intento. ¿Entendido?

P: Esta bien.

Se continuó con la explicación a rasgos generales de la metodología en general del tratamiento:

T: Bien, la terapia que usaremos lleva el nombre de terapia cognitiva, esta terapia consiste en que vamos a tener objetivos que ambos vamos a ir estableciendo progresivamente, objetivos de los cuales se esperan resultados a corto, mediano y largo plazo, estos resultados van a ser medidos tanto por tu desempeño en las actividades que vas a realizar dentro, pero también fuera de la sesión, para esto último vamos a usar algunos registros que te voy a pedir que vayas llenando en determinadas situaciones. Todo lo mencionado, insisto, será progresivo, pero requiere, y esto es importante, de tu participación siempre. ¿Tienes alguna duda?

P: (mueve la cabeza)

T: Las sesiones que vamos a tener, vamos a efectuarlas de la siguiente manera. En primer lugar, vamos a iniciar con un recuento de cómo te fue durante la semana, conversaremos sobre tu estado actual. Luego pasaremos a repasar las tareas, que como te mencione serán asignadas todas las sesiones, conversaremos y discutiremos sobre lo que vayamos descubriendo juntos, debo enfatizar que el cumplimiento de estas actividades es especialmente importante si queremos obtener progresos, una vez terminada esta parte estableceremos el objetivo de la sesión o pasaremos directamente a la aplicación de alguna técnica importante dentro de la terapia. Finalizado todo ello, te pediré hagas algunos comentarios sobre tu opinión sobre la sesión y delegaremos las actividades para ser efectuadas entre cada sesión, dichas actividades tendrán instrucciones que yo luego te iré proporcionando. Esta manera de trabajar es especialmente importante pues sabremos en todo momento que estamos haciendo, en lugar de improvisar el trabajo que debemos de realizar. ¿Hasta aquí tienes alguna duda?

P: No.

La sesión prosigue con la introducción y delegación de la primera tarea para la casa.

T: Un aspecto importante antes de revisar la primera tarea que realizaremos, es subrayar el hecho de que desarrollar correctamente lo que se propone en las sesiones no necesariamente implica tener un cambio efectivo en tu vida, por lo tanto, para poder obtener dicho objetivo hace falta que se lleve a la práctica o a la vida diaria ciertos cambios, algunos de los cuales pueden generar dudas o alguna incomodidad inicial, pero todo ello siempre deberá ser conversado. La terapia es una empresa conjunta, ambos tenemos participación. Dicho esto, voy a preguntarte, ¿qué piensas respecto a lo que te he dicho?

P: No lo sé, yo no suelo hacer mucho en mi casa, me da mucho sueño en el día.

T: Una consecuencia de sentirnos tristes o decaídos es que nuestra actividad baja, lo cual es normal. Sin embargo, ¿hay algo que te obligue o impida no poder incluir durante la semana ciertas actividades en tu vida diaria de manera progresiva?

P: No si son pocas, aunque me gustaría primero sentirme mejor.

T: Es importante que te sientas mejor, sin embargo, ¿crees que la sensación de desgano o fatiga se ira si solo esperas que ello ocurra?

P: (Se mantiene en silencio)

T: Las personas que se mantienen durante periodos prolongados con este desgano o tristeza generan periodos de poca actividad que traen como consecuencia que se vean a sí mismas como poco eficientes o se terminen por inculpar de no hacer nada. Lo que vamos a necesitar es pedirte que nos permitas trabajar esas ideas de que, por ejemplo, no eres capaz de incluir actividades u organizar mejor tu tiempo. ¿Qué te parece si llenas en esta hoja las tareas o actividades que sueles hacer a diario?, de esa manera nos hacemos una mejor perspectiva de cómo podemos empezar esta semana.

P: Es que yo solo estoy en la computadora y luego me voy a dormir en la madrugada.

T: Perfecto, probablemente lo que ocurra es que esas sean actividades muy frecuentes en tu caso, pero no las únicas, ¿estas segura que solo haces ello todos los días?

P: Bueno, cuando no tengo sueño ayudo a cocinar, pero casi siempre me quedo dormida en las mañanas y solo me despierto para comer. Además, en la tarde por más que quiera quedarme despierta para estudiar me da sueño cuando estoy en mi cuarto.

T: Comprendo, si bien es cierto al inicio no podamos detectar el 100% de las actividades que podrías incluir, puedo ayudarte proponiéndote algunas que evaluaras si son no posibles de realizar en este momento. El no tener un orden para hacer algo o invertir el tiempo sin una guía puede generar en algunas personas dejen pasar el tiempo y no vean muchas otras cosas sí podrían estar haciendo si solo se organizaran mejor. Te pregunto, ¿te sientes conforme con cómo lleva a cabo las actividades diarias en tu vida?

P: No realmente, me siento peor, especialmente en la noche. Me pongo a pensar que debería de haber estudiado, pero es algo que me cuesta mucho. En otros momentos mis padres me llaman la atención enojados.

T: Bien, entonces, lo que vamos a hacer es diseñar juntos una lista de actividades, unas como te mencione son más difíciles que otras, sin embargo, lo importante es ser conscientes y reconocer todas las posibilidades que podamos tener. El objetivo no es cumplirlo todo viéndonos presionados u obligados desde un inicio, sin embargo, como un objetivo inmediato te haría sentir mejor ya ir intentando lo que diseñaremos hoy. Te menciono que el diseño de las tareas o actividades que tendremos puede ir variando o ser modificado poco a poco, según el éxito las dificultades que vayamos observando. ¿Estás de acuerdo?

P: Esta bien, creo que puedo intentarlo.

Se procede entonces con el diseño del horario y se le indica antes de dar por concluida la sesión que se revisará y discutirá tanto la lectura N°1 como lo avanzado en las actividades delegadas esta primera semana. Se plantean actividades a realizar en el horario de la mañana como ayudar en labores domésticas, situación que califica de no muy difícil, mientras que la actividad de estudio y de asistir al mercado con su madre los fines de semana se ubicó como una tarea de mayor complejidad, retrasándose en su inclusión hasta que el paciente pudiera estabilizarse y tener mayores recursos de afrontamiento.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #2: 13 de noviembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Comentar y discutir la lectura N°1, el modelo cognitivo.
- Revisar e instruir en el uso de la programación de actividades diarias.
- Plantear el valor adaptativo y normal que puede tener la ansiedad y el miedo.
- Introducir al paciente en el uso de los registros de pensamientos.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades

Descripción de la sesión

La sesión inicia con algunos comentarios sobre su estado actual, en donde se aprovecha a trabajar los pensamientos automáticos vinculados al fracaso.

T: Quisiera saber. ¿cómo te fue durante la semana?

P: Mas o menos, el martes y miércoles me desperté tarde y no pude cumplir con lo que me dejaste que hiciera por las mañanas.

T: Como te había mencionado, lo más importante en esta etapa es intentar cumplir la tarea. Puesto que, al desarrollarla, proporcionas información sobre como administras tu tiempo y nos permites a ti a mí, tener una visión más objetiva de cómo podemos enfocar mejor tu tiempo. El cansancio o sueño son usualmente indicadores de depresión o ansiedad, por lo tanto, pueden ocurrir debido a tu estado. Pienso que iniciar un cambio debemos aceptar que este pueda tomar tiempo y que en el camino pueden irse presentando dificultades.

P: Lo sé, trato de hacerlo bien, pero me cuesta.

T: Toda psicoterapia implica un cambio gradual, iremos siempre con actividades a tu alcance, especialmente al inicio, pero siempre sin descuidar los comentarios e inquietudes que puedan ir apareciendo de tu parte. Los síntomas de cansancio o fatiga que refieres irán desapareciendo poco a poco, conforme vayamos progresando. ¿Qué te parece si hacemos el experimento de hacerlo durante una semana más y me dices qué tal te fue la siguiente sesión?

Se destina continuar con la misma cantidad de actividades, reconociendo que basta el intento para haberse generado un progreso

Una vez culminado con lo anterior, se prosigue con los comentarios en la relación a la lectura N°1, el modelo cognitivo.

T: Bien. Habiendo culminado esta parte, quisiera preguntarte, ¿qué tal te fue con la lectura?, ¿puedes comentarme si algo te llamo especialmente la atención?

P: Sí, bueno, pude identificarme en algunos aspectos con los ejemplos que leí, pienso que sí pude comprender lo que querías que lea.

T: Me alegra que lo hayas revisado, pero podrías aclararme por favor, ¿qué es lo que crees que estas comprendiendo?

P: Pues pienso que la manera de pensar hace que a veces nos sentimos mal, sin embargo, en mi caso por más que intento no puedo dejar de pensar en algunas cosas que me preocupan.

T: Comprendo, algo que no debemos de dejar de resaltar, es que no basta con solo entender que es lo que sucede en tu interior o con tus pensamientos, sino que hace falta poner en práctica ejercicios que puedan reforzar aquello que ya has comprendido de las lecturas y sesiones.

Recuerda que hay un fin práctico y aplicativo más que teórico que deberá generar consecuencias en tu vida diaria. Hay mayores posibilidades de aprender aquello que hacemos y vemos que nos sirve que aquello que creemos nos servirá.

La sesión prosigue, planteando el valor adaptativo y normal que puede tener la ansiedad:

T: Bien, ahora que hemos terminado esta primera parte, hoy conversaremos sobre la ansiedad. La ansiedad es una respuesta emocional que nos ocurre a todos, en ocasiones nos ayuda a prepararnos para actuar, como si hubiera un peligro o amenaza inminente o a punto de ocurrir, ¿te has puesto a pensar cómo actúa una persona que teme que algo malo le ocurra?

P: Se preocupa, tiene miedo.

T: Exacto, ¿qué crees que pasaría si una persona no tuviera miedo?

P: No lo sé, podría quizás vivir más tranquila.

T: Es probable que esté tranquila, ¿pero y si estuviera en un asalto ocurriendo en frente de él y avanzara como si nada estuviera ocurriendo a su alrededor?

P: Creo que estaría en peligro, no se daría cuenta de que puede caerle alguna bala.

T: Exacto, lo que trato de hacerte entender es que la ansiedad y el miedo son emociones que pueden ayudarnos, por lo tanto, no son malas. Incluso los animales sienten miedo si escuchan un ruido fuerte o ven a un depredador corriendo hacia ellas. ¿Qué crees respecto a lo que te he mencionado?

P: Creo que está bien, tienes razón, pero en mi caso yo no puedo estar tranquila.

T: En efecto, sin embargo, parte de la terapia no busca exclusivamente el alivio permanente y total de los síntomas o manifestaciones que ahora consideras negativas, sino que pueda regularse esa respuesta de manera. ¿Alguna vez te has puesto a pensar en cómo se sentiría una persona que llegue al área de emergencia del hospital por primera vez?

P: Se sentiría bastante incomodo o creo que tendría algo de miedo por ver a tantas personas enfermas.

T: Exacto, esa respuesta probablemente podría haber sido la tuya, sin embargo, ¿actualmente sientes el mismo nivel de incomodidad o miedo?

P: Ahora no tanto realmente.

T: Entonces lo que podemos observar es que la ansiedad es inevitable, pero no necesariamente tiene que generarnos algún tipo de dificultad.

T: Voy a proporcionarte un material (lectura N°2) que hable específicamente sobre el miedo y la ansiedad de manera resumida y necesito que puedas revisarlo para la siguiente sesión. ¿Estás de acuerdo?

P: Sí, está bien por mí. Esta semana no tengo mucho que hacer, salvo lo que quedamos la otra semana.

Se procede a pedir feedback al paciente sobre lo que le ha parecido la sesión y se prosigue con la delegación de las tareas para la casa. Se pide a la paciente la lectura N°2 y el ejercicio de dos experimentos:

T: Vamos a efectuar dos experimentos esta semana, necesito que puedas anotar en esta hoja si durante la semana recuerdas haber actuado alguna vez de manera valiente o menos ansiosa que otros frente a una situación, en caso de que no puedas recordarlo, puedes decidir incluir situaciones en donde te has sentido ansiosa o con miedo, pero se te ha pasado rápido.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #3: 19 de noviembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Comentar y discutir la lectura N°2
- Adiestrar al paciente en la distinción entre actividades de dominio y agrado
- Sustentar al paciente en que consiste la ansiedad y como se mantiene.
- Hacer uso del análisis funcional para el análisis de los pensamientos.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Técnicas de dominio y agrado
- Análisis semántico

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión con algunos comentarios relativos a la semana que ha transcurrido y la discusión sobre la lectura N°2, ¿qué es la ansiedad?

T: Buenas tardes, bienvenida, toma asiento.

P: Gracias.

T: Como es habitual, quisiera empezar preguntándote, ¿qué tal te fue durante la semana?

P: Un poco mejor, salvo ayer viernes he estado cumpliendo con la primera parte de las actividades que me pediste que haga. Por la mañana, me levanto y aseo, bajo a cocinar, atiendo a mi familia y llevo al colegio a mi hermano. Sin embargo, ayer me sentí bastante cansada porque me quedé despierta hasta tarde.

T: ¿Y qué género que te hayas quedado hasta tarde?

P: Pues, no sé, simplemente no quería dormir y me puse a ver películas.

T: Es importante que entendamos que este tipo de situaciones no se dan al azar, ¿recuerdas que la lectura N°1, nos referíamos al papel que podrían cumplir los pensamientos en cómo nos sentimos?

P: Bueno, puede ser también que haya estado preocupándome, pero no recuerdo bien en qué, solo sé que estaba algo tensa.

T: ¿Puedes contarme que es lo que sueles pensar cuando te vas a dormir?

P: Bueno, creo que me pongo a pensar en varios problemas que tengo y eso no me deja dormir, simplemente me siento preocupada. En estos días me he esforzado por estar despierta en la mañana, ya que me acuesto tarde, pero para el viernes simplemente no pude aguantar más y me quedé dormida hasta a las 10am.

T: ¿De todos esos problemas en los que piensas, hay algo en particular que ocupe más tu atención?

P: Quizás el hecho de que estoy perdiendo el tiempo.

T: ¿Y qué es lo que entiendes por “perder el tiempo”?

P: Pues no estoy estudiando nada, solo estoy en mi casa sin hacer nada.

T: Bien, mencionas que no haces nada, sin embargo, si observamos el registro de tus actividades esta semana has estado cumpliendo responsabilidades en la mañana, ¿cierto?

P: En parte sí, pero me gustaría también estudiar.

T: Estudiar es algo que deseas hacer ciertamente, pero no hacer dicha actividad no implica que no estés haciendo nada realmente. ¿Estoy en lo correcto?

P: Creo que sí.

T: Debido a tu estado, estas progresivamente adquiriendo tareas que antes no realizabas a menudo o solo en ocasiones. Como se menciona en la lectura, la ansiedad es una respuesta emocional que puede prolongarse si evitamos afrontarla. Permanecer en la computadora hace que evites afrontar aquellas preocupaciones que temes y por ende mantienes tu ansiedad posteriormente.

Una vez culminada esta parte, se supervisa el progreso hecho en la programación de actividades diarias, en donde se observa que ha habido un cumplimiento de las actividades delegadas. Se procede a explicar las técnicas de dominio y agrado. Se da inicio sustentando que hay actividades que nos hacen sentir bien y tienen por lo tanto un valor reforzando, mientras otras son motivo para sentir que hemos logrado un avance o progreso, dado su nivel de complejidad o dificultad. Se explica al paciente que necesitamos elaborar valoraciones en base a una escala del 0 al 5 para se pueda valorar de manera más objetiva que no toda actividad debe ser o buena o difícil, sino que hay diferentes que deberíamos de valorar. Se continúa elaborando una división de las actividades que usualmente hace el paciente, haciendo las consultas correspondientes, entre las que son de dominio y las que son de agrado. Finalmente se procede con la explicación de cómo se mantiene la ansiedad haciendo uso del análisis funcional (Tabla 5):

T: En esta tabla que ya habíamos revisado anteriormente podemos ver representadas ciertos estímulos característicos, estos por lo general tienden a generar una reacción y una consecuencia, al respecto, estas reacciones solo pueden mantenerse si hay algo que las refuerza o estimula a que se repitan. Te pido, tomes alguno de los estímulos de la primera columna que están en la parte izquierda para poderlo tomar como ejemplo, sea externo o interno.

P: Creo que puede ser el no querer estudiar o hacer los trabajos, es algo que me preocupa bastante.

Se procede explicar al paciente, como esta conducta usualmente vinculada a pensamientos automáticos como “es muy difícil para mí concentrarme” o “es más fácil si lo dejo para después”, genera una serie de consecuencias a corto plazo, como el sentirse más aliviada de no tener que estudiar, pero a mediano y largo plazo mantiene el estado de ansiedad.

T: La ansiedad es una reacción emocional que puede mantenerse siempre y cuando evitemos afrontarla, ya que potenciamos sus efectos o sencillamente actuamos como si estuviéramos fracasando, dándole un papel por encima de lo que en realidad debería de tener. ¿Recuerdas que hemos hablado del papel que cumplen los pensamientos? ¿qué pensarías si tuvieras que subir al transporte público?

P: Me sentiría preocupada, incomoda.

T: Claro, te sentirías preocupada e incómoda, es cierto, pero mi pregunta fue, ¿qué pensarías?

P: Pensaría que quizás puede haber algunas personas maleducadas como los cobradores que siempre dicen groserías.

T: Y pensar en ello, ¿hace que actúes diferente?, si es así, ¿cómo?

P: Pues me pongo ansiosa, a veces intento no mirarles o sino les respondo cortante.

T: Si te das cuenta, tu forma de pensar genera un estado emocional de ansiedad, esta ansiedad hace que actúes de manera diferente a las otras personas, por ende, te adelantas a algo que en realidad nunca ha ocurrido. Ahora voy a preguntarte, ¿cuándo fue la última vez que un cobrador te faltó el respeto?

P: (Se queda en silencio)

P: Bueno, no recuerdo realmente.

T: La ansiedad se mantiene en general cuando evitamos enfrentarla, si usualmente actúas tratando de evitar confrontar esas preocupaciones, el resultado va ser que actúes siempre como si hubiese un gran peligro y se mantenga la preocupación. ¿Qué crees que ocurriría si dejas de ir al transporte público porque el temor aumenta y crees que algo incluso peor ocurra si te subes?

P: Me sentiría más tranquila en ese momento.

T: Te sentirías más tranquila en ese momento, ¿pero tu incomodidad o preocupación respecto a los cobradores se iría?

P: Pienso que no, se mantendría.

T: La ansiedad, en ocasiones puede hacernos sentir mal sino podemos controlarla o esta se ve activada sin razón que la justifique. En tu caso, por ejemplo, bien es cierto hay muchos cobradores o personas con un lenguaje no educado o respetuoso, ello no hace que las otras personas se sientan especialmente temerosas de subir. Vamos a seguir revisando algunos casos en el análisis funcional que se relacionen solo con la ansiedad, ¿te parece?

Esta sesión se destinó al finalizar la implementación de la lectura N°3 para la casa, en relación a los componentes de la ansiedad y la ejecución de las actividades de dominio y agrado que se agregan a la programación de actividades diarias, se dedica mantener las mismas actividades, asignando para cocinar y acompañar a su hermano una valoración de 2 y 3 en la escala de dominio y a usar la computadora en la escala de agrado, mientras que las otras actividades se mantienen en 0.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #4: 27 de noviembre de 2016**Objetivos de la sesión**

- Continuar con la revisión de la programación de actividades diarias.
- Introducir al paciente en el cambio del foco de amenaza.
- Introducir en el uso de auto registros
- Instruir al paciente en el significado de los pensamientos automáticos.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Auto registro
- Análisis semántico
- Flecha descendente

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión con la revisión de los avances en la programación de actividades diarias, además de plantear la posible inclusión de otras actividades.

T: Buenas tardes, ¿cómo te ha ido?, toma asiento por favor.

P: Gracias. Esta semana he estado algo más tranquila sino fuese porque me pelee fuerte con mi hermana, respecto a la tarea que me dejaste sigo cumpliéndola, aunque últimamente me siento preocupada por el hecho de que no estoy estudiando en la tarde.

T: Bien, antes de pasar a la discusión sobre la programación que haremos para la semana que viene, quisiera saber, ¿qué ocurrió con su hermana?

P: Bueno, es que mi madre siempre delega mayores responsabilidades a mí, y en parte me preocupa que mi hermana se vuelva alguien irresponsable mientras yo soy quien tiene que hacer todo.

T: Comprendo, ¿me refieres que realizas todas las actividades del hogar?

P: Bueno, no todas, pero sí más que mi hermana.

T: ¿Entonces el problema sería que haces más actividades o que haces básicamente todo?

P: Creo que el hacer más...

T: Quisiera preguntarte, ¿y qué significa para ti hacer más labores que tu hermana?

P: Pues que ella se volverá irresponsable.

T: ¿Y qué sucedería si ella se vuelve irresponsable?

P: Pues que yo me sentiría mal así.

T: ¿Qué ocurriría entonces si te sientes mal a causa de eso?

P: No lo sé, quizás, me sentiría culpable.

T: Bien, ¿y sintiéndote culpable que significaría ello para ti?

P: Pensaría que simplemente he perdido mi tiempo, pues yo sí sé hacer estas cosas, pero mi hermana no.

Ante esta idea de culpa se le plantea que el foco de la amenaza o lo que en sí genera el estado de culpa no es la situación en sí misma, sino lo que ella piensa sobre dicha situación. Se le brindan ejemplos de cómo algunas personas pueden valorar de forma negativa una situación que en realidad es positiva, siendo el error que cometen el de no poder valorar adecuadamente lo que piensan, sino fijarse solo en cómo se sienten.

P: Entonces pudimos entender que en realidad lo que te generaba esa respuesta emocional era la posible idea de sentirte culpable por dicha situación. ¿Qué ocurriría por ejemplo si en lugar de pensar de que eres posible culpable de que tu hermana no logre adoptar conductas responsables en tu hogar, piensas que hay también la intervención de tu madre o tu padre quienes son los encargados del hogar?

T: Quizás me sentiría menos culpable.

P: Si te das cuenta, lo que en realidad genera el estado afectivo indeseado no es la propia situación. Podrías optar por sentirte preocupada, pero no padecer hasta el punto de sobrestimar tu participación en el hecho. ¿Alguna vez, por ejemplo, ofreciste a tu hermana hacer las labores por ella?

P: No. Yo no haría para nada eso.

T: En la medida en que valores las cosas por cómo te sientes, no podrás prestar atención a tu interpretación. Vamos a profundizar más sobre ello, cuando hagamos los registros de tus pensamientos y veamos es el pensamiento y no la emoción o el suceso a lo que debemos de enfocarnos.

Terminada esta parte de la sesión, se aprovecha en hacer uso de la introducción sobre los sobre el uso del registro de pensamientos.

T: Bien, como sabes, durante la semana a tu mente vienen muchas clases de pensamientos, algunos de los cuales pueden ser olvidados o tergiversados, incluso a pesar de ser bastante frecuentes. Algo que entendemos en la terapia cognitiva es que si dejamos que traigas la información que recuerdas de la semana a cada sesión, varios aspectos importantes pueden irse perdiendo poco a poco, por lo que lo mejor es utilizar un registro donde puedas anotar con mayor precisión lo que viene a tu mente. Existen varias formas de realizar este registro, sea al final del día, en cada momento en que vienen a tu mente estas ideas o incluso en momentos puntuales que podemos escoger como después de almorzar o antes de una determinada hora entre otros. Todo estará en función de que te de mejores resultados. ¿Hasta ahí se entiende?

P: Sí.

T: Bien, parte de la tarea de esta semana consiste en que puedas anotar los pensamientos que puedas reconocer te traigan mayor malestar o dificultad para podernos discutir juntos la próxima sesión. Te pido que llenes la siguiente hoja de la siguiente manera, si ves en este esquema, se presenta el momento en que ha ocurrido, la situación, el pensamiento que has tenido junto con el nivel de seguridad que tienes respecto a lo que has pensado y finalmente la emoción y su intensidad. El grado de seguridad tienes sobre el pensamiento y la intensidad de emoción, ambos están en una escala del 1 al 100. Vamos apoyarnos de algunos ejemplos usando el análisis funcional y llenar este formulario de prueba.

Una vez terminada esta parte, se pide el correspondiente feedback y determinar la manera en que se va a efectuar el registro correspondiente.

T: ¿Tienes alguna duda sobre lo que te he mencionado?

P. No, si lo entiendo.

T: Bien, ahora lo que vamos a definir es, ¿de qué forma crees te sería más fácil hacer el registro?

Se concluyó con el paciente que el mejor horario para poder hacer los registros era después del almuerzo y antes de ir a dormir.

Se procedió a hacer algunas modificaciones en relación a la programación de actividades diarias junto con el paciente. Agregando algunas actividades más fáciles de hacer en la tarde pero que generen cierta sensación de logro, como el intentar introducir un periodo de estudio de 30 minutos, mantener ordenado su cuarto e intentar hacer alguna actividad física como ejercicio.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #5: 4 de diciembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Continuar con la revisión de la programación de actividades diarias.
- Supervisar el uso del registro de pensamientos
- Introducir y practicar el entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson (5 primeros grupos musculares)

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson
- Auto registro

Descripción de la sesión

La sesión inicia con la revisión y discusión de la programación de actividades diarias, además de algunos comentarios en relación a la semana que ha transcurrido.

T: Buenas tardes, ¿cómo te ha ido durante la semana?

P: Me va bien durante la mañana, sin embargo, en la tarde siento que no puedo concentrarme. Me pongo a pensar en varias cosas y al final no hago nada. Respecto a hacer ejercicios me he dado cuenta que no tengo donde hacerlo en mi casa, mi cuarto no es tan amplio y no creo que me dejen salir a la calle temprano, es peligroso por donde vivo.

T: Bien, respecto a esos pensamientos que comentas, ¿has podido anotarlos como te mencione?

P: Sí, aunque quisiera ya sentirme mejor para poder estudiar.

T: Conforme vayamos obteniendo mayor información sobre estos pensamientos podremos elaborar mejores estrategias para su discusión. El cumplimiento tanto de las actividades, lecturas y el llenado de los registros, entre otros aspectos, son elementos clave dentro del proceso. Es probable que no se generen cambios inmediatos, puesto que hay ciertas formas de pensar o interpretar que has mantenido durante un tiempo prolongado, por lo que debemos de tener paciencia en los cambios esperados.

Se procede a comprar el cumplimiento de las tareas durante las 4 primeras semanas en relación a la programación de actividades diarias.

T: Si observamos, hemos visto cómo has podido utilizar eficientemente parte de la mañana. Si bien es cierto al inicio tuviste algunas dificultades, los registros indican que, habido un progreso, ¿qué piensas sobre ello?

P: Quizás a veces exagero un poco, pero creo que realmente estoy mejorando, aunque sea un poco.

Se procede a hacer un listado de las actividades que hacía antes, las cuales eran 4, divididas en utilizar la computadora, dormir, comer y en ocasiones ayudar en labores como la cocina con las 10 que actualmente realiza, entre las que se incluye ayudar en la cocina, comprar el pan, servir la cena, ordenar el cuarto, llevar a su hermana al colegio, lavar los servicios, etc. Se le vuelve a consultar si observados los cambios, parecen realmente poco. Llegándose a la conclusión de que no debería de menospreciarse tanto. Se le demuestra que su mejora es progresiva pero constante, ante lo cual refiere sentirse mejor.

A continuación, se realiza una introducción a la relajación progresiva de Jacobson:

T: Bien, parte de las sesiones de intervención tienen por objetivo el realizar algunos ejercicios de relajación. Los ejercicios de relajación no pretenden en realidad ser la solución, sino una herramienta que te pueda predisponer un análisis mucho más adecuado de tus pensamientos. ¿Te imaginas si tuvieras de analizar una situación con un estado elevado de preocupación y ansiedad?

P: Me sería bastante difícil.

T: Otra finalidad igualmente es poder regular de manera más eficaz tu ciclo de sueño, para evitar que haya ocasiones en que se generen recaídas y uses parte de la madrugada en la computadora, corriendo el riesgo de levantarte tarde. Es por ello que debemos de generar técnicas que puedan adicionalmente ayudarte a contrarrestar momentos en los que especialmente intranquila o ansiosa. Ya progresivamente y más adelante ello no será tan frecuente en su uso, lo cual no quiere decir que pierda utilidad. Simplemente que una vez adquirida las habilidades correspondientes ya podrás afrontar mejor los estados de ansiedad. Te voy a proporcionar un material para que puedas consultar ante cualquier duda sobre cómo hacer el procedimiento y tengas una guía.

T: ¿Estás de acuerdo?

P: Bueno, es solo que no sé si vaya a funcionar o no.

T: Es una duda que tenemos que trabajar definitivamente yendo como siempre a la práctica y no quedándonos en las suposiciones, dime, ¿por qué crees que no podría funcionar?

P: Ósea sí sé que podría hacer lo que me pides si pongo de mi parte, solo que no sé si será difícil.

T: Bien, ¿por qué debería de ser difícil?, me gustaría que seas sincera.

P: Quizás no quise decir difícil, solo sentí que podría serlo, no sé por qué.

T: Bien, ¿recuerdas cuando hablamos de los pensamientos automáticos? Algo que te va a ayudar y es indispensable lo practiques siempre es efectuar una revisión constante de lo que piensas. Basarte solo en lo que sientes es observar las consecuencias, pero no las causas. En otras palabras, debemos de actuar en base a la realidad, a lo que observamos, más que solo sobre lo que sentimos. De no ser así, por ejemplo, podríamos temer que nuestro profesor no quiere ayudarnos porque lo vemos molesto y nunca dialogar con él, cuando quizás sea solo nuestra percepción y nunca pudimos siquiera verificar si era cierto o no lo que interpretamos, haciendo que sencillamente nos mantengamos con nuestras dudas por un temor infundado.

P: (Asiente con la cabeza)

T: Bien, antes de pasar al desarrollo al ejercicio que haremos hoy, quisiera que analicemos los registros que has traído. ¿Te parece?

Se procede a la discusión y comentario sobre los auto registros que contienen, eventos activadores, pensamientos y emociones. Para luego dar espacio al inicio de la aplicación de la primera sesión del entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson.

T: Tal y como se indica en la lectura que ya discutimos, uno de los elementos más importantes antes de efectuar el inicio de esta primera práctica es centrarnos en las sensaciones a nivel físico que vamos a ir experimentando. Debemos de prestar mayor atención, tanto a la sensación de tensión y su diferencia con la relajación, al respecto la mejor forma de captar el procedimiento al inicio será cuando me observes realizarlo. ¿De acuerdo?

P: Sí, está bien.

T: Conforme vayamos progresando, cada vez que tensionemos lo haremos entre 5 a 7 segundos y luego realizaremos de manera no forzada la distensión o relajación, repitiendo en nuestra mente la palabra “calma” o “relax”. Empezaremos esta sesión con los 5 primeros grupos musculares, que consisten en el brazo dominante, el brazo no dominante, la frente, ojos y nariz y finalmente la mandíbula y cuello. Toma atención, coge el brazo derecho, extiéndelo enfrente tuyo y cierra fuertemente el puño, manteniéndolo como yo lo hago. ¿Sientes algún tipo de tensión?

P: Sí, lo siento.

T: Esta tensión debe estar en todo el brazo, deberás de sentirla tanto en manos, antebrazo, codos y bíceps. Ahora, una vez lo has mantenido durante el tiempo que te indique, vas a dejarlo de manera natural y no forzada volver a su lugar o posición original. ¿Cómo te sientes ahora?

P: Tengo un poco de calor en esa área, pero también algo de relajación.

T: Bien, como se indica en la lectura, esta técnica requiere práctica. Por ello haremos la primera parte hoy y luego la integraremos con la segunda parte la siguiente semana. Una vez hayamos concluido y manejes el procedimiento, podre instruirte en el uso de una versión abreviada. Ahora mismo lo que haremos será repetir hasta un máximo de dos veces los grupos musculares que te mencione, primero me observarás y lo intentarás imitar según mis indicaciones tal y como trabajamos con tu brazo derecho, luego cerrarás los ojos y solo seguirás mis indicaciones como referencia. ¿Estás de acuerdo?

P: Me parece bien.

Se procede a efectuar el ensayo y práctica de los 5 primeros grupos musculares. Una vez concluido, se procede a pedirle que lo debe de repetir unas dos veces al día, además de poder llenar un registro que se le dejara para complementar. Se le menciona posteriormente:

T: Recuerda que no podrás lograr el mismo nivel de relajación en todos los grupos musculares, sino que vas a necesitar en realidad ir poco a poco, anotando en los registros acerca de la respuesta que ocurre tras los ejercicios. Un aspecto importante insisto, es intentar no controlar deliberadamente los pensamientos, sino simplemente enfocarte en las sesiones físicas que vas sintiendo.

Se consigna al paciente que efectúe al menos dos veces al día los 5 primeros grupos musculares practicados y se le recomienda que una de esas prácticas sea antes de irse a dormir, sentada y con los ojos cerrados.

De igual forma se le asigna para la siguiente sesión continuar con la programación de actividades diarias y los registros. Se evidencia un elevado nivel de ansiedad al tener que salir a pagar los servicios como el agua y la luz, considerando que dicha tarea es especialmente incómoda, bajo el pensamiento “no aguanto tener que hacer esto” con un 90% de creencia y generando un estado de incomodidad del 80%. Se discute las razones para valorar de manera particularmente negativa el ir a pagar los servicios y luego se procede a pedirle continúe con los registros para la siguiente semana.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #6: 10 de diciembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Continuar con el uso de la programación de actividades diarias.

- Supervisar el uso del registro de pensamientos.
- Completar la práctica del entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson (10 grupos musculares)

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Técnica de reatribución cognitiva
- Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión con algunos comentarios de la paciente en relación a la programación de actividades diarias.

T: Dado que estamos manteniendo los progresos de la semana anterior, quisiera preguntarte, ¿qué opinión tienes sobre el uso de la técnica hasta el momento?

P: Si bien es cierto al inicio mis padres parece que no notaban mis progresos, ya no los siento tan molestos conmigo. Tampoco es que me traten mejor, pero nuestras discusiones han disminuido últimamente. Sin embargo, me hubiera gustado haber podido cambiar las cosas.

T: ¿Podrías detallarme a qué te refieres con “haber podido cambiar las cosas”?

P: Es que me siento culpable por las cosas que he hecho en el pasado y me preocupa que vuelva a equivocarme.

T: Bien, ¿entonces la preocupación sería que algo del pasado vuelva a pasar en el futuro, ¿estoy en lo correcto?

P: Bueno sí, porque eso haría que todo estuviese peor.

T: ¿Y ese algo qué sería específicamente?

P: Pues que siga sin poder estudiar como quisiera y termine por jalar.

T: Comprendo, ¿y realmente es tu entera responsabilidad el hecho de no poder estudiar?, ojo, no intento buscar una justificación, sino que lleguemos a una conclusión objetiva de los recursos con los que cuentas.

P: Pues, no lo sé. A veces hay bulla en mi casa o mi padre me llama a hacer algo y entonces ya no quiero volver a mi cuarto porque sé que no voy a avanzar nada.

T: Bien, entonces, ¿si al existir bulla o la interrupción de otras personas, la responsabilidad de no poder estudiar correctamente sería totalmente tuya?

P: No del todo creo. Pero mi familia siempre ha sido así.

T: Antes de proseguir, vamos a hacer un listado de eventos o circunstancias que hayan podido afectar negativamente en tu hábito de estudio, ¿te parece? El resultado que esperamos lograr es verificar con argumentos lógicos si el 100% de la culpa que corresponde a ti exclusivamente. ¿De acuerdo?

Se demuestra al paciente que por más que sienta una elevada culpa, debería de poder dividir su atención también hacia otros aspectos que no controla o que pudieron tener injerencia en el pasado e incluso en el presente. Se le sugiere que el análisis de una situación en donde se tenga como referencia todos los factores que influyeron en este resultado, es una estrategia que puede ayudarlo frente a la culpa, dividiendo su grado de responsabilidad. A continuación, se prosigue con la práctica de los 10 grupos musculares:

T: Como te mencione la sesión anterior esta vez vamos a efectuar la práctica de los otros 5 grupos musculares que en este caso incluyen, hombros y espalda, pecho, estomago, pierna

dominante y pierna no dominante. Se espera que, para la tercera semana de práctica constante, al menos dos veces al día podamos efectuar una aplicación completa y fluida, la cual la pondremos en práctica la siguiente sesión. ¿Te parece si me comentas como te fue esta semana con los ejercicios de relajación?

P: Sí, bueno, he observado que solo siento esa relajación en mis brazos y un poco en mi cuello, sin embargo, en mi frente y en mis ojos y nariz no siento realmente cambios.

T: Es usualmente que el efecto no sea uniforme. La práctica hará que esta situación cambie y se logren una relajación profunda, pero se debe de repetir siempre. Dime, ¿has logrado utilizarlo antes de dormir como te recomendé?

P: Sí, me da bastante sueño, pero al mismo tiempo a veces quiero quedarme despierta para ver que me escribieron en Facebook. Creo que me siento mejor practicándolo porque ya no me acuesto tarde como antes lo hacía a diario, solo a veces me quedo hasta las 11pm.

T: Es un progreso, te sugiero que sigas las indicaciones que están bien sustentadas en el texto que te he facilitado. Ahora empezaremos con la relajación del grupo muscular de los hombros y espalda obsérvame.

Se finaliza con los siguientes grupos musculares, sugiriéndole al paciente que ponga en práctica esta técnica un mínimo de 15 minutos con los 10 grupos ya expuestos.

Antes de culminar, se pide al paciente haga comentarios en relación con la lectura que se le proporciono como guía, respecto a la relajación progresiva de Jacobson. Encontrándose conforme con su lectura y consulta.

Finalmente, se supervisa el uso de los registros de pensamientos. Se observa que durante la semana el ir a comprar el pan se ha vuelto una situación que ha generado que se sienta

especialmente ansiosa a la hora de hacer esta actividad, principalmente porque asume que la persona que atiende en la tienda le respondió enojada.

T: Mencionas que la persona de la tienda te respondió de una forma que interpretaste como desagradable. ¿Escuchaste que te insulto o faltó el respeto?

P: No, es solo que estaba algo molesta la señora y pensé que en realidad iba a decir algo hiriente lo cual me mantuvo preocupada.

T: La siguiente vez que fuiste, ¿qué observaste?

P: Vi que estaba más tranquila, sino que yo sigo pensando en que podría enojarse y me siento algo incomoda de tener que hacer ello.

T: Bien, observo que has puntuado un nivel de seguridad respecto a la creencia de que podría “tratarte mal” en un 90. ¿Hace cuánto conoces a dicha persona?

P: Desde que vinimos a vivir aquí, hace años en realidad.

T: ¿Y cuantas de las veces en que has ido a comprar pan ha pasado algo similar?

P: Hasta ahora es la primera vez.

T: Correcto, lo que haremos esta semana es verificar y la creencia de que va a tratarte mal se cumple, ¿te parece?

P: No sé si pueda seguir yendo.

T: ¿Hay alguna razón para creer que debería de tratarte mal?

P: No, nunca le he dado razón.

T: ¿Has observado que trate mal a otras personas?

P: A esa hora hay pocas personas, pero no sé si le haya pasado con otra persona.

T: Como podemos observar no hay razones para que ello ocurra, sin embargo y de ocurrir ello, ¿crees que obtendría algún beneficio al perder a un cliente que se sienta mal tratado?

P: Creo que no.

Al disminuir su grado de seguridad sobre este pensamiento se le sugiere seguir yendo a comprar el pan y verificar si vuelve a ocurrir lo que teme.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #7: 17 de diciembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Continuar supervisando el uso de la programación de actividades diarias.
- Supervisar el uso del registro de pensamientos.
- Efectuar la segunda práctica completa del entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson.
- Introducir al paciente en la identificación de los pensamientos distorsionados
- Enseñar al paciente el uso de la visualización.
- Repasar la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson
- Técnica de visualización

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión con algunos comentarios en relación a su estado actual y se supervisa la programación de actividades diarias.

T: Buenas tardes, ¿cómo estás?, toma asiento.

P: Me siento regular, hace poco se me perdió mi celular y eso me hace sentir mal porque mi padre no va a comprarme ninguno.

T: ¿Y qué cuales podrían ser los pensamientos en relación a esta situación?

P: Quizás el hecho de que ya no pueda entrar a Internet. Eso me preocupa.

T: ¿Y qué ocurriría entonces sino no puedes entrar a Internet?

P: Tengo algunos amigos allí, a veces converso con ellos. Pero ahora pueden pensar que simplemente no quería verlos.

T: Comprendo que ello te preocupe, sin embargo, ¿es cierto que tú no deseas conversar con ellos?

P: No lo sé, simplemente se me vino la idea de que podría ser así.

T: ¿Y qué pasaría si les pudieras explicar lo que ha ocurrido?

P: Quizás podría entenderlo. Lo que pasa es que aún lo piense de esa manera me preocupa.

T: Bien. Vamos a asumir entonces que ellos no lo entienden. ¿Te parece?, pensemos que se muestran afectados a pesar de tus explicaciones. ¿Crees que tienes la culpa por su manera de reaccionar a pesar de que no depende de ti?

P: Bueno no del todo.

Se hace con el paciente un listado de las variables que participan en el hecho de que ya no ingrese tan seguido a las redes sociales. Se le explica que la evaluación de sus amigos respecto a ella no depende o no es por entero su responsabilidad, dado que hay más factores que participan en el hecho. A continuación de lo indicado se realiza la primera práctica de la relajación progresiva de Jacobson de manera completa, además que se introduce el uso de la técnica de visualización.

T: Como sabes no siempre vamos a poder obtener un estado de relajación en todo el cuerpo. Tal y como se indica en el pequeño manual que te he proporcionado, para complementar y reforzar lo que hemos hecho en la sesión, algo que puede servirnos es el uso de nuestra imaginación, a través de la proyección de imágenes agradables o relajantes mientras efectuamos el procedimiento. Vamos a probar sus efectos y ver qué es lo que sucede en esta semana. ¿Estás de acuerdo?

P: Sí, está bien.

T: Lo primero que debemos de hacer es imaginar algo que te evoque tranquilidad y paz, ¿puedes identificar que podría ser?

P: No realmente.

T: Bien, vamos en todo caso a hacer un listado de imágenes que voy a nombrarte y luego seleccionaremos la que mejores efectos pueda tener. Por ejemplo, algunas personas se sienten tranquilas cuando se imaginan en la playa, es decir frente al mar.

Una vez finalizado el listado de imágenes agradables, se selecciona una y con ella se desarrolla la sesión completa del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. Luego de ello, se procede a repasar el concepto de los pensamientos automáticos y la relación entre pensamientos, emoción y conducta.

T: Según refieres en los registros uno de los pensamientos que ha ocurrido con frecuencia dentro de tu hogar esta semana es, “mi padre no me comprende”, ¿cierto?

P: Sí, discutí porque me demoré, según él, cuando fui al banco. Le explique que había mucha gente, pero igual me grito.

T: Bien. En este caso, la situación de volver del banco tarde genero que tu padre te gritara según entiendo, ¿qué te dijo exactamente?

P: Dijo que siempre que salía me iba a pasear, pero eso es mentira.

T: Comprendo, en este caso digamos que el comentario que hizo tu padre genero en ti la idea de “mi padre no me comprende”, ¿crees que esa frase expresa lo que piensas?

P: Creo que sí.

T: Correcto, entonces hasta allí podemos identificar que cuando discutes con tu padre puedes tener ese pensamiento el cual se genera de manera automática o inmediata. ¿Esto ocurre antes o después de iniciada la discusión?

P: Ocurre cuando él empieza a gritar, ósea antes.

T: Algo que necesitamos prestar atención es que los pensamientos, incluso si son involuntarios generan consecuencias. En este caso, el pensamiento automático “mi padre no me comprende”, ¿qué te hizo sentir?

P: Me hizo sentir amargura, cólera, pero a la vez quería llorar.

T: Ya veo. ¿Y qué pasaría si pudiéramos reemplazar ese pensamiento por “mi padre está preocupado”?

P: Le prestaría atención a lo que diga, pero aun así no me gustaría que me grite.

T: Si te das cuenta, al cambiar ese pensamiento, asumes que tu padre solo estuvo preocupado por lo que puedes reaccionar de manera más favorable. ¿Y qué pasaría si en realidad no sabe cómo expresar su preocupación por lo que lo hace de manera inadecuada?

P: Bueno, no creo que eso haya pasado. Me cuesta pensar que realmente le importe.

T: ¿Estas totalmente segura de que no le importas?

P: Ósea sí sé que le importo. Pero él siempre reacciona de esa manera, gritando.

T: Lo que quiero demostrarte de este ejemplo es que una sola variación en la manera que tienes de pensar o evaluar la situación puede cambiar todo. Te pido hagas el esfuerzo de interpretar esa situación como una preocupación de un padre que te ama. ¿Puedes imaginarlo?

P: Trato, creo que sí logro imaginarlo.

T: Bien, ¿tu reacción emocional seguiría siendo de cólera o amargura?

P: Bueno, no estaría tan enojada.

T: ¿Incluso si gritara?

P: Bueno, si me molestaría, pero no pelearía.

T: Lo que quiero mostrarte con este ejemplo es que más allá de si esa fue o no la intención de tu padre, esa reacción que tuviste género no solo reacciones internas, es decir dentro de tu cabeza, sino afuera, es decir en tu entorno y tu conducta. Cuando tu padre te grito, ¿le mencionaste algo luego de escucharlo?

P: Bueno, me puse a gritar también. Al final, ambos discutimos.

T: Esta situación ejemplifica como mantener un estilo de pensamiento puede desencadenar en un conflicto, porque el pensamiento afecta a las emociones y las emociones traen conductas. ¿Qué clase de conducta o respuesta tendrías si tu estado emocional esta alterado por la cólera?

P: Probablemente me enoje aún más y acabe por pelear.

T: Entonces, pensamientos, emociones y conductas están vinculadas. De esa misma manera en los registros, vamos a empezar a utilizar tres columnas para poderlos vincular y discutir de esa manera hasta lograr ubicar si hay o no razones para mantener los pensamientos.

Se determina que el uso de la relajación progresiva de Jacobson seguirá por unas 3 o 4 semanas y que de acuerdo a los resultados se podrá incluir una versión abreviada más adelante, además se incluye un registro que identifique el nivel de relajación obtenido en cada grupo muscular.

Se deja una lectura con los principales pensamientos distorsionados para que pueda repasar entre las sesiones.

SESIÓN #8: 22 de diciembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Continuar con el uso de la programación de actividades diarias.
- Supervisar la práctica de la relajación progresiva de Jacobson
- Plantear al paciente el papel que cumple la vulnerabilidad percibida y la estimación de seguridad
- Evaluar resultados de la inclusión de la técnica de visualización

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión, revisando y reconociendo los avances en la programación de actividades diarias. El paciente reconoce que ha podido ampliar la cantidad de actividades que le generan agrado, al agregar la actividad de escritura y lectura con un puntaje de 4.

Una vez establecido el nuevo horario, se sigue con la supervisión del registro de pensamientos, tomando como ejemplo que ayuden en la comprensión de los conceptos de vulnerabilidad y amenaza percibida que se desean repasar.

T: Ahora quisiera saber, ¿cómo te ha ido durante la semana?

P: Aun estoy algo afectada por el hecho de haber perdido mi celular, casi todos los días tengo que esperar a que mis hermanas dejen de usar la computadora, pero estoy tratando de controlarlo, principalmente poniéndome a escribir o leer algo que me guste.

T: ¿Cuántas horas usualmente pasabas antes de perder el celular en las redes sociales?

P: En el celular estaba casi todo el día, es decir, hacia lo que habíamos quedado, pero igualmente revisaba a veces si tenía algún mensaje y lo respondí, no me tomaba mucho tiempo.

T: Bien, si analizamos detenidamente la situación, ¿qué es lo peor que podría pasar sino estas tan pendiente de los mensajes que recibes?

P: No sé, es solo que creo que podrían enojarse algunas personas que me hablan.

T: ¿A qué te refieres con “enojarse”?

P: Quiero decir que no puedo evitar pensar en lo que podrían estarme diciendo ya que podría ser importante.

T: Pero incluso si fuese importante, ¿las conversaciones importantes se dan todos los días o solo en ciertos momentos?

P: Solo en ciertos momentos.

T: Bien, en el último mes, ¿cuántas conversaciones importantes se han dado?

P: Creo que ninguna.

T: Algo que quería mostrarte con la segunda lectura, es que una parte importante en la ansiedad que está relacionado con el sentirnos vulnerables o amenazados, incluso cuando no es necesario o justificado sentirnos así. En este caso, ¿crees que es congruente la preocupación que tienes con lo que sucede cuando no estas conectada?

P: Pienso que no.

T: Otra forma de analizarlo sería, ¿qué tan amenazante es esta situación para ti?, por ejemplo, esta semana que ha pasado, ¿ha ocurrido algo malo o alguna consecuencia negativa?

P: Bueno, me siento mal.

T: Sin embargo, ¿te sentiste igual de mal cuando perdiste tu celular que ahora?

P: Creo que me siento algo más calmada, aunque no estoy tranquila.

T: Para poder verificar si estamos en lo correcto, vamos a ubicar primero aquello que creemos que es una amenaza y luego los recursos con los que cuentas para hacerle frente.

Se sustenta que, si bien es cierto, algo puede interpretarse como una amenaza debemos de verificar si la seguridad que damos a ese pensamiento esta correspondida por lo que ocurre en la realidad. Se le pide que durante esta semana verifique si el pensamiento de que sus amigos se iban a incomodar es cierto o decir algo importante ocurre y si es así cuantas veces pasa.

La sesión prosigue con la supervisión de la relajación progresiva de Jacobson, observándose en los registros un incremento de la relajación de ciertos grupos musculares que antes no se observaban. Al no encontrar objeciones o inquietudes respecto a la práctica de esta técnica, se le pide resume los pasos de manera sucinta y se prosigue en la sesión. Se observa que la técnica de visualización no tiene un efecto adecuado por lo que se desestima de su uso.

Se le pide continúe una semana más con la relajación progresiva de Jacobson, además de solicitarle la identificación de las amenazas y que manera estas le hacen sentirse vulnerable haciendo uso del registro de pensamientos.

Finalmente se discute si el nivel de creencia en relación a que iba a ser gritara por la persona que vende el pan se iba a cumplir, observándose que su creencia disminuye a un 40%, observándose una intensidad del 50%. Se comentan estas mejoras y se le sugiere mantener la atención sobre dicha actividad y la vinculada hacia la desaparición de su móvil por esta semana.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #9: 29 de diciembre de 2016

Objetivos de la sesión

- Supervisar el uso de la programación de actividades diarias.
- Supervisar el uso del registro de pensamientos.
- Supervisar el uso de la relajación progresiva de Jacobson.
- Repasar el concepto de pensamientos distorsionado.
- Volver a discutir el papel que cumple la amenaza y vulnerabilidad percibida.

- Sugerir a la paciente el procesamiento de las señales de seguridad.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Registro de pensamientos

Descripción de la sesión

Luego del saludo correspondiente, se procede a comentar los progresos de la programación de actividades diarias. Al respecto se incluyen actividades de mayor complejidad tal como acompañar a su madre los fines de semana a realizar las compras, a la cual se le brinda un puntaje de 5 en la escala de dominio. Se aprovecha por otro lado la inclusión de esta actividad para trabajar los pensamientos automáticos vinculados al razonamiento emocional y la magnificación.

P: A pesar de que en la mañana puedo hacer todo lo que me he propuesto en el horario. Siento que salir al mercado sería algo que me incomode, hay mucha bulla y gente.

T: Entiendo que pueda parecer difícil para ti. Basándonos en lo que me mencionas, quisiera preguntarte, ¿alguna vez en el pasado has estado en lugares donde hay bastante ruido y gente?

P: Bueno, cuando voy a fiestas, pero allí voy a divertirme.

T: Eso significa que has estado en situaciones con gente y ruido sin sentirte incomoda, aunque claro por otras razones, pero ambos ingredientes estaban. ¿Recuerdas cuando hemos conversado sobre las amenazas y la vulnerabilidad que nos asignamos respecto a ellas?

P: Mencionaste que una amenaza puede volverse peor si pienso negativamente sobre mí.

T: Así es, pero vamos a enfocarnos de manera más específica en la situación. Por ejemplo, ¿alguna vez ha ocurrido algo que no desees que pase cuando has ido al mercado con tu madre?

P: Hasta ahora no o quizás solo que se demore más de la cuenta mi mama.

T: Asumiendo que permaneces mucho tiempo en el mercado, ¿qué es lo peor que podría pasar?

P: No lo sé, solo querría irme.

T: El resultado entonces para ese escenario rechazado es que abandonas o al menos haces el intento de irte del lugar, sin embargo, ¿crees que ello ayuda a que puedas valorar mejor qué es lo que genera en ti esa reacción?

P: Creo que no. Cuando me voy me siento peor porque luego mi mama se resiente conmigo cuando la apuro

T: El guiarnos solo de nuestras emociones, ¿en cuál de los patrones que la semana pasado te pedí identificaras en el registro de pensamientos podría estar?

P: Creo que, en este, el de razonamiento emocional.

T: Bien, el razonamiento emocional expone que algunas personas pueden valorar las situaciones solo en base a lo que sienten. Es decir que, si yo tuviera el presentimiento que hoy me ira mal y decido no asistir a una importante cita de trabajo, ¿estaría haciendo bien?

P: No.

T: Respecto al mismo caso que te acabo de sugerir, ¿qué consideras tú que se debería hacer?, es decir si alguien piensa que algo necesariamente malo va a pasar.

P: Debería de ver si es cierto o no.

T: Efectivamente, uno de los aspectos que no debemos de saltarnos, es el hecho de detenernos a analizar si nuestras emociones pueden estar equivocadas y la única manera de hacerlo es ver si nuestros pensamientos se corresponden con la realidad.

Se amplía esta conversación revisando el papel que cumple las señales de seguridad y su relación con los pensamientos distorsionados.

T: Cuando estamos en una situación que nos produce una intensa ansiedad durante más tiempo del normal, puede estar ocurriendo que no podamos prestar atención hacia aquellos aspectos en el ambiente que nos deberían asegurar tranquilidad. Por ejemplo, según los registros, el día martes observaste un trabajo disponible por lo que pensaste “me van a rechazar”, puntuando un 70 de seguridad, lo cual género que sintieras frustración en un 60. Sin embargo, ¿podrías decirme qué ocurriría si efectivamente eres rechazada del trabajo?

P: Bueno, quizás me sentiría mal por tener que volver a mi casa y ser reprendida por mi papa.

T: Comprendo, sin embargo, ¿postular a un trabajo es algo de lo que sentirse mal?

P: ¿Cómo?

T: Te consultaba, ¿consideras que postular a un trabajo es algo por lo que sentirte mal?

P: No, pero sí que mi papa me grite.

T: En cuyo caso, ¿has intentado alguna vez explicar de manera sincera y abierta pedir comprensión a tu padre pues diste tu mejor esfuerzo?

P: No, porque apenas me levanta la voz yo me enojo y empezamos a discutir. Al final me dice que soy una vaga y me voy a mi cuarto a encerrarme.

T: Bien, lo que ocurre, es que mientras estamos con una reacción de ansiedad o producto del miedo hay ciertos aspectos de la situación que no podemos valorar o pasamos por alto debido a la valoración tan negativa que hemos hecho de la situación. Por ejemplo, el postular a un trabajo es una actividad que tú no has considerado como negativa, y llevas razón, no lo es. Si de ser ese el caso, hay aspectos a los que no presta atención, el primero de ellos tú lo has mencionado y es que no estás haciendo nada malo, por lo tanto, no puedes ser recriminada, pero si incluso lo eres. ¿Estas tu cometiendo el error?

P: No.

T: Efectivamente, no estas cometiendo un error pues no eres tú quien está siendo reprendida por postular a un trabajo y no ingresar. Las señales de seguridad, son aspectos que están en el ambiente, pero si pudiéramos valorarlos mejor, nos ayudarían a sentir que tenemos mayor disposición de confrontar lo que pensamos es una amenaza.

Se procede a tomar otro ejemplo, en donde con ayuda del paciente se enumeran que aspectos de la situación le harían sentir más segura, por ejemplo, el pensar que no ha sido la única persona que se ha presentado a ese trabajo, el darse cuenta que la valoración personal que hagan las personas de su C.V. no tiene por qué ser especialmente negativa, dado que hay muchos postulantes.

Respecto a la supervisión de la relajación progresiva de Jacobson se observa un estado de relajación alcanzado en todos a excepción del grupo muscular de los ojos y nariz, por lo que se destina una semana más para su práctica.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #10: 08 de enero de 2017**Objetivos de la sesión**

- Supervisar el uso de la programación de actividades diarias.
- Introducir el uso de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.
- Explicar al paciente la diferencia entre la preocupación productiva e improductiva
- Supervisar el uso del registro de pensamientos.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Relajación progresiva de Jacobson (versión abreviada)
- Registro de pensamientos

Descripción de la sesión

Se da inicio con la supervisión de la programación de las actividades diarias. Se le consulta sobre los efectos y dificultades en relación al programa, en donde indica solo presentar dificultades con los periodos de estudio, dado que aún le cuesta poderse concentrar durante el periodo de la tarde. Se decide junto con la paciente en que el programa continuará de la misma forma y se hará otra supervisión dentro de 2 semanas. Respecto a la dificultad que vienen presentando con la concentración se identifica que durante los periodos de estudio la atacan pensamientos automáticos vinculados con la preocupación, por lo que se decide continuar con la sesión, explicando la diferencia entre preocupación productiva e improductiva.

T: En esta sesión vamos a trabajar el papel que cumple la preocupación. Como sabes, la preocupación es una estrategia de afrontamiento, es decir nos permite disponer de mejores

recursos para enfrentar una posible amenaza a futuro. Sucede que preocuparse debería de llevarnos a una solución, sin embargo, hay ocasiones en que no es así y solo nos mantiene pensando en los problemas. Según el registro de pensamientos, vemos que una de las mayores preocupaciones esta semana esté ligado al pensamiento “voy a jalar de ciclo”, donde se observa una seguridad de 80 y un estado de preocupación de 80. Una preocupación productiva tiene por componente el basarse en un problema real o concreto, en este caso dicha situación se presenta, sin embargo, ¿qué crees que podría hacer improductivo dicha preocupación?

P: Creo que es que no le doy solución.

T: Efectivamente, otro aspecto es que una preocupación productiva es aquella en donde tenemos real control de la situación, sino fuese así, ¿valdría la pena preocuparse por algo de lo que no podemos modificar?, te doy un ejemplo, ¿qué pasaría si una persona se preocupa porque está envejeciendo?, ¿tendría sentido su preocupación?

P: No.

T: ¿Por qué sería que no?

P: Porque no podría evitar envejecer.

T: Así es, otro aspecto importante es que una preocupación productiva se enfoca en las soluciones y no espera que estas sean perfectas. Lo cual quiere decir que cuando tenemos una preocupación no productiva, se genera, por el contrario, un énfasis en las emociones negativas que en las posibles salidas que podríamos tomar al problema. Tomemos, por ejemplo, el pensamiento, “es muy difícil estudiar”, en ese caso, ¿qué crees que ocurre con dicho pensamiento?

P: Creo que es que no le estoy dando solución.

T: Efectivamente, pero hay algo más y es que cuando nos enfocamos en nuestras emociones negativas, por ejemplo, la frustración o el miedo, nos impedimos de poder proseguir en el proceso y llegar a lo más importante que es la solución. Sin embargo, cuando nos menospreciamos o no somos capaces de tolerar posibles fracasos, nos ponemos en riesgo esperando soluciones perfectas o un nivel de seguridad absoluto que no siempre es posible. Respecto al mismo pensamiento “es muy difícil estudiar”, ¿qué evidencias asegurarían de que puedas estudiar?

P: Que mis padres dejen de usar el televisor, que mis hermanas no hagan bulla o que yo pueda concentrarme mejor.

T: Todas esas son razones válidas que podrían ayudarte, sin embargo, ni siquiera todo ello podría asegurarte realmente el éxito. Podría ocurrir que enfermes, que haya de una semana, etc. Sin embargo, si esperamos que una sola solución tenga todos los ingredientes para un 100% de efectividad vamos a pasar mucho más tiempo preocupándonos que solucionándonos lo que nos importa. Voy a pasarte un material para que puedas identificar, qué características tanto de la preocupación improductiva como productiva puedes ver dentro de los acontecimientos que sueles observar y algunos consignar en el registro de pensamientos.

Luego de este ejemplo, se muestra y revisa con el paciente el material que se llevara a casa para poder relacionar e identificar dentro de su contexto natural, es decir, fuera de las sesiones.

Se procede a sustentar con el paciente el porqué de utilizar la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.

T: Al iniciar la aplicación de esta técnica de relajación, te mencione que había una forma abreviada, sobre la que voy a igualmente proporcionarte el material respectivo para que puedas guiarte. Haremos la aplicación de esta versión abreviada, utilizando más de un grupo muscular a la vez, siendo en total 4 grupos y no 10 como anteriormente trabajamos. El primer grupo

muscular incluye brazo dominante y no dominante, el segundo, músculos del rostro y del cuello, el tercer grupo, pecho y abdomen, y finalmente el cuarto grupo, ambas piernas.

Se efectúa la práctica de esta versión abreviada, sustentando que se supervisara durante 2 sesiones adicionales para observar sus resultados, su aplicación se limitara a ser aplicada tanto a episodios de ansiedad considerable como a ser practicada antes de ir a dormir, dado que la paciente manifiesta tener dificultades en efectuar la relajación en la tarde pues le produce sueño. En caso haya dificultades, se puede efectuar una práctica completa de la versión abreviada en alguna sesión posterior.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #11: 14 de enero de 2017

Objetivos de la sesión

- Efectuar la primera supervisión de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.
- Repasar la diferencia entre preocupación productiva e improductiva.
- Supervisar el registro de pensamientos.
- Introducir al paciente en las estrategias de control positivo y negativo de la preocupación.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Relajación progresiva de Jacobson (versión abreviada)

- Registro de pensamientos.

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión supervisando la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson. Observándose que no hay dificultades en la retroalimentación recibida, se le pide cite los pasos a seguir de la aplicación de la técnica para luego continuar con la sesión. Paciente refiere que no ha habido eventos que resaltar entre sesiones por lo que se procede a consultar sobre el cumplimiento de la otra tarea delegada, vinculada a la exploración e identificación de las preocupaciones, sean productivas o improductivas.

T: Bien, como sabes, la sesión anterior te pedí que pudieras identificar las diferentes características tanto de las preocupaciones productivas como improductivas, haciendo uso del material que te proporcione. Quisiera que por favor me comentes, qué pudiste observar.

P: Bueno, veo que paso mucho tiempo pensando en cuanto me afecta lo que me ocurre, por lo que no soluciono nada.

T: Lo que mencionas es un progreso importante. ¿Podrías indicarme alguna situación en particular en donde pudiste observar ello?, puedes incluso guiarte del registro de pensamientos.

P: Sí, bueno. Ya que mi papa no quiere a veces darme dinero para un nuevo celular, me preocupa no poder comprármelo, sin embargo, me quedo pensando en que me hace falta, pero no le doy una solución que podría ser buscar un trabajo.

Se explora, haciendo uso del registro de pensamientos, los acontecimientos que hayan generado como reacción la preocupación y se pregunta a paciente los aspectos que pudo identificar

previamente a la sesión. Una vez finalizada esta parte, se inició a la explicación sobre las estrategias de control de la preocupación.

T: Tal y como puedes observar en el material que acabo de proporcionarte, hay ciertas estrategias que pensamos pueden ayudarnos a controlar la preocupación, pero que en lugar de ello hacen que se incremente tanto la duración como intensidad de sus efectos o consecuencias. Lo que necesitamos de evitar estas estrategias negativas y usar en mayor medida las adecuadas. Una de las primeras cosas que solemos hacer cuando nos preocupamos es buscar un nivel de tranquilidad, para ello podemos decirnos a nosotros mismos frases como “debería estar calmado” o “debo calmarme ya”. Esto no hace que en realidad trabajemos el origen de la ansiedad, sino solo nos preocupemos por nuestras reacciones, las cuales sino se presta atención a que las generan continuaran. Por otro lado, presionarnos por obtener un estado de calma o paz, por el contrario, genera aún más ansiedad. Incluso hay otras ocasiones en que buscamos que alguien nos diga que todo está bien, lo cual tampoco nos ayuda a dilucidar lo que nos preocupa ni a su solución, también sucede que podemos intentar aliviar nuestra duda haciendo actos repetitivos. Respecto a esto último, ello puede observarse cuando antes ingresabas constantemente a las redes sociales a ver si te habían dejado algún mensaje.

Una vez se hayan expuesto todas las estrategias negativas, se procede a citar las positivas, entre las que se enumera, la expresión dirigida a preocuparse sin impedimentos, el volver a procesar o valorar lo que pensamos como amenaza, el distraerse con algún tipo de actividad productiva o reemplazar la preocupación por un pensamiento más positivo y finalmente el uso de técnicas de relajación. Se plantea al paciente que pueda identificar en una lista, cuales son las estrategias que observa más utiliza durante la semana para poderla discutir, teniendo como referencia el uso del material de las estrategias de control de la preocupación. Se finaliza la sesión revisando y discutiendo algunos pensamientos automáticos vinculados a esta semana.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #12: 21 de enero de 2017

Objetivos de la sesión

- Efectuar la segunda supervisión de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.
- Repasar con el paciente las estrategias positivas y negativas de la preocupación.
- Introducir a la paciente en la práctica de la inducción de la preocupación y descatastrofización
- Supervisar el uso del registro de pensamientos.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Inducción a la preocupación y descatastrofización
- Flecha descendente
- Registro de pensamientos

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión comentando al paciente el papel que cumple la posibilidad de volver a ingresar a un trabajo. Se le indica que todas las semanas podría haber variaciones, pero que ello

no debería hacer ver que no está cumpliendo con el objetivo del programa que es organizar más no establecer rígidamente qué se hace y que no.

T: En caso puedas ingresar al trabajo que refieres, ello no implica necesariamente que faltes al horario que se ha asignado, en realidad todos los días podría haber modificaciones. Ante la modificación de la agenda, debemos de estar preparados para adaptarnos.

Se procede a la revisión de la tarea vinculada a las estrategias de control de la preocupación.

T: Según puedo ver en el listado, la estrategia que más sueles usar es inculparte el no poder dejar de preocuparte, le sigue la supresión de la emoción que es intentar eliminar toda emoción negativa y en tercer lugar la comprobación, en donde como dijimos, se observa la repetición de determinadas conductas que aseguren un nivel de seguridad. Veo que has anotado que el día de ayer viernes tuviste una discusión con una de tus hermanas, quien se negó a hacer las labores del hogar, ante lo cual tuviste el pensamiento de “son injustos conmigo”, ¿a qué se debió ello?

P: Me puse a pensar en que solo soy yo quien hace todo y no mis hermanas, porque mi mama las sobreprotege. Empecé a temer en que mis esfuerzos por mejorar sean en vano.

T: Comprendo, te has estado esforzando mucho desde que iniciamos este proceso, pienso que hay evidencia que lo constata, dime, ¿cómo trataste de controlar este tipo de preocupación?

P: Intente calmarme, pero no funciona, así que empecé a culpabilizarme por ello y me costó luego poder tranquilizarme

T: ¿Qué hiciste para poder tranquilizarte?

P: Dijiste que practique la técnica de relajación si me sentía demasiado alterada, así que lo hice y luego ya pude calmarme.

Se refuerza al paciente sobre como las estrategias inadecuadas de control podrían hacer perdurar aún más la preocupación. Se repasan las estrategias positivas de control, introduciendo

la inducción a la preocupación y descatastrofización. Durante un periodo de 20 minutos que se dividió luego en 2 partes, se pide a paciente pueda enfocarse en alguna área que le genere preocupación, verbalizando en voz alto lo que va imaginando. Se ha hecho uso de la técnica de flecha descendente para mejorar la eficacia del proceso de aplicación de la técnica hasta poder llegar al peor escenario posible. Los temas de preocupación expuestos fueron dos, el vinculado a no poder aprobar los cursos de la universidad, cuya calidad alcanzada en sus efectos fue de 80 sobre 100 y acerca de la posibilidad de no poder conseguir trabajo, puntuando 70 sobre 100. Culminado esta parte se procede a trabajar con el paciente la aplicación de la versión abreviada del entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson. Se pide al paciente primero, describa los pasos a seguir, el momento del día que la práctica y luego se procede a hacer la aplicación de una sesión para reforzar lo ya comprendido. Antes de ingresar a la parte final de la sesión se piden comentarios en relación a si la técnica pudo o no ayudarlo a normalizar su estado emocional y afectivo respecto a la técnica de inducción a la preocupación y descatastrofización.

T: Como has podido observar la técnica de inducción a la preocupación y descatastrofización que estamos utilizando, puede generarnos un nivel de ansiedad o preocupación elevados, precisamente la intención de ello es poder tener una forma de hacerle frente, al haber repasado ya las estrategias adecuadas de control de la preocupación positivas.

Finalmente le indica que un ejercicio que puede ir pensando para la próxima semana es en relación a alguna solución que podría sugerir para la preocupación de no poder aprobar los cursos en la universidad y de no poder conseguir trabajo alguno.

P: La semana que viene vamos a profundizar en el uso de la técnica que hemos usado para inducirnos a un estado de preocupación dentro de la sesión. Sin embargo, la técnica no solo valora el llevarnos al peor escenario posible, sino que necesitamos también determinar de qué manera vamos a afrontar a dicha situación catastrófica. Esta semana te pido puedas analizar en

relación a las dos situaciones que has descrito, tanto el jalar los cursos de la universidad como el no poder conseguir trabajo y qué harías si ambas situaciones llegan al peor escenario posible.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #13: 29 de enero de 2017

Objetivos de la sesión

- Supervisar el uso de la programación de actividades diarias.
- Efectuar la tercera y última supervisión de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.
- Repasar con el paciente la práctica de la inducción de la preocupación y descatastrofización, haciendo énfasis en la descatastrofización.
- Supervisar el uso del registro de pensamientos.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Relajación progresiva de Jacobson (versión abreviada)
- Inducción de la preocupación y descatastrofización
- Registro de pensamientos

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión supervisando la programación de actividades diarias, en donde se evidencia la inclusión de actividades tales como el encuentro con amistades, valorado con el puntaje de 3 en la escala de agrado, al igual que el buscar trabajo valorado con puntaje de 4 en escala de dominio.

Se continua la supervisión de la versión abreviada del entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson, no encontrándose mayores novedades dentro de su práctica. Al respecto se le salta:

T: Si bien es cierto esto ya lo indiqué anteriormente, no deja de ser importante. Si bien es cierto una técnica de relajación nos ayuda a estabilizar e incluso lograr un estado de relajación, estas estrategias son siempre secundarias a poder confrontar y explorar las preocupaciones, que son las de primera elección, con el tiempo la técnica de relajación será un complemento.

A continuación, se hace un repaso de la técnica de inducción de la preocupación y decatastrofización.

T: La semana pasada trabajamos con una técnica bastante importante, te pedí al respecto que pudieras pensar en de qué manera podrías actuar frente a los dos escenarios bastantes catastróficos. ¿Puedes recordarme antes de eso cuales eran dichos escenarios imaginados?

P: Respecto a jalar los cursos, pensé que el peor escenario era el que me expulsen de la universidad por haber jalado 3 veces el mismo curso.

T: ¿Y respecto al otro tema?

P: Sobre lo otro, era lo de tener trabajo. Sobre eso pensé en que lo peor sería quedarme en la casa de mis papas.

T: Bien, entonces lo que vamos a hacer será empezar a imaginar la primera situación que es el ser expulsada de la universidad por motivo de tus notas. ¿Puedes imaginarlo?

P: Sí.

T: Bien, deseo que trates de darme detalles de esa situación, es decir de esos peores escenarios, puedes incluir como te sientes, qué es lo que ocurre tanto a tu alrededor como dentro de ti, etc. Puedes cerrar los ojos si deseas. Empieza por favor.

P: Me imagino a mis padres bastante decepcionados de mí. Me siento bastante culpable, tengo vergüenza de que mis compañeros se enteren.

T: Imaginemos que ellos se enteran, ¿qué sucede entonces?

P: Me siento demasiado mal, solo quiero llorar y escapar encerrarme en mi cuarto y no salir de él.

T: Es terrible y sé que es difícil para ti, pero necesito saber si aún algo peor a esa situación.

P: Quizás que mis hermanas se enteren.

T: ¿Qué pasaría entonces?

P: Les imagino recriminándome, a mi madre sufriendo y llorando.

T: ¿Y qué has pensado que podrías hacer en esa circunstancia?

P: Pensé en que, si llegara a jalar, buscaría un trabajo.

Dado que buscar un trabajo se vincula también con otra de las preocupaciones exploradas, se prosigue con la exploración de la preocupación y la puesta en práctica para el afrontamiento del no poder conseguir un trabajo. Se identifica un guion de catastrofización el cual se anota para que la paciente pueda usarlo entre las sesiones y se le asigna un periodo entre 10 a 15 minutos diarios para esta exposición diaria. Se refuerza a la paciente, recordándole los progresos que ha tenido y se trabaja a su vez un guion para poder afrontar estos escenarios especialmente catastróficos como si en verdad estuvieran ocurriendo en su vida.

T: Poder afrontar cualquiera de ambas preocupaciones sin límites requiere que nos ayudemos también de un determinado guion o parámetro respecto a cómo actuaríamos si dichas situaciones estuvieran presentes. Tanto la forma de llegar al estado intenso de preocupación como la forma de afrontarlo serán indispensables para la práctica que efectúes a partir de ahora.

Finalmente, luego de esta tarea delegada, se sigue con la supervisión de los pensamientos automáticos mostrándose un descenso en el nivel de seguridad que la paciente tiene sobre estos.

T: Según veo el pensamiento de que tu vecina estaría especialmente enojada contigo ahora obtiene un nivel de certeza de 40 sobre 100. ¿Podrías comentarme que ha ocurrido?

P: He estado yendo como dices, no me siento segura pero tampoco muy nerviosa cuando le compro el pan. En algún momento pensé en pedirle a mi madre o alguna de mis hermanas que vayan, pero finalmente desistí.

T: Me parece es otro progreso que has logrado, sin embargo, me interesaría saber qué pensamientos se han incorporado para que tu certeza sobre el pensamiento de ser tratada negativamente por esta persona haya disminuido.

P: Me di cuenta de que ya no tengo tanto tiempo como antes.

Se refuerza al paciente en relación al concepto de vulnerabilidad percibida y como anteriormente se sobreestimaban amenazas que ahora puede tolerar.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #14: 05 de febrero de 2017**Objetivos de la sesión**

- Repasar con la paciente la práctica de la inducción de la preocupación y descatastrofización.
- Supervisar el uso del registro de pensamientos.
- Sugerir a la paciente el cuestionamiento de las creencias positivas acerca de la preocupación.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Inducción de la preocupación y descatastrofización
- Restructuración de creencias meta cognitivas
- Análisis semántico

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes y bienvenida, quisiera saber cómo te ha ido durante la semana.

P: No tan bien, hace tres días pelee con un chico con el que estaba saliendo.

T: ¿Lograste anotar en el registro de pensamientos lo ocurrido?

P: Sí.

T: Según veo, la situación “se quedó callado cuando discutía con él”, genero el pensamiento de, “no le intereso”, con una valoración de seguridad de 80 y una respuesta emocional de cólera de 80. Una vez termino la discusión, ¿a qué conclusión llegaste sobre su actitud?

P: Preferí ya no hablarle.

T: Entiendo, es una situación que comprendo te afecte, sin embargo, ¿recuerdas cuando hemos hablado sobre el papel que cumple un pensamiento flexible?

Se procede con la explicación de que se debe siempre valorar más de una opción y en caso sea necesario preguntar a la hora persona por lo que piensa o siente. Se le deja como tarea explorar las posibles interpretaciones sobre que pudo ocurrirle a su enamorado para quedarse callado y traiga la lista para comentarla la siguiente sesión.

Se prosigue con la supervisión de la técnica de inducción de la preocupación y de catastrofización.

T: Bien, ¿podrías comentarme qué pudiste observar durante la semana?

P: He estado algo triste por lo que paso con ese chico, por esa razón hubo dos días en que no hice la tarea, incluso incumplí un día con lo que tenía que hacer de mi horario.

T: Las dificultades son inevitables, lo importante y que hay que reconocer de todo es que a pesar de la situación pudiste reintegrarte a lo que hemos estado trabajando. ¿Qué has podido apreciar hasta ahora?

P: Me ha costado poder mantener mi concentración en el problema durante la primera vez, ya luego pude sentirme más concentrada. Me sentía triste y nerviosa mientras iba pensando en los problemas, pero creo que ya no me afecta tanto con el tiempo. En ocasiones incluso llego a preocuparme por otras cosas.

T: Bien, ¿recuerdas cuando hablábamos de la preocupación improductiva?

P: Sí.

T: Siempre va haber algo por lo que preocuparse, en especial si son preocupaciones no reales o presentes. Lo que queremos lograr es que puedas explorarlas y darte cuenta que tan terribles no son si les haces frente. ¿Crees que así este resultando?

P: Creo que sí.

Se repasa con el cliente el guion de catastrofización y decatastrofización, agregando otras preocupaciones que han venido a su mente durante la semana para que pueda explorarlas.

Finalmente se procede a la sustentación e introducción del cuestionamiento meta cognitivo sobre la preocupación.

T: ¿Qué ocurriría para ti, si, por ejemplo, durante un día entero dejas de preocuparte?

P: Me pondría nerviosa, pensaría que algo malo va a pasar.

T: ¿Y te has puesto a pensar si las otras personas se preocupan todo el tiempo?, si no es así, ¿Por qué no les ocurre nada?

P: No lo sé. Creo que ellos son más fuertes.

T: ¿Y qué es lo que entiendes por ser fuerte?

P: Que no te dejas llevar tanto por los problemas, que le haces frente y no te escondes.

T: ¿Y cuando hemos trabajado hace poco los problemas pensando en su peor escenario posible no hacíamos frente a los problemas?

P: Creo que sí. En parte si me doy cuenta de mis progresos, solo que, comparándome con otras personas, aun no puedo decir que me he vuelto fuerte.

Se explora con el paciente los pensamientos automáticos vinculados con no valorar adecuadamente sus progresos, tomando como ejemplo lo anotado en los registros de pensamiento.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESIÓN #15: 11 de febrero de 2017**Objetivos de la sesión**

- Introducir el uso de la respuesta alternativa y sus consecuencias dentro del registro de pensamientos automáticos.
- Repasar con la paciente el cuestionamiento de las creencias meta cognitivas sobre la preocupación.
- Evaluar y comentar con la paciente los resultados de la práctica de la inducción de la preocupación y descatastrofización.
- Introducir el uso de la expresión repetida de la preocupación.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Restructuración de creencias meta cognitivas
- Inducción de la preocupación y decatastrofización
- Expresión repetida de la preocupación
- Registro de pensamientos.

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión, revisando el estado actual de la paciente y pasando a revisar el resultado obtenido de las posibles interpretaciones alternativas a la creencia o pensamiento automático “no le intereso”.

T: ¿Recuerdas que conversamos sobre qué otro tipo de alternativas dabas a la conducta de tu enamorado?

P: Ya no estoy saliendo con él, pero sí, me puse a pensar en eso.

T: ¿Qué pudiste explorar?

P: Bueno, luego me puse a pensar en que también tenía la culpa yo por molestarme tan rápido cuando no me contestaba.

T: Comprendo, sin embargo, ¿qué pensamientos alternativos encontraste a “no le intereso”?

P: Que quizás así sea él y por eso se quedó callado.

T: ¿Es decir, que debido a su personalidad o forma de ser quizás se trata de una persona callada?

P: Sí, él es algo callado a veces.

T: Bien, ¿y en base a esa alternativa qué respuesta emocional podrías tener si fuera así?

P: Quizás me molestaría al inicio porque me gustaría que fuera de otra forma, pero no discutiría.

T: Entiendo, sin embargo, no podemos culpar a las personas por su forma de ser, ¿no es así? ¿qué otra alternativa has podido encontrar a su conducta?

P: Que quizás tuvo algún problema. Lo que pasa es que cuando pasa por algo difícil, el se vuelve muy reservado. No sé si es así con todos.

T: ¿Y esa opción, qué tipo de reacción genera en ti?

P: Pues, me siento más tranquila, no reaccionaría mal. Aunque no dejaría de estar algo incomoda por dentro.

Se plantea a paciente la inclusión de pensamientos alternativos dentro del registro de pensamientos con otros ejemplos a situaciones, por ejemplo, vinculadas al pensamiento de ser “rechazada en el trabajo”, ante lo cual se opta por “no ser aceptada no tiene por qué ser tan malo”, “me va ir mal en la universidad” por “esta vez me prepararé mejor”. El procedimiento implica el valorar el nivel de certeza respecto a ese pensamiento alternativa y la consecuencia

a nivel emocional. La sesión prosigue con la supervisión de la inducción de la preocupación y de catastrofización.

T: Quisiera que comentes como te ha ido durante esta semana con el desarrollo de esta técnica.

P: Bueno, me paso lo mismo que la semana pasada de que a veces se me aparecían otras preocupaciones y me costaba enfocarme solo en un escenario. Pero me di cuenta de que ya no estoy tan sensible respecto a esos temas.

T: Me parece muy bien. ¿A qué crees que se deba que ya no te sientes tan afectada por las preocupaciones que hemos estado trabajando?

P: Porque creo que las estoy enfrentando. No son tan malas como en un inicio pensé.

Una vez definido con el paciente que la técnica al cumplir el objetivo de demostrar que enfrentar la preocupación hasta su nivel más catastrófico no es tan malo como se pensaba, se continúa con la inclusión de la expresión repetida de la preocupación.

T: Esta semana vamos a reemplazar la técnica que hemos estado trabajando por una mucho más avanzada en ese sentido. Lo que vamos a hacer es, destinar un periodo de 30 minutos al día para el desarrollo exclusivamente de pensamientos de preocupación, sin embargo, este periodo va estar precedido porque no puedas preocuparte en ningún otro momento del día, sino es en ese momento. ¿Entendido?, vamos a hacer una práctica de 15 minutos en esta sesión, pero durante la semana efectuaras el proceso durante el periodo que te planteo. Es normal que tus pensamientos a partir de cierto momento generen una tendencia a enfocarse en otras cosas, por lo que volverás nuevamente a la actividad. Recuerda que antes de finalizar la sesión definir en qué momento del día iras a efectuar esta actividad.

Se define con el paciente que el mejor periodo es durante la noche. La sesión finaliza con la discusión sobre si el pensamiento es necesariamente incontrolable o necesario para el paciente.

Se le pide este atenta durante la semana, a qué sucesos ocurren una vez que este postergando o limitando su preocupación a solo 30 minutos al día.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

SESIÓN #16: 18 de febrero de 2017

Objetivos de la sesión

- Repasar con la paciente el cuestionamiento de las creencias meta cognitivas sobre la preocupación.
- Supervisar el uso del registro de pensamiento que incluya el uso de la respuesta y consecuencia alternativa.
- Supervisar el uso de la técnica de la expresión repetida de la preocupación.
- Introducir al paciente el uso de estrategias de inoculación a la incertidumbre.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Estrategias de tolerancia a la incertidumbre
- Expresión repetida de la preocupación
- Reestructuración meta cognitiva de la preocupación

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión, consultando por el estado actual del paciente y la revisión y comentarios sobre la tarea delegada en relación a la valoración meta cognitiva de la preocupación.

T: La semana pasada delegamos una actividad importante, que consistía en prestar atención a los cambios que ocurrían en el ambiente en relación a la preocupación. ¿Qué pudiste observar mientras no te preocupabas?

P: No mucho, todo siguió igual.

T: El ejercicio que hemos efectuado de postergar la preocupación a un determinado lugar y momento no sirve para valorar que preocuparse es algo innecesario, eso debemos de aclararlo. Sino que por el contrario busca hacer entender de que no es tan difícil como parece el efectuar un control sobre las preocupaciones en especial si son infundadas.

Se coteja igualmente con el paciente igualmente, si en el registro de pensamiento aparecen o no más eventos que puedan justificar mayores índices de problemas o situaciones adversas en su vida diaria.

T: ¿Has observado que tus problemas aumentan mientras no estuviste preocupada?

P: No, pero sí que me sentía algo incomoda al intentar controlarlo. Algo que me di cuenta, es que, a la hora de llegar la hora de preocuparme, terminaba por pensar a los 10 minutos o algo así en otras cosas, me cuesta poder mantenerme 30 minutos solo pensando en cosas malas.

Se revisa con el paciente el registro de pensamientos, donde se ve una disminución de las creencias o seguridad respecto a los pensamientos automáticos. Se comenta con el paciente como esta disminución puede estar asociado al cumplimiento de las tareas brindadas y la postergación de la preocupación.

Finalmente, se introducen algunas estrategias para la tolerancia a la incertidumbre y su sustentación.

T: Veo que el día martes postulaste a un trabajo como practicante, en donde refieres haber tenido el pensamiento de que van a rechazarte, con una certeza de 70 sobre 100. ¿Cierto?

P: Sí, llegue tarde, pero al ver que no había nadie no sabe qué hacer. Como había venido desde tan lejos me quedé a esperarlos y vi que al final alguien se apareció. Se habían ido a comer.

T: ¿Y qué pensaste antes de ir y conversar con dicha persona?

P: Que quizás iba a decirme que ya se pasó el tiempo y que había hecho ingresar a otra persona. Sin embargo, trate de hablarle, pensando que no era peor sino intentaba hablarle.

T: Comprendo, ¿y qué fue lo que te menciono?

P: Me dijo simplemente que esperara un momento, que iba a instalarse pues venia del refrigerio. Luego me pidió mis datos y me pregunto por mi disponibilidad. Termine aceptando pues me darán para mis pasajes.

T: Me parece muy bien como afrontaste la situación. Pero mientras esperabas, ¿qué sentias?

P: Me sentía nerviosa, quería irme.

T: Bien, pero lograste algo importante, ¿qué podría ser?

P: ¿Sobre quedarme a esperar o preguntar si habían elegido ya a alguien?

T: Te lo planteo de esta manera, en una situación del pasado, ¿qué hubieras elegido?, ¿esperar o retirarte?

P: Creo que irme.

T: Bien, la vida como sabes está basada casi siempre en incertidumbre, en cosas que no podemos controlar. Por ejemplo, antes que tu podrían haber llegado 5 o 10 personas, pero nada de eso paso. La tolerancia a la incertidumbre o hacia lo que no está asegurado es una habilidad que debemos de desarrollar, los ejercicios en donde hemos ido postergando la actividad de preocuparse ha funcionado y nos ha ayudado en muchos sentidos. Pero ahora voy a pedirte que pienses en qué situaciones de incertidumbre o donde no tienes control sobre lo que puede pasar

te ocurren durante la semana. Vas a anotarlo y traerlo para comentarlo y discutir la próxima semana. ¿Te parece?

P: Sí, me parece bien.

Conclusión

Se cumplieron con los objetivos propuestos.

SESIÓN #17: 25 de febrero de 2017

Objetivos de la sesión

- Supervisar y trabajar el cuestionamiento meta cognitivo sobre la preocupación.
- Supervisar el uso de la expresión repetida de la preocupación.
- Supervisar el uso del registro de pensamiento completo.
- Repasar y delegar la aplicación de una técnica de inoculación a la incertidumbre

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Expresión repetida de la preocupación
- Restructuración mega cognitiva de la preocupación
- Registro de pensamientos
- Inoculación a la incertidumbre

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión revisando el estado actual del paciente, comentando a su vez el registro de pensamientos.

T: Según puedo observar esta semana, tuviste una discusión con una de tus hermanas porque utilizo la computadora en un momento en el que no esperabas, ¿cierto?

P: Sí, como dice allí me molesto que no me avisara. Luego cuando ya me calmé, coloque que quizás podría pensar en que tenía algo que hacer.

T: Me parece muy bien, ¿recuerdas cuando hablamos del pensamiento improductivo?, ¿de cómo preocuparnos o dejarnos afectar por situaciones de las que no tenemos control no es algo que nos ayude?

P: Sí.

T: ¿Has vuelto a pensar en si tu hermana puede volver a usar la computadora de manera inesperada?

P: Lo he pensado, sí.

T: Sin embargo, esa no es una situación de la que tengas control. ¿Valdría la pena preocuparse tanto?

P: Quizás, si estoy más preparada y hago mis cosas rápido.

T: Pero en cuyo caso, nada te asegura que pueda ser antes o después de lo previsto, ¿no crees?

P: Bueno, eso es cierto.

T: Te pedi que esta semana que ha pasado puedas pensar en situaciones que traen incertidumbre a tu vida. ¿Qué pudiste encontrar?

P: Hice un listado como me dijiste.

T: Veo que hay 5 eventos relacionados con la incertidumbre, que tu padre se enoje contigo o con tus hermanas, que una de tus hermanas use la computadora de manera inesperada, que tu padre rechace dejarte salir a una fiesta, que no puedas estudiar bien para el ciclo que viene y

finalmente, que tu madre te asigne trabajo o alguna responsabilidad mientras estas estudiando o en la computadora.

T: Dado que aún es reciente el conflicto que tienes con tu hermana. Esta semana vamos a hacer un experimento, que consiste en actuar consientes de tu hermana puede llegar y usar la computadora, pero sin alterar como actuarías realmente. ¿Te parece?

Se brindan nuevos alcances sobre el papel de la tolerancia a la incertidumbre, se reitera que al ser una actividad toma tiempo poderse adiestrar. Se prosigue con brindar algunos últimos alcances sobre el papel de las creencias meta cognitivas sobre la preocupación, planteando un ejercicio.

T: Esta semana voy a pedirte que puedas hacer un experimento, vinculado a considerar que preocuparse prolongadamente por algo ha generado algún tipo de beneficio. Dado que un aspecto importante de la preocupación ha sido la posibilidad de volver a jalar cursos en la universidad una vez iniciado el ciclo. Quiero que te ocupes esta semana, solo te preocuparte por ese aspecto, cualquier otro tipo de preocupación tratas de posponerlo para el horario en que usas la técnica de expresión repetida de la preocupación. El objetivo es que anotes en la noche, cuáles han sido los efectos o beneficios de preocuparte tanto por dicha situación Entonces efectuaras la expresión repetida en la noche, mientras que al despertar usaras unos 15 minutos solo a pensar en el problema vinculado al estudio, anotando los resultados que tuvo durante el día en la noche.

Conclusión

Se cumplieron con los objetivos propuestos.

SESIÓN #18: 05 de marzo de 2017**Objetivos de la sesión**

- Supervisar el uso del registro de pensamiento completo.
- Repasar la aplicación de una técnica de inoculación a la incertidumbre.
- Evaluar y comentar los resultados del cuestionamiento mega cognitivo de la preocupación.
- Adiestrar al paciente en la técnica de resolución constructiva de problemas.
- Evaluar y comentar los resultados de la expresión repetida de la preocupación.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Registro de pensamientos
- Resolución de problemas
- Expresión repetida de la preocupación
- Reestructuración meta cognitiva de la preocupación
- Inoculación a la incertidumbre

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión revisando el cumplimiento de la tarea vinculada la reestructuración de las creencias meta cognitivas de la preocupación.

T: La semana pasada quedamos en el ejercicio de una actividad, en donde pudieras anotar las consecuencias o beneficios observados de preocuparte en relación a tus notas en la universidad.

¿Lo recuerdas?

P: Sí.

T: Perfecto. ¿Qué pudiste observar en esta semana? ¿hubo algún cambio?

P: Bueno, pensaba antes de hacerlo en que no iba a cambiar nada, pero me di cuenta también que ya no le presto tanta atención a ese problema. Me siento más tranquila desde que he empezado a enfrentar mis problemas.

T: Hay dos aspectos importantes, uno es valorar que la preocupación es necesaria e insustituible siempre, y lo otro es pensar que la preocupación es incontrolable, es decir que no podemos dejar de preocuparnos así no queramos. Ambas son valoraciones, sobre la preocupación en sí mismas.

Se procede a concatenar la idea de que las preocupaciones son totalmente controlables, comentando los resultados que ha generado la expresión repetida de la preocupación.

P: A partir de ciertos momentos me empiezo a cansar o aburrir, me cuesta cada vez más poder preocuparme, porque hay días en que no le veo sentido a pensar en tantas cosas negativas.

T: La técnica demuestra que enfrentarnos y generar nosotros mismos un estado de preocupación hace que esta se vuelva totalmente innecesaria en nuestros pensamientos pues nos damos cuenta no conduce a nada. Vuelvo a hacer énfasis en que la preocupación es totalmente válida e útil, pero siempre y cuando tenga los requisitos que ya explicamos cuando trabajamos la diferencia entre preocupaciones productivas e improductivas. Te recomiendo revises eventualmente dicho material cuando algún tipo de situación genere preocupación intensa o que no desaparece.

A continuación, se de paso a algunos alcances sobre la técnica de expresión repetida de la preocupación. Se comenta con el paciente los efectos generados en el registro de pensamientos y en su evaluación sobre las cosas que antes eran objeto especial de su atención. La sesión prosigue con los comentarios en relación a la práctica de la tolerancia a la incertidumbre.

T: La sesión anterior delegamos que pudieras actuar en una situación que te generaba inseguridad como el volver a usar la computadora, habiendo tu hermana ya aparecido de manera impredecible. ¿Qué pudiste observar?

P: Los primeros días había veces en que quería terminar lo que estaba haciendo, incluso creo que intenté avisar a un amigo que ya me retiraba, pero al ver que no venía, me di cuenta que cuando volvió a interrumpirme el jueves ya no estaba tan incómoda.

T: ¿A qué crees que se debe que ya no te sentiste tan afectada?

P: Creo que ya no le veía sentido a seguir nerviosa, tampoco es que estuviera muy nerviosa.

T: Algo que también debemos de trabajar son las conductas vinculadas a la búsqueda de seguridad, por ejemplo, si tu hermana puede venir en cualquier momento, las conductas de búsqueda de seguridad pueden ser como lo que has dicho, el avisar que ya te ira, o el avanzar rápido las actividades que haces, etc. Algo que puede servirte es no prepararte para eso que temes, sino simplemente actuar consiente de que puede ocurrir eventualmente, pero que no te afecte. ¿Cuándo tu hermana aparece de manera imprevista, te obliga a retirarte al instante?

P: A veces lo hace.

T: ¿Y cómo sueles reaccionar?

P: Me molesto y le digo que se espere.

T: En el registro de pensamientos has colocado que podrías elegir pensar que ella también tiene que hacer algún tipo de trabajo, basado en ello, ¿qué reacción podrías tener alternativamente?

P: Quizás decirle que me espere que ya voy a cerrar mis cosas.

Se refuerza a paciente que la tolerancia a la incertidumbre solo puede lograrse conforme vaya prestando atención a detener las conductas de búsqueda de seguridad, las cuales pasara a

identificar para la siguiente sesión en una lista. Se pide al paciente pueda exponerse a situaciones en donde el resultado sea incierto y pueda comentar que ha observado.

Ahora voy a proporcionarte un material relacionado con la técnica de solución de problemas, te pido puedas revisarlo pues lo vamos a comentar la siguiente sesión.

Conclusión

SESIÓN #19: 11 de marzo de 2017

Objetivos de la sesión

- Supervisar el uso del registro de pensamiento
- Comentar y evaluar los resultados de la aplicación de técnicas de inoculación a la incertidumbre.
- Adiestrar al paciente en la técnica de solución de problemas.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Registro de pensamientos
- Inoculación a la incertidumbre
- Técnica de solución de problemas

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión reconociendo los progresos observados en el registro de pensamientos, donde la valoración en general sobre la seguridad de los pensamientos automáticos ha ido bajando.

T: Podemos observar que muchos de los pensamientos en las que mantenías una gran seguridad sobre su veracidad y lógica han ido disminuyendo, aumentando el cuestionamiento y modificación de estas formas de pensar, esto definitivamente es un progreso. Sin embargo, algo que debemos de hacer a partir de ahora es que tú misma puedas leer y describir aquello que has ido anotando durante la semana. El objetivo es que ir generando una predisposición a no solo discutir o analizar tus propios pensamientos sin supervisión mía, sino transmitir estas ideas a otros, e incluso promover lo aprendido, influencia en tu propio contexto. ¿Podrías describirme que has podido anotar esta semana?

Paciente procede a leer el registro de algunos automáticos, el terapeuta escucha y luego pregunta por las alternativas o salidas que les da a las creencias expuestas.

T: ¿Por qué crees que es importante plantear opciones a la manera que tenemos de pensar?

P: Porque así podemos elegir qué puede ayudarnos más. Como dijiste una vez, si pensamos siempre igual, actuaremos siempre igual.

Se pregunta al paciente por la elección del tema de agenda, ante lo cual este selecciona el problema vinculado a que busca la independencia económica en su hogar.

T: Refieres que te preocupa que no puedan costear un cuarto dado que la universidad queda muy lejos, ¿cierto?

P: Sí, en realidad se gastaría lo mismo en pagar el cuarto que en mandarme a estudiar hasta allá. Solo que mi padre no quiere darme hasta ahora una respuesta y yo ya no quiero estar en mi casa, quiero un cambio.

T: Es comprensible lo que mencionas, por lo que quisiera pedirte más detalles sobre lo que te influencia para querer vivir en otro lugar.

P: No lo sé, últimamente siento que debería seguir creciendo como persona y tener independencia creo que me ayudaría que quedarme en mi casa.

Se procede a trabajar con el paciente, tanto el aspecto vinculado a la tolerancia hacia la incertidumbre, pues la paciente desconoce cuál podría ser la respuesta o decisión que adopte su padre, como hacia los pensamientos automáticos en donde asocia a las circunstancias externas favorables con su estado de ánimo.

T: ¿Crees que existiría algún riesgo si dependemos de lo que ocurre a nuestro alrededor para lograr alcanzar nuestro desarrollo?

P: En parte creo que sí.

Se brindan ejemplos sobre cómo antes de iniciada la evaluación, la paciente consideraba imposible poder estudiar dentro de su casa debido al ruido del televisor durante el día.

T: Sería útil prestar más atención a aquello sobre lo que tenemos control que sobre lo que está fuera de nuestra influencia.

Se trabaja con la paciente la diferencia entre exigir y preferir algo en la vida.

T: Una forma adicional de trabajar la incertidumbre es poder diferenciar que podemos preferir algo y trabajar en base a eso, pero no exigirlo. Porque si fuese así, toda nuestra felicidad o gran parte de ella dependería de algo y nuestro control sobre los sucesos ambientales es parcial, sin embargo, lo que si podemos controlar siempre son nuestras reacciones.

Finalmente se hacen comentarios en relación a la técnica de solución de problemas.

T: Como sabes, necesitamos dejar desarrolladas habilidades que permitan que a mediano y largo plazo puedas manejar nuevas situaciones. Sean estas igual, menos o más complejas que las actuales. Una técnica es la solución de problemas, como sabes anteriormente hemos observado que nos quedábamos solo en el planteamiento de lo que nos aquejaba, pero ahora

necesitamos seguir una metodología que nos permita llegar hasta poder optar por plantear soluciones, ponerlas en práctica y aprender de los posibles errores. Dos aspectos tener en cuenta son los siguientes, problema es todo aquello por lo que tenemos control y que puede identificarse convenientemente. Por ejemplo, un problema no sería en sí mismo pensar que alguien va a faltarme el respeto en un auto bus, para ello, debemos de cuestionar la evidencia que tenemos para plantearnos esa posibilidad y en caso no obtengas resultados pasemos a utilizar las técnicas de exposición o repetición de las preocupaciones, ideales para este tipo de situaciones. Sin embargo, cuando hablamos de situaciones concretas como un examen próximo o una deuda en el banco que se debe de pagar en 10 días, si hablamos de un problema.

Se procede a citar con el paciente posibles escenarios en donde haya observado problemas de su vida diaria y se le pide una retroalimentación de lo que se le ha planteado. Se deja como tarea haga una división entre problemas que puede solucionar y aquellos que no.

Conclusión

Se concluyeron con los objetivos propuestos

SESIÓN #20: 19 de marzo de 2017

Objetivos de la sesión

- Supervisar el uso del registro de pensamiento completo.
- Repasar con la paciente la técnica de resolución constructiva de problemas.
- Introducir en la paciente el concepto de las habilidades sociales.
- Introducir en la paciente sobre un pensamiento más enfocado en el presente.
- Preparar al paciente para la finalización del tratamiento.

Técnicas

- Psicoeducación

- Dialogo expositivo
- Programación de actividades
- Técnica de solución de problemas

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión con la revisión y discusión del registro de pensamientos, valorando como el ejercicio hasta ahora realizado con los ítems de respuesta y consecuencia alternativa podrían ayudar a una mejor ejecución de la técnica de solución de problemas.

T: La intención del registro de pensamientos, aparte de modificar y plantear nuevas formas de pensar, se relaciona con el desarrollo de otras técnicas que intentan dar mayor cantidad y variedad de soluciones o enfoques, siempre y cuando estos sean realistas. Te voy a proporcionar un material relacionado por las estrategias que podemos usar para afrontar los problemas. Se buscan cuatro aspectos importantes: Primero, poder evitar que en ciertos casos solo nos quedemos a pensar en el problema, pero no en su solución, segundo, que podamos ser más prácticos o enfocarnos en aquello que podemos realmente solucionar, tercer, aumentar la percepción positiva sobre nuestras habilidades y finalmente, tener desarrollado un método que permita afrontar futuras dificultades.

Se procede a ahondar en la explicación de la técnica de solución de problemas:

T: Primero, quisiera preguntarte, ¿tú crees que los problemas son un obstáculo o una oportunidad?

P: A veces pueden ser un obstáculo.

T: ¿Podrías detallarme por qué?

P: Quiero cuando no nos dejen avanzar.

T: ¿Qué ocurre por ejemplo cuando somos capaces de solucionar algo difícil?

P: Nos sentimos en paz.

T: Efectivamente, pero ¿cómo se siente esa persona respecto a sus capacidades?

P: Más preparada quizás.

T: Así es, un problema bien solucionado permite que nos demos cuenta que tenemos habilidades o la capacidad en sí. ¿Y cómo crees que actuaría una persona que ha podido resolver varios problemas a lo largo de su vida?

P: Estaría más seguro.

T: Efectivamente, por lo tanto, un problema, podría ser una oportunidad, nos solamente por lo que podemos obtener en términos sociales o económicos, por ejemplo, si tenemos una deuda o debemos de conciliar con nuestra familia, sino que permite que prestemos atención a los aspectos que hicimos bien. Algo que debemos de trabajar, ahora es, en primer lugar, buscar tener una visión más realista sobre los problemas, ya que estos son inevitables, pero no necesariamente malos y segundo, debemos de asumir que los éxitos estimulan que podamos hacer frente a mayor cantidad y variedad de situaciones, mientras que evitar o sobreestimar un problema hace que nos percibamos como vulnerables. Algo que debemos de recoger de lo que hemos aprendido es que en la medida en que nos basemos sobre los hechos y no sobre supuestos podremos estar bien encaminados en el uso de la técnica que deseo puedas incorporar en tu vida diaria, debemos de clarificar o ser específicos con el problema.

Se sustenta a paciente las etapas de uso de la técnica, comentándole:

P: Aplicar esta técnica permite, por un lado, brindarnos una mayor sensación de control sobre lo que se estima que es un problema, pero también el ocuparnos de un enfoque más práctico y empoderarnos.

Junto con la paciente se procede a seguir los 5 pasos en relación a como formular la solución de problemas: Orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones y verificación. Se usa como ejemplo, el problema de especial interés de esta etapa que es cómo afrontar una eventual negativa del padre a no permitirle instalarse en un cuarto en el periodo en que se mantenga estudiando.

Finalmente se pasa a tocar el tema de las habilidades sociales.

T: En una de las situaciones que has planteado, mencionas que una de tus hermanas te dijo que se sentía mal y quería que tú la escucharas.

P: Sí, le dije que no me molestara.

T: Efectivamente, ¿y ese comentario como te hizo sentir?

P: Me sentí mal pero luego ya no quise decirle más ni disculparme.

T: Bien, esta sesión voy a brindarte otro material que se relación con las habilidades sociales. Estamos ya avanzados en la terapia y hemos dado progresos importantes, pero es necesario identificar y trabajar con cierto déficit en la comunicación de tus necesidades. Si bien es cierto es algo que al inicio puede costarnos, debemos de entender que si lo hacemos de la manera apropiada no estamos afectando nuestro derecho ni el de otros, ni siquiera si se trata de hacer un reclamo o explicar que nos sentimos incómodos.

T: Quisiera que trabajemos sobre lo siguiente, ¿de qué otra forma crees que sería adecuado comunicarle a tu hermana que no deseas escucharla?

P: Quizás decirle que estoy ocupada, pero eso sería mentirle.

T: No necesitas mentir, así como tu hermana tiene la necesidad de comunicar algo, tú también tienes la necesidad de estar sola o de preferir no escucharle.

Se trabaja con el paciente algunos ejemplos, sobre como las habilidades sociales podrían ayudarlo a manejar esas situaciones y se le pide identifique situaciones en donde ha observado que tienes dificultades para traerlo a la siguiente sesión.

Finalmente se expone al paciente lo logrado hasta el momento, es un resultado que ha sido producto de su esfuerzo y se le intenta empoderar o hacerle ver su progreso basado en algunos registros iniciales.

Conclusión

Se cumplieron con los objetivos propuestos.

SESIÓN #21: 25 de marzo de 2017

Objetivos de la sesión

- Brindar últimos alcances sobre el uso del registro de pensamiento completo.
- Supervisar la técnica de resolución constructiva de problemas.
- Entrenar a la paciente en la asertividad.
- Repasar con la paciente sobre un pensamiento más enfocado en el presente.
- Seguir preparando a la paciente para la finalización del tratamiento.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Técnica de solución de problemas
- Modelado
- Role playing
- Registro de pensamientos

Descripción de la sesión

Se dan algunos alcances sobre el uso del registro de pensamientos.

T: Nuestros pensamientos ciertamente pueden estar propensos a generarnos dificultades en algunas ocasiones, ello no quiere decir que estemos condenados a equivocarnos siempre. La terapia tiene por objetivo el desarrollo de habilidades, no de solucionar problemas. Si te has dado cuenta, desde que iniciamos hemos tratado de llevar a la práctica y comentar sobre situaciones reales todas las preocupaciones que has ido teniendo. El registro ha cumplido el objetivo que se propuso, sin embargo, depende de ti volver a usarlo, en especial en situaciones en donde observes una reacción emocional intensa o prolongada, al igual que la programación de actividades diarias y el uso de la versión abreviada de la técnica de relajación muscular. Estas son estrategias que pueden abandonarse, pero volver a usarse siempre que tú lo necesites, ello no quiere decir que necesariamente estés haciendo algo mal. ¿Tienes algún comentario sobre lo que acabo de mencionarte?, agradecería tu opinión.

P: No, está bien. Entiendo que si más adelante lo necesito debo de seguir usándolo.

Se pregunta a paciente, cuál cree que ha entendido ha sido para ella el uso u objetivo sobre este registro y luego se continua con la ejecución del entrenamiento en asertividad.

T: ¿Recuerda que la semana pasada te pedí que pudieras pensar en situaciones en donde has tenido dificultades a nivel de tus interacciones sociales?

P: Sí, bueno, los problemas los tengo en la universidad y en mi casa, aunque ya no tanto como antes pues mis padres los veo más tranquilos.

T: Me alegra ver que ya no es un problema tan frecuente algo que antes era un tema importante de nuestro trabajo, sin embargo, vamos igualmente a plantearnos situaciones problemáticas imaginarias. ¿Cuáles podrían ser?

Dado que durante la semana no ha observado nada de especial dificultad, se procede a hacer una lista de posibles problemas en relación a las habilidades sociales y se le pide los lea en voz alta.

P: Primero esta cuando mi papa me grita o llama la atención sin razón alguna, luego cuando mi mama no reconoce mis esfuerzos, le sigue cuando mi hermana quiere contarme sus problemas o cuando debo pedir un favor a un compañero y cuando debo de pedir perdón por algo que hice.

T: Bien, vamos a empezar por la primera situación, yo voy a proceder a actuar como si fueras tú, y tú debes de actuar como si fueras tu padre. ¿Está bien?

P: Me cuesta un poco actuar como él.

T: No te preocupes, el objetivo es que puedas intentarlo y prestar atención a cómo voy a actuar.

P: Esta bien.

Luego de una práctica de modelado, en donde se le hizo un ejemplo, la paciente intenta actuar como su padre, quien se encuentra molesto porque indica que ninguna de sus hijas trabaja.

P: Ya estoy harto de ustedes, son unas mantenidas y unas vagas. No sé qué tanto hacen durante el día

T: Papa, entiendo que estas molesto, pero agradecería si pudieras escucharme.

P: ¿Escucharte?, toda la vida has sido una vaga.

T: Reconozco papa que he no he cumplido en el pasado mis responsabilidades, pero ello no debe de implicar que no pueda hacerlo ahora mejor.

P: ¿Y qué vas a hacer mejor si te pasas todo el día durmiendo?

T: Lo que dices papa me hace sentir mal, comprendo tu incomodidad o molestia, pero sino me permites mostrarte que estoy mejorando o progresando solo vas a lograr que me sienta aun peor, ¿crees que en dicho estado pueda seguir con mi progreso?

P: Tampoco te me hagas la víctima, no estoy para lloriqueos.

T: Bueno papa, si no me permites conversar contigo ahora, espero que más adelante podamos hacerlo.

Al respecto se identifica, la expresión natural de las emociones, el mantener respeto por la otra persona sin dejar de subrayar los propios derechos, el valorar las emociones ajenas y el saber que insistir en una conversación en donde la otra persona está sumamente enojada puede no siempre dar resultados. Se efectúa otro ejemplo, en donde la paciente actúa como ella misma, mientras el terapeuta intenta emular a la madre desestimando el trabajo ha hecho durante el día.

Se prosigue con la supervisión de la técnica de solución de problemas, verificando posibles dificultades, además de algunas técnicas para trabajar sobre el presente que consisten en la inclusión de dos actividades, bañarse y cepillarse, en donde se enfoque solo y exclusivamente en el acto que se realiza y no se permite pensar en otras cosas.

Para finalizar se conversa con el paciente en relación a la finalización del tratamiento y la futura programación de algunas sesiones de seguimiento.

Conclusión

Se lograron los objetivos propuestos.

SESIÓN #22: 01 de abril de 2017

Objetivos de la sesión

- Repasar con la paciente el entrenamiento en asertividad.

- Dar últimos alcances a la paciente sobre un pensamiento más enfocado en el presente.
- Programar con la paciente la primera sesión de seguimiento.
- Dar por finalizado el tratamiento.

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Entrenamiento en asertividad

Descripción de la sesión

Se da inicio a la sesión con una revisión de la técnica de solución de problemas en donde se determina que será una herramienta o habilidad principal para poder afrontar las preocupaciones de manera más realista. Rápidamente se repasan con el paciente los principales ingredientes y pasos a seguir en la técnica para su correcta aplicación.

Seguidamente se pasa a brindar los últimos alcances en el entrenamiento en asertividad.

T: Como indica el material, la asertividad no implica ni ceder ni tampoco imponerse, simplemente expresar natural y justamente aquello que sentimos, sea en la situación que sea. La semana pasada hicimos un role playing o juego de roles que esta vez vamos a volver a efectuar. ¿Deseas elegir alguna situación en la que tengas especial interés?

P: Aun me cuesta un poco pedir favores, es decir ya no me molesta como antes que me digan que no, pero me gustaría practicarlo.

Se procede a ensayar o representar una situación vinculada a solicitar el acceso a una fiesta, que es una situación de alta complejidad pero que ahora puede sentirse segura de imaginar su afrontamiento. El terapeuta decide efectuar primero la representación de una situación en donde

es rechazado públicamente y luego la paciente efectúa el rol de alguien que va a ser rechazada para seguir el modelo.

Como un elemento antes de finalizar el tratamiento se procede a supervisar el progreso de las técnicas vinculadas a enfocarse en el presente.

T: Tal y como lo mencionamos al inicio de este proceso, la ansiedad está estrechamente vinculada con el futuro. De esa manera puede ocurrir que no prestemos atención a que pasa a nuestro alrededor. La sesión pasada determinamos el ejercicio de dos actividades, en una manteníamos o tratábamos de mantener la atención en el presente tanto mientras estábamos lavándonos los dientes como cuando nos duchábamos. Quisiera saber cómo te fue respecto a ello.

P: Bueno cuando lo hago hay ocasiones en que me pongo a pensar en otras cosas, que no son preocupaciones, sino que recuerdo lo que me paso ayer o que tengo que hacer algo.

T: Es comprensible que ello ocurra, solo basta, sin embargo, sin necesidad de forzarnos en que debemos de volver a poner la atención hacia el presente. No importa las veces que sea necesario, otra cosa que debemos de valorar también es no intentar acabar la actividad rápida, sino simplemente prestar una atención completa a todas las sensaciones en esas actividades. Es decir, la temperatura del agua, la textura del cepillo, los sonidos del ambiente, etc. Te voy a proporcionar otro material, en donde se amplían estos conceptos. Vamos a permitirnos pensar o estar en el presente adicionalmente, tanto a la hora de estudiar como a la hora de comer y tomaremos la primera sesión de seguimiento para su supervisión. Esta es una actividad complementaria que puede prevenir y generar un hábito en tus pensamientos más saludable.

T: Antes de terminar quisiera que volvamos a repasar y trabajar algunas ideas en relación con la finalización del proceso de terapia. Como sabes, has progresado bastante y has adquirido algunas habilidades, pero no es suficiente con ello, desde hace 2 semanas, he ido mencionando

sutilmente aspectos que reconocen tu capacidad haciendo mención de los registros, cumplimiento de actividades, etc. ¿Qué piensas al respecto?

P: Por un lado, me siento bien de que haya progresado, aunque a veces no entienda a mi familia ellos dicen que he cambiado.

T: Efectivamente ha sido solo tu esfuerzo. Parte de lo que necesitamos trabajar es poner a prueba todo lo que hemos trabajado en una situación en donde no haya intervención mía y observar si los progresos continúan y se mantienen. Sin embargo, como te he venido demostrando, eres y estoy seguro serás capaz de manejarte más adecuadamente.

P: Esta bien.

Se decide que la técnica de solución de problemas, las comprobaciones de si sus pensamientos tienen base o no en realidad y finalmente el trabajo de mantener la atención en el presente serán actividades permanentes que podrán ayudarle en adelante.

Conclusión

Se cumplieron los objetivos propuestos.

3.6. Seguimiento

SESIÓN DE SEGUIMIENTO #1: 22 de abril de 2017

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 el paciente el manejo de posibles recaídas.

Técnicas

- Psicoeducación

- Dialogo expositivo

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes, bienvenida, ¿cómo has estado?

P: Bien. He salido invicta en las primeras prácticas. Una semana después, intente pedir ayuda a un compañero para que me explique. Me puse nerviosa al inicio, pero me puse a pensar en que no estaba haciendo nada malo con preguntar. Creo que si hubiera estado como el ciclo pasado hubiera intentado hacerlo todo sola.

T: Te felicito, me alegra que haya sido de esa forma. Dime, ¿cómo has podido manejar las técnicas de enfocarte en el presente?

P: Me costó al inicio. Pero luego ya pude mantenerme pensando en lo que hago solamente, he visto que me ayudo más que otras cosas a poder estudiar mejor ahora, hace dos días.

T: ¿Hay alguna área o dificultad que hayas presentado?

P: Solo que mis padres ahora están con algunos problemas económicos, mi hermana ha empeorado de su enfermedad. Ahora parece que está peor, no quiere comunicarse con nadie y todos están pendiente de ella.

T: Comprendo, ¿y cómo has afrontado esta situación?

P: Mi madre me ha dicho que me ocupe de más cosas, como limpiar la casa, pero le explique cómo tu dijiste que no debo de guardarme algo como eso pues debía de hacer respetar mis derechos, pero sin faltar el respeto. La primera vez que hice eso me grito y se molestó, pero como le dije que me eso me hacía sentir mal y que solo quería tener tiempo para estudiar ya luego le dijo a mi hermana. Aunque pensando en eso, he visto que ella no ha hecho casi nada hasta el momento.

T: Comprendo, ¿y cómo ha actuado frente a la conducta de tu hermana?

P: Bueno, le planteé a mi hermana que debería hacerlo, pero de nada sirvió.

Se pone en práctica la técnica de solución de problemas en relación al evento. Se tienen en cuenta beneficios y consecuencias respecto al problema, además de la necesidad estimada de poder solucionar el problema, los recursos de afrontamiento y de influencia sobre el hecho. Se hace una lista de posibles soluciones valorando al final solo 4 y se plantea la solución de enseñarle una forma más rápida de limpiar.

Se trabaja con el paciente el reconocimiento de que no siempre puede haber soluciones a nuestro alcance y la responsabilidad que podamos tener acaba en la voluntad de las otras personas para elegir actuar. Finalmente se opta por la programación de una sesión más.

Conclusión

Se cumplieron con los objetivos propuestos

SESIÓN DE SEGUIMIENTO#2: 20 de mayo de 2017

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 el paciente el manejo de posibles recaídas

Técnicas

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes, bienvenida. ¿Cómo te ha ido?

P: Algo mejor. Tengo una mejor comunicación con una de mis hermanas, la que comente que a veces me quería contar sus problemas. Decidí compartir algunas cosas que había escrito, sin embargo, los problemas con mi hermana han continuado, pero siento que ya no me preocupa pues debo estar enfocada en mis parciales.

T: Bien, algo que debemos de trabajar en esta sesión será la revisión de posibles recaídas que podrás tener de aquí en adelante. Algo importante es aceptar que la ansiedad y el miedo pueden volver, que estamos propensos a nuevos escenarios y dificultades, incluso mayores que los anteriores, pero que una respuesta sana o normal no implica una tranquilidad permanente. ¿Te imagina que pasaría si alguno de tus familiares sufre un accidente o se agravan problemas económicos o familiares? Las circunstancias siempre serán cambiantes, pero solo debes de saber cuestionar en el momento adecuado el origen de tus emociones, ¿que son hemos aprendido?

P: Los pensamientos.

T: Efectivamente.

Se trabaja con la paciente como posibles nuevos eventos puedan hacerle generar ansiedad, pero como puede interpretar adecuadamente dichas situaciones sin llegar a afectar su salud mental nuevamente. Se pide a paciente haga un feedback sobre las técnicas que ha podido enfrentar y pueda resolver algunos escenarios imaginados o como actuaría frente a ellos, como tener insomnio, no poder aprobar algún examen, que alguna de sus hermanas le falte el respeto, entre otros.

Se efectúa un feedback donde reconocen cinco habilidades importantes: Ser capaz de analizar y modificar pensamientos que no ayudan o son poco realistas, incluyendo alternativas a esas formas de pensar, poder utilizar la técnica de solución de problemas a obstáculos realistas, tener

una conducta más asertiva y finalmente ser capaz de enfocarse mejor en el momento presente como una manera de valorar mejor lo que sucede a su alrededor.

Conclusión

Se lograron los objetivos propuestos.



CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Criterio clínico

De acuerdo con el criterio clínico puede observarse tres aspectos importantes a valorar:

-Se puede evidenciar un aumento de la funcionalidad del paciente respecto del inicio del tratamiento en donde se ha logrado un incremento de las tareas o responsabilidades dentro de su hogar, mejorando su percepción de eficacia.

-Puede verse una disminución considerablemente significativa de los síntomas negativos descritos como la preocupación constante, tristeza, culpabilidad, pobre auto estima, entre otros.

-Finalmente, la paciente ha sido capaz de incorporar habilidades o estrategias de afrontamiento derivadas de la terapia cognitiva de manera eficaz en su vida diaria hacia el final del tratamiento de manera fluida.

4.2. Criterio psicométrico

Pre test

En el Inventario de Depresión de Beck, paciente obtiene un puntaje de 27, que lo ubica en la categoría de depresión moderada.

Post test

En el Inventario de Depresión de Beck, paciente obtiene un puntaje de 8, respecto a lo cual no se evidencia indicadores que sugieran algún cuadro clínico en el área afectiva.

4.3. Criterio de la paciente

Paciente expresa haber observado cambios en relación a su autoestima, considerando que se muestra más confiada, agrega que ya se siente tan triste como en el pasado y en especial no tan culpable. Actualmente indica siente ha podido crecer como persona, mostrando mayor responsabilidad en sus tareas, ya no suele mantener una preocupación tan repetida, sin

embargo, hay ocasiones en que lo hace esta desaparece en menos tiempo y no suele generarle la ansiedad o el miedo de antes.

4.4. Criterio de los padres

Los comentarios o valoración efectuada por los familiares respecto al tratamiento se han recogido de manera indirecta a la paciente. Al respecto el padre indica que la paciente se ha estado comportando de manera más responsable con las tareas del hogar, opinión compartida por la madre, ambos sostienen que la paciente se muestra más madura y ya no suele discutir ni se le suele observar sin realizar actividades como estudiar o trabajar. Antes refieren haberla visto pasar mucho tiempo frente a la computadora o encerrada en su cuarto, situación que ha cambiado actualmente.

CAPITULO V

5.1. Conclusiones

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

- Lograr entender y adherir a su vida diaria el cuestionamiento y análisis de la validez empírica, funcional y lógica de sus pensamientos.
- Desarrollar habilidades para el manejo y modificación de la preocupación y ansiedad, como la expresión repetida de la preocupación o la relajación progresiva de Jacobson.
- Pudo comprender los mecanismos implicados tanto en la ansiedad como en la preocupación, desde el procesamiento de las señales de seguridad, la estimación de amenaza, vulnerabilidad percibida, entre otros.
- Logro recuperar muchas de las actividades que antes era capaz de hacer, devolviéndose su funcionalidad.

- Pudo desarrollar cierto déficit que tenía a nivel de habilidades sociales, debiendo entenderse que el paciente si contaba las habilidades solo que necesitaba ponerlas en práctica para aumentar su sensación de auto eficacia.

5.2. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda:

5.3.1. Para la paciente

Mantener incorporada a su vida diaria las técnicas y habilidades desarrolladas, evitando asumiendo que probablemente más adelante pueden ocurrir eventos estresantes o que generen cambios en su estado de ánimo de manera negativa, siendo ello normal. Además, se espera que con el tiempo pueda influenciar dentro de su entorno, replicando las técnicas aprendidas en su contexto natural.

5.3.2. Para los padres

Brindar una mejor y mayor retroalimentación a la paciente, fijarse en mayores detalles que solo ciertos aspectos vinculados al área académica o el cumplimiento de tareas domésticas, sino que puedan valorar más integralmente al paciente.

ANEXOS



Tabla

Distorsiones cognitivas

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Inferencia arbitraria/saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrido o va a ocurrir	“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”.
Comparación	Tendencia a comprarse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás	“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo)	“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado”

Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos	“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”.
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de otros	“Mi novio me dice que soy culta, seguro que tiene razón”
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa	“Soy un fracasado”
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento	“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”

Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye	“Sé que mi papa, en el fondo, piensa que soy un inútil”
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias	“Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más”
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias o aplicarla a una amplia gama de situaciones no relacionadas	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, sino es mejor no hacerlas”

	experiencias subjetivas de fracaso	
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de otros cuando no hay evidencia que la apoye	“María y Juan se están riendo seguro que es de mi”
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”
Afirmación con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”]

Nota. Fuente: Ruiz et al. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. (pp.374-375)

Tabla

Estrategias de control de la preocupación

Estrategias negativas de control

- Decirme a mí misma: “No te preocupes”.
- Decirme a mí misma: “Todo irá bien”.
- Preguntar a otras personas si todo saldrá bien.
- Hacer algún acto repetitivo para aliviar mis dudas.
- Criticarme o castigarme por estar preocupada.
- Intentar eliminar la ansiedad o cualquier emoción negativa.

Estrategias positivas de control

- Permitirme, por propia voluntad, continuar con mi preocupación.
- Hacer algo que me distraiga o en su defecto, reemplazar mi preocupación por un pensamiento más positivo.
- Evaluar nuevamente aquello que pienso es una amenaza.
- Usar alguna técnica de relajación o meditación

Nota. Fuente: Beck y Clark (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.

Tabla

Preocupación productiva e improductiva

Preocupación productiva	Preocupación improductiva
<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca en problemas reales y presentes. • Tenemos cierto control real o influencia. • Prestamos más atención hacia las soluciones. • Podemos dar o evaluar soluciones falibles. • Disposición para tolerar cierto riesgo o incertidumbre. • Atención hacia más equilibrada hacia aspectos tanto positivos como negativos. • Nos asumimos más capaces para afrontar la situación. • Menores niveles de ansiedad o angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca en problemas no presentes o imaginados. • Escaso control o influencia. • Prestamos más atención hacia las emociones negativas que nos genera. • No permite soluciones que puedan errar. • Busca una seguridad absoluta y certeza. • Exagera las amenazas, tendencia a catastrofizar. • Nos asumimos indefensos o vulnerables. • Mayores niveles de ansiedad o angustia.

Nota. Fuente: Davey, Hampton, Farrell y Davidson (1992) y Leahy (2005, citados en Beck y Clark, 2012)

Registro Semanal de Relajación Muscular Progresiva

Instrucciones: Cada día debería programar dos sesiones de relajación de 15 minutos. Marque con (✓) cada grupo muscular que haya podido relajar adecuadamente y con (x) si no puede realizar satisfactoriamente el estado de relajación. Al final de cada columna, valore el nivel de relajación general alcanzado; en una escala del 0 al 100, donde 100 es un estado de relajación tan alto que puede incluso haberse quedado dormida y 0 es un estado todo lo contrario a estar relajado.

Día de la semana	Dia uno	Dia dos	Dia tres	Dia cuatro	Dia cinco	Dia seis	Dia siete	
Sesión práctica	1	2	1	2	1	2	1	2
1.Brazo dominante								
2.Brazo no-dominante								
3.Frente								
4.Ojos y nariz								
5.Mandíbula y cuello								
6.Hombros y espalda								
7.Pecho								
8.Estomago								
9.Pierna dominante								
10.Pierna no-dominante								
11. Valore nivel general de relajación (0-100)								

Nota. Referencia Clark y Beck (2012). Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad

Tabla

Diferencias entre la exposición natural y exposición terapéutica

Exposición natural	Exposición terapéutica
Ocurre de manera poco previsible, sin un orden.	Está planificada o acordada, sigue determinados pasos, es decir es ordenada.
Dura muy poco ya que nos vemos vulnerables	Dura lo suficiente, ayudando a disminuir nuestra vulnerabilidad.
Ocurre muy pocas veces o cada cierto tiempo	Puede hacerse de manera frecuente una y otra vez
La afrontamos evitando la ansiedad e intentando controlándola	Nos permite evaluar lo que valoramos como amenaza y procesar adecuadamente aquello que puede darnos más seguridad
Nos valemos de la huida o la evitación si se presenta	Menor énfasis en el control de la ansiedad, mayor tolerancia hacia esta.
	Se omite la huida o el escape

Nota. Fuente: Clark y Beck (2012). Terapia cognitiva para la ansiedad.

Relajación progresiva de Jacobson

Fundamentación

Esta técnica de relajación implica adquirir una habilidad, las habilidades no se logran tener de un momento a otro, sino que toman práctica.

Empezaremos con la mitad del ejercicio y luego seguiremos con otra mitad. Una vez hayas efectuado todo el ejercicio y pueda verse que se ha adquirido un efecto adecuado practicaremos una versión abreviada.

Lo que se quiere lograr con esta técnica son tres cosas:

- En primer lugar, que puedas obtener un estado de relajación que te permita afrontar crisis o estados de ansiedad muy fuertes.
- Segundo, que puedas regular tu ciclo del ciclo, es decir acostarte a una hora adecuada.
- Finalmente, que puedas predisponerte a alcanzar un estado emocional neutral o adecuado para poder analizar y cuestionar muchos de tus pensamientos los cuales generan tu estado emocional.

Aspectos a tomar a cuenta (Choliz, 1998, citado en Ruiz et al. 2012)

- Siempre se debe de seguir el mismo orden o secuencia.
- Se recomienda hacer un repaso mental sobre los pasos a seguir de inicio a fin antes de iniciar una sesión de relajación.
- Si se omite u olvida algún grupo muscular se debe de continuar.
- La tensión deberá durar 4 segundos aproximadamente, seguido de una relajación de 15 segundos.

Pasos a seguir

- Comenzaremos a tensar y relajar 10 grupos musculares, todos diferentes, esto puede tomar un total de 20 minutos, pero es una estimación y no algo necesario.
- Los grupos a trabajar son los siguientes y se debe de respetar su orden:
 - Brazo dominante, es decir si es usted diestra, empezara por el brazo derecho.
Se extiende el brazo hacia el frente, se cierra fuertemente las manos haciendo un puño y a la vez se tensa todo el brazo, es decir el bíceps, antebrazo, codo, dedos, etc. Una vez se haya logrado la tensión se debe de proceder a doblar el brazo por el codo buscando descansar sobre tu cuerpo.
 - Brazo no dominante, en caso sea diestra, continuaría con el brazo izquierdo. Se usa el mismo procedimiento que hemos con el brazo dominante.
 - Frente, arrugamos la frente, elevando las cejas tanto como podamos, empujamos las cejas hacia arriba tensando todo lo que se pueda. Luego dejamos relajar las cejas progresivamente.
 - Ojos y nariz, cerramos fuertemente los ojos, apretamos todo lo que podamos hasta que se sienta tensión alrededor de los ojos. Simultáneamente, arrugamos la nariz, empujando esta hacia nuestro rostro es decir hacia atrás, debemos de poder percibir esta tensión alrededor de los ojos, nariz y pómulos superiores. Luego nuevamente, debemos de relajar estas zonas progresivamente.
 - Mandíbula y cuello, tensamos la boca, la mandíbula y las zonas del cuello para esto podemos hacer una sonrisa exageradamente amplia, apretamos los dientes y estiramos el cuello hacia adentro. Debemos de ser capaces de sentir la tensión en estas zonas.
Luego procedemos a relajar, concentrándonos en la sensación de relajación del rostro y el cuello.

-Hombros y espalda, para este grupo muscular debemos de colocarnos un poco más adelante de la silla y levantar y retrasar los codos, es decir hacia atrás, buscando que los omoplatos se junten al mismo tiempo que nuestro pecho se va estirando, luego procedemos a la relajación una vez hayamos advertido la tensión en la zona de la espalda y hombros.

-Pecho, volvemos a nuestra posición original, buscando haciendo una profunda inhalación mientras la mantenemos, debemos de fijarnos en que hay una tensión en nuestro pecho. Luego procedemos a la relajación una vez hayamos advertido la tensión que va desapareciendo en la zona del pecho.

-Estomago, podemos apretar el estómago tirando del hacia adentro, es decir intentar meterle, endureciéndolo. Pasamos a relajarlo, al igual que como en los grupos anteriores hayamos advertido la tensión en esta zona.

-Pierna dominante, para esta parte debemos de levantar del suelo nuestra pierna dominante, es decir si eres diestra sería la pierna derecha, hasta poder lograr que esté totalmente extendida, luego de ello debemos de hacer que los dedos de los pies puedan apuntar hacia adentro y se tense todas las partes de la pierna desde la punta hasta el otro extremo. Luego procedemos a la relajación una vez hayamos advertido la tensión en esta zona.

-Pierna no dominante, seguimos el mismo procedimiento.

*Debemos de recordar que el periodo de tensión debe de mantenerse durante un periodo determinado al inicio de este texto para obtener los beneficios del ejercicio y practicar dos veces al día.

Nota. Referencia: Ruiz et al. (2012)

Registro de pensamientos

Fecha	Situación	Emociones (0-100%)	Pensamientos automáticos (0-100%)	Respuesta alternativa	Resultado alternativa	
					Pensamiento (0-100%)	Emoción (0-100%)

Nota. Referencia: Caro, I. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas (2ºed.). Bilbao: Descleé de Brouwer

Registro de pensamientos

Fecha	Situación: Especificar lo que ocurrió, donde, y quién estaba implicado	Emociones (0-100%) Intensidad de la emoción	Pensamientos automáticos (0-100%) Pensamientos que preceden a las emociones, y la creencia de cada pensamiento	Respuesta alternativa Respuesta racional a un pensamiento automático y la creencia de cada pensamiento	Resultado alternativa	
					Pensamiento (0-100%)	Emoción (0-100%)
	Llegue a la oficina con mi C.V. y no encontré a nadie.	Frustración (80%)	Seguramente ya contrataron a alguien mejor que yo. (80%)	Pueden haber salido a comer, pues son las 12:30pm	No puede ser tan malo esperar por si vienen.	Frustración (40%)

Nota. Referencia: Caro, I. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas (2ºed.). Bilbao: Descleé de Brouwer

EL PAPEL DE LOS PENSAMIENTOS

La mayoría de las personas prestan más atención hacia sus *emociones* (*enojo, ira*) o a sus *conductas* (*gritar, insultar*) que a sus *pensamientos* (*pensé que estaban siendo injustos conmigo*). Esto solo trae como consecuencia que las personas no se percaten del real origen del problema.

1. Diremos en primer lugar, que *pensar* es una tendencia *universal e inevitable*. En otras palabras, *es una actividad que todo ser humano hace quiera o no*.



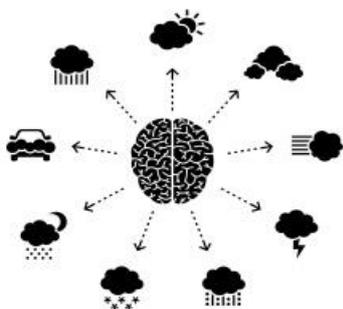
Vivimos *analizando e interpretando* lo que nos ocurre. Si no fuese así, actuaríamos en base a la inercia o en piloto automático.

2. Y puesto que pensamos, *siempre estamos modificamos lo que nos sucede* dándole una perspectiva variada.

Imaginemos que hablamos con otra persona y esta se queda callada. *Podemos elegir pensar que esta callada porque no sabe que decimos, o, por el contrario, que en realidad nos presta tanta atención que prefiere no decirnos nada.*



3. Dependiendo de nuestra manera de pensar se genera un estado emocional diferente:



Diremos en primer lugar que cierto es que sentirnos mal es algo inevitable y natural, forma parte de la vida, sin embargo, *podemos elegir una manera diferente de experimentar* situaciones poco deseables en la vida.

4. Si bien es cierto cada persona tiene una manera distinta de pensar, *estos pensamientos son posibles de ser modificados*.

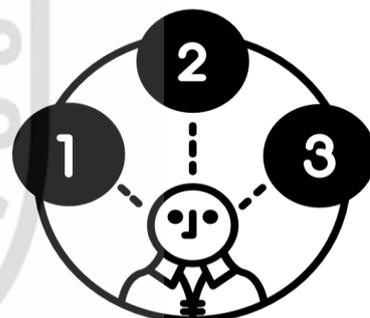


¿Te has preguntado como pensabas hace unos años?

Las experiencias modifican como interpretamos las situaciones. Con el tiempo se generan *fortalezas* y *debilidades*.

5. Nuestros pensamientos pueden darnos una perspectiva *variada y flexible* o *limitada y rígida* de una misma circunstancia.

A lo largo de la vida almacenamos ciertas formas de pensar que se nos hacen más *cómodas*. Como el creer que toda persona que no nos hace caso lo hace porque probablemente quiera hacernos daño. El tener una sola forma de pensar *nos genera malestar tarde o temprano* porque la vida nunca se presenta siempre de la misma forma. Mientras que tener más de una opción puede darnos una perspectiva más *amplia* y *flexible*.



6. Dependiendo de cómo pensemos, nos sentiremos y por ende actuaremos en base a ello.



Dado que no podemos elegir aquello que nos sucede, podemos *elegir modificar que perspectiva asumimos* sobre lo ocurre. Si solo actuamos priorizando nuestras emociones, el resultado será que *no prestaremos atención a lo que en realidad nos genera esas sensaciones* y actuaremos la mayor de las veces de manera indeseable.

7. Un ingrediente fundamental es practicar la *flexibilidad* y aceptar que todo es *relativo*.

¿Te imaginas una vida en donde solo haya una verdad absoluta?

Eso haría que cualquier persona que sufre porque no puede salir a una fiesta este *condenado a sentirse mal*. Ser *inflexible*, nos hace *vulnerables* pues prepara nuestros pensamientos *para solo adaptarse a ciertos escenarios*. Hay cosas que podemos cambiar, otras no.



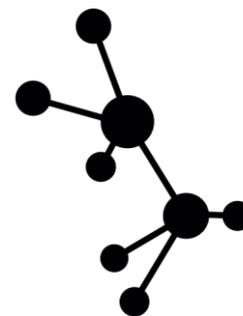
8. Debemos trabajar *evitando culpar* a la vida, a las personas o a las circunstancias que nos ocurren.



Culpar a eventos externos implica que se dependa de aquello que no podemos controlar. *De esa manera esperamos que las cosas cambian para recién entonces poder cambiar nosotros*. Esto solo implica un auto *condena*, en caso las circunstancias no sean como deseamos que ocurran.

9. Un aspecto central es aceptar la *incertidumbre* y la *relatividad*.

Por más que nos esforcemos en evitarlo, las circunstancias siempre pueden cambiar de un momento a otro. Lo que queremos siempre debe ser expresado en *deseo, pero no en demandas*, podemos *preferir, pero no exigir*. Si cambiamos ello, seremos más *tolerantes* y por ende más *flexibles* ante cambios.



Pre-Test



IDB - II

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

Subtotal Pag. 1: 12
 Subtotal Pag. 2: 15
 Puntaje Total: 27

No:

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: Soltera Edad: 24 Sexo: F
 Ocupación: Estudiante Educación: _____ Fecha: _____
 Evaluado por: _____ C.P.P.: _____ Fax: _____

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 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 Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste. <input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro. <input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a). <input checked="" type="checkbox"/> He fracasado más de lo que debería. 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>Falta de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto. <input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice. <input checked="" type="checkbox"/> 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. <input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p>0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona. 1 He perdido la confianza en mí mismo(a). <input checked="" type="checkbox"/> 2 No siento decepcionado(a) conmigo mismo(a). 3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p>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. <input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme. <input checked="" type="checkbox"/> 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría. 2 Quisiera matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía llorar. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Lloro más de lo que solía llorar. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
--	---

Continuar en la página...

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.</p> <p>1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.</p> <p>2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.</p> <p>3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.</p>
<p>12. Falta de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.</p> <p>1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.</p> <p>2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.</p> <p>3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier casa.</p>	<p>18. Cambios de Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.</p> <p>1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.</p> <p>2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.</p> <hr/> <p>3a No tengo nada de apetito.</p> <p>3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.</p>	<p>19. Dificultades de Concentración</p> <p>0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.</p> <p>1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.</p> <p>2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p>14. Falta de Valor Personal</p> <p>0 No siento que soy inservible.</p> <p>1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.</p> <p>2 Me siento inservible en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inservible.</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No me canso o fatigo más que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.</p> <p>3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.</p>
<p>15. Falta de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>21. Falta de Interés en el Sexo</p> <p>0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.</p> <p>1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.</p> <p>2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.</p> <p>3 He perdido el interés en el sexo por completo.</p>
<p>16. Cambios en el Patrón de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más que de costumbre.</p> <p>1b Duermo algo menos que de costumbre.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que de costumbre.</p> <p>2b Duermo mucho menos que de costumbre.</p> <hr/> <p>3a Duermo todo el día.</p> <p>3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>Instrucciones para después de la administración:</p> <p>Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los 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 frase escogida, ni el Puntaje Total, que es la suma de los subtotales por página.</p> <p>Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.</p> <p>Si desea mayor información acerca de la prueba contactese con el siguiente e-mail: psichometrika@hotmail.com</p>

STAI

A/E PD = 30 + =

A/R PD = 21 + =

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombres [REDACTED] Edad 24 Sexo FCentro Curso/Puesto estado Civil Soltera

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 cómo 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.

Nada Algo Bastante Mucho

	0	1	2	3
1. Me siento calmado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
2. Me siento seguro.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
3. Estoy tenso.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
6. Me siento alterado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras...	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
8. Me siento descansado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
10. Me siento confortable.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
15. Estoy relajado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
19. Me siento alegre.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3

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

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A-R

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 USTED EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas.

No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	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 de por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada	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 mi mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar 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 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 y agitado	0	1	2	3

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

MINI MULT. ESCALA MMPI

NOMBRES Y APELLIDOS :
 EDAD : 24 FECHA NAC. : 18-05-92 LUGAR : Carabayo, Bo...
 SEXO : Femenino ESTADO CIVIL : soltera INSTRUCC: Superior en curso
 OCUPACION : Estudiante REFERIDO POR : Psiquiatría
 * EXAMINADOR : FECHA :

Nº	C	F																		
1	X		11	X		21		X	31	X		41		X	51	X		61	X	
2		X	12		X	22	X		32	X		42	X		52	X		62		X
3		X	13	X		23	X		33	X		43	X		53	X		63		X
4	X		14	X		24	X		34	X		44	X		54	X		64	X	
5	X		15		X	25	X		35	X		45	X		55	X		65	X	
6	X		16	X		26	X		36	X		46	X		56	X		66	X	
7	X		17	X		27	X		37	X		47	X		57	X		67	X	
8	X		18	X		28	X		38	X		48	X		58	X		68	X	
9		X	19	X		29	X		39	X		49	X		59	X		69	X	
10	X		20	X		30	X		40	X		50	X		60	X		70	X	

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma
PD											
(K)											
PD+K				5							
PE											
PT											

COMBINACION			
K	5	4	2

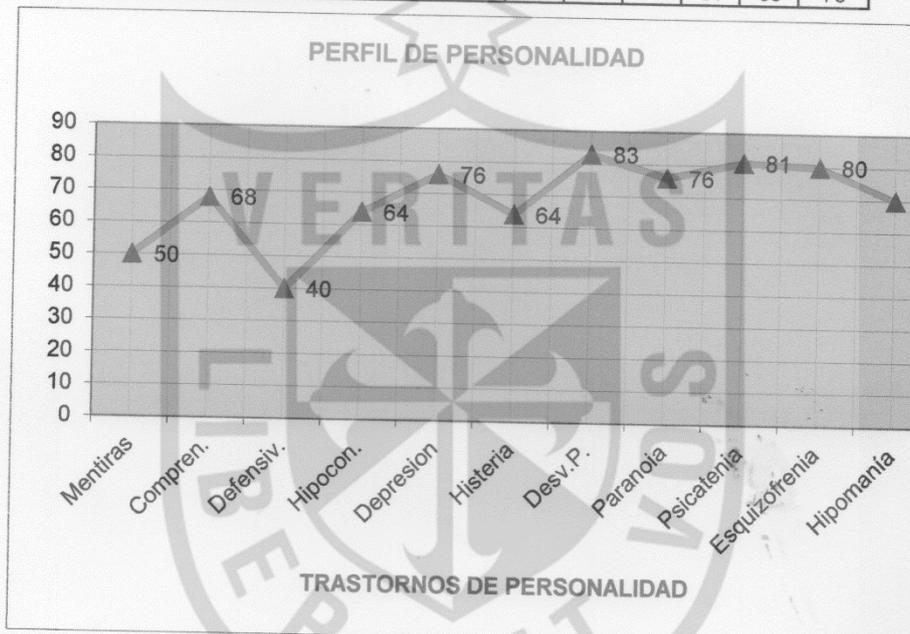
Nº	C	F
71a	X	
71b	X	
71c	X	
71d	X	
71e	X	

PERFIL

REPORTE Y PERFIL DE MINIMULT

NOMBRE [REDACTED] Edad **24** Años
 INSTRUCCIÓN **SUPERIOR EN CURSO** ESTADO CIVIL **SOLTERA**

	Ment	Comp	Def.	Hipoc	Dep.	Hist.	D.P.	Par.	Psic	Esq.	Hipom
ESCALAS	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
P. DIRECTO	1	4	2	7	11	11	12	7	15	12	9
CONV.	4	11	7	16	33	27	30	17	37	35	24
FACTOR K	0	0	0	4	0	0	3	0	7	7	1
PUNT. CORR.	4	11	7	20	33	27	33	17	44	42	25
PUNTAJE "T"	50	68	40	64	76	64	83	76	81	80	70



EL TRASTORNO MAS SIGNIFICATIVO ES EL

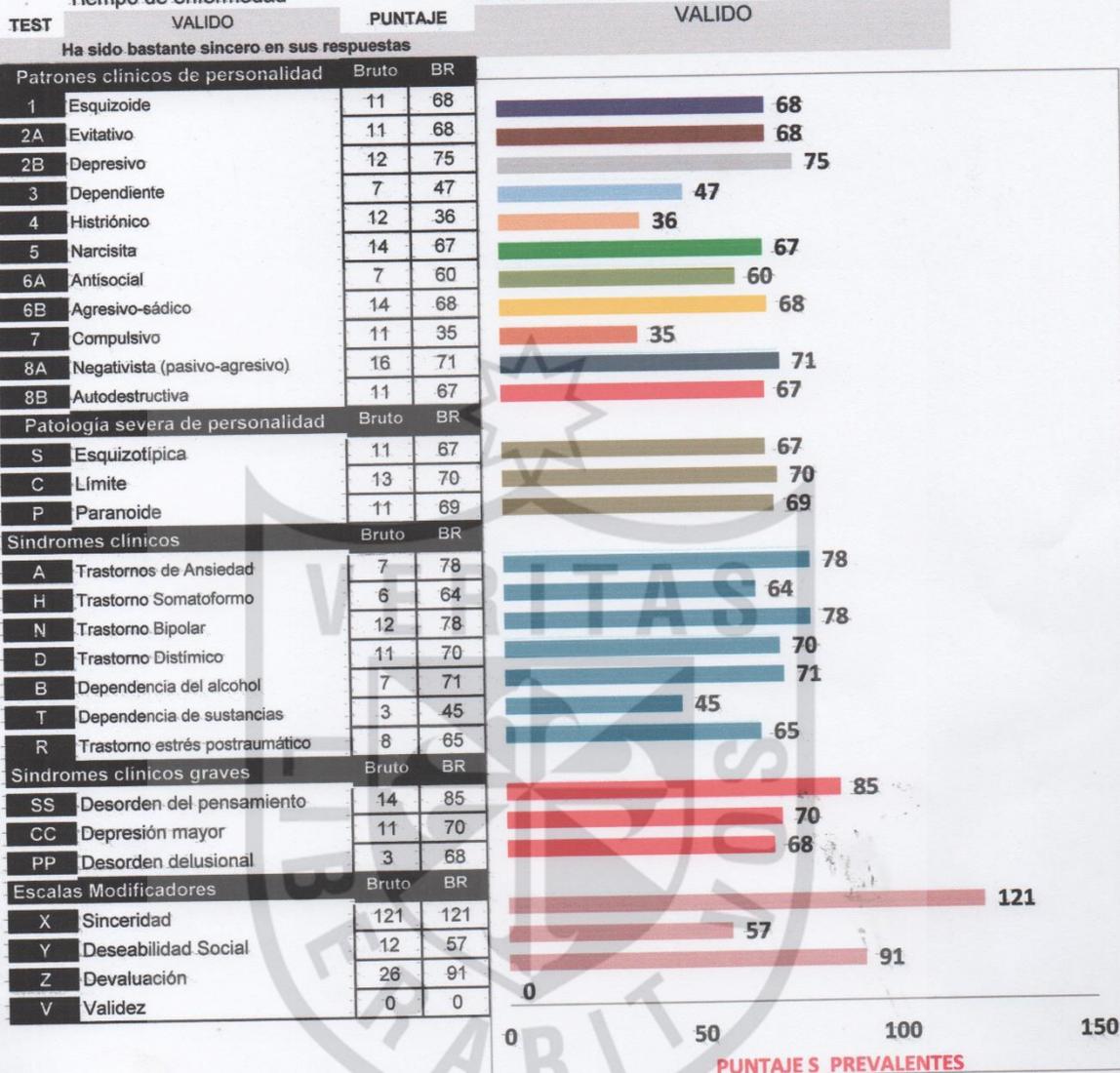
1°	PARANOIA
2°	DESV. PERSON.
3°	ESQUIZOFRENIA
4°	HISTERIA

PARA USO EXCLUSIVO DEL

NOMBRE

Tiempo de enfermedad

Edad: 24 años



Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Post-Test



STAI

A/E PD = 30 + =
A/R PD = 21 + =

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombres Juliana Edad 25 Sexo F
Centro Curso/Puesto estado Civil Soltera
Otros datos Fecha 30-06-17

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 cómo 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.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
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 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 desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "alado" (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 aburrido 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 lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A-R

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 USTED EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas.

No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	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 de por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada	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 mi mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar 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 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 y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI A 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:
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1:

Subtotal Pag. 2:

Puntaje Total:

No:

Nombre: Juliana Estado Civil: Soltera Edad: 25 Sexo: F

Ocupación: Estudiante Educación: Universitaria Fecha: 30-06-17

Valorado por: C.P.P.: Fax:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione la 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 dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases; inclusive en el ítem 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.</p> <p>2 No espero que las cosas me salgan bien.</p> <p>3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a).</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>2 Espero ser castigado(a) por la vida.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo(a).</p> <p>2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).</p> <p>3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p>0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.</p> <p>2 Quisiera matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
--	--

Continúa al Reverso

Subtotal Pag. 1

- 11. Agitación**
- 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**
- 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 casa.

- 13. Indecisión**
- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 - 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**
- 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**
- 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.

- 6. Cambios en el Patrón de Sueño**
- No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- a Duermo algo más que de costumbre.
 Duermo algo menos que de costumbre.

- a Duermo mucho más que de costumbre.
 b Duermo mucho menos que de costumbre.

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

17. Irritabilidad

- 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.
- 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

- 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

- Recientemente no he notado 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.

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los 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 frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:

psichometrika@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3°ed.). Washington: APA
- Asociación Americana de Psiquiatría (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3°ed. rev.). 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
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. Revista latinoamericana de psicología. Volumen 45, Número 2, pp. 315-319
- Arnkoff, D. y Glass, C. (1982). Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation, and elaboration. En Kendall, P. (ed.). Advances in cognitive-behavioral research and therapy. Volumen 1, pp. 1-34. Nueva York: Academic Press
- Bas, F. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales: Una revisión. Estudios de Psicología. Número 7, pp. 91-113
- Bas, F. (1992). Las terapias cognitivo-conductuales: Una segunda revisión crítica. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1992/vol2/art1.htm#nota1>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión (19°ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer
- Berrios, G. (1996). Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Recuperado de <http://ebiblioteca.org/?/ver/108443>
- Caro, I. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas (2°ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer

- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Descleé de brouwer
- Cia, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos aires: Polemos
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Descleé de Brouwer
- De Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología, Volumen16*, pp. 31-45
- Deffenbacher, J. (2002). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1) (2º ed.)*. Madrid: Siglo XXI
- Díaz, B. (2013). *Control de respuestas emocionales: Investigaciones y aplicaciones (memoria de doctorado)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Dugas, M. y Ladouceur, R. (2002). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1) (2º ed.)*. Madrid: Siglo XXI
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2009). Prologo. En I. Caro. *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas (2ºed.)*. Bilbao: Descleé de Brouwer
- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de “neurosis de angustia”. Recuperado de:
<http://www.elalmanaque.com/psicologia/freud/9.htm>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. España: Amorrortu
- Freud, S. (1920). *Inhibición, síntoma y angustia*. Barcelona: Orbis

Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Montorio, I., Izal, M., Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. En V. Caballo, I. Salazar y J. A. Carroble (dirs.) Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide

Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua española. España: Espasa

Rubio, G. (2000). Tratamiento de los trastornos de ansiedad a lo largo de la historia.

Recuperado de:

www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_e.htm

Sadock, B. y Sadock, V. (2007). Kaplan y Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. Psicología Iberoamericana. Volumen 21, pp. 19-28.

Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade. Volumen 3, Número 1, pp. 10-59.

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

Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. Revista iberoamericana de psicopatología. Número 110, pp. 62-69.

Warren, R. (1999). REBT y Trastorno de ansiedad generalizada. En J. Yankura y W. Dryden. Terapia racional emotiva conductual (REBT): Casos ilustrativos. Bilbao: Desclée de Brouwer

Wolpe, J. (1992). Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao: Desclée de Brouwer