



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO CLINICO DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad
en Terapia Cognitiva Conductual

Autora:

Solórzano Llanos, Liliana Sharon

Asesor:

Venegas Dioses, Hugo Fernando

Jurado:

Vallejos Flores, Miguel Ángel

Correa Aranguren, Iris

Campana Cruzado, Frey

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

A mi madre, esposo e hija, por su amor y aceptación incondicional, por su apoyo permanente, por motivarme a seguir adelante y a confiar en mí.

A mi padre que está en un lugar muy especial de mis recuerdos, porque su amor y enseñanzas están siempre presentes en mí.

Agradecimientos

A mis maestros, por sus enseñanzas, pero sobre todo por inspirarme con el ejemplo de la ética, el compromiso y la dedicación.

A mis pacientes, por confiar en mí, lo cual motiva y renueva mi compromiso para seguir avanzando en mi desarrollo personal y profesional para entregarles lo mejor de mí.

A la psicología, por ser una profesión muy hermosa, humana y enriquecedora.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv - v
Lista de tablas	vi
Lista de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción.....	10
1.1 Descripción del Problema	11
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Antecedentes Nacionales	13
1.2.2 Antecedentes internacionales	14
1.2.3 Fundamentación Teórica	17
1.3 Objetivos	29
1.3.1 Objetivo general	29
1.3.2. Objetivos específicos	30
1.4 Justificación.....	30
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	31
II. Metodología	32
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	32
2.2 Variables de investigación	33

2.2.1. Variable dependiente	33
2.2.2. Variable independiente	33
2.3 Participante.....	34
2.4 Evaluación Psicológica	34
2.4.1 Observación Psicológica.....	34
2.4.2 Entrevista	35
2.4.3 Test o Pruebas aplicadas.....	51
2.4.4 Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones (para el usuario o paciente y familia). 70	
2.5 Intervención.....	75
2.5.1. Objetivos.....	75
2.5.2. Plan de intervención	77
2.5.3. Programa de intervención	79
III. Resultados	107
3.1 Resultados pre y post intervención.....	107
3.2 Discusión de Resultados.....	123
3.3 Seguimiento.....	124
IV. Conclusiones.....	126
V. Recomendaciones.....	129
VI. Referencias	130
VII. Anexos.....	132

Índice de Tablas

Nº	Pág.
Tabla 1: Clasificación de los trastornos de la ansiedad según DSM V	20
Tabla 2: Clasificación de los trastornos de ansiedad según CIE 10	21
Tabla 3: Estudios realizados por el paciente	48
Tabla 4: Estructura familiar del paciente	49
Tabla 5: Registro semanal de medición del malestar emocional	122

Índice de Figuras

N°	Pág.
Figura 1: Registro de ejecución Jacobson, semana 1, turno mañana	107
Figura 2: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 1, turno noche	108
Figura 3: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 2, turno mañana	109
Figura 4: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 2, turno noche	110
Figura 5: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 3, turno mañana	111
Figura 6: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 3, turno noche	112
Figura 7: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 4, turno mañana	113
Figura 8: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 4, turno noche	114
Figura 9: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 5, turno mañana	115
Figura 10: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 5, turno noche	116
Figura 11: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 6, turno único	117
Figura 12: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 7, turno único	118
Figura 13: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 8, turno único	119
Figura 14: Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 9, turno único	120
Figura 15: Pre test y post test de Ansiedad de Beck	121

Resumen

El presente trabajo es referente a un caso clínico de intervención cognitiva conductual a un hombre adulto de 44 años, abogado, padre de familia de una menor de 6 años, casado, quien padece de trastorno de ansiedad. Se utilizaron las siguientes herramientas para la evaluación: Historia Clínica, Test de Personalidad de Eysenck, Inventario de Ansiedad de Aaron Beck, Test de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Aaron Beck, Test de Depresión Estado – Rasgo (IDERE), Test de Pensamientos Automáticos, Test de Creencias Irracionales de Albert Ellis y registros de pensamientos y conductas. El proceso terapéutico tuvo una duración de 18 sesiones terapéuticas, 8 se realizaron dos veces por semana, 6 una vez por semana y las 4 últimas correspondieron al seguimiento. Se aplicaron las técnicas: Modelado, Moldeamiento, Detención de Pensamiento, Relajación Muscular de Jacobson, Reestructuración Cognitiva, Psicoeducación, Distracción del Pensamiento, Reforzamiento Positivo, Visualización de Videos, Retroalimentación y habilidades sociales. Como resultado de la intervención, se logró reducir la ansiedad en un 75%, es decir, según pre test aplicado en las sesiones de evaluación y diagnóstico, el paciente obtuvo como resultado Ansiedad Moderada, al finalizar el proceso de intervención el paciente obtuvo como resultado Ansiedad leve, lo cual coincide con la sintomatología clínica que la evaluadora ha venido monitoreando en las últimas semanas del proceso de intervención.

Palabras clave: ansiedad, terapia cognitiva conductual, adultos

Abstract

This academic work refers to a clinical case of cognitive behavioral intervention to a 44-year-old adult man, lawyer, father to a six-year old girl, married, who suffers from anxiety disorder. The following tools were used for the evaluation: Clinical History, Eysenck Personality Test, Aaron Beck Anxiety Inventory, State-Trait Anxiety Test (STAI) Aaron Beck Depression Inventory, State-Trait Depression Test (IDERE), Automatic Thoughts Test, Albert Ellis Irrational Beliefs Test and records of thoughts and behaviors. The therapeutic process lasted eighteen therapeutic sessions, 8 were carried out twice a week, 6 once a week and the last 4 corresponded to follow-up. The following techniques applied were: Modeling, Shaping, Thought Stopping, Jacobson's Muscle Relaxation, Cognitive Restructuring, Psychoeducation, Thought Distraction, Positive Reinforcement, Video Viewing, Feedback and social skills. As a result of the intervention, anxiety was reduced 75%, that is, according to the pre-test applied in the evaluation and diagnosis sessions, Moderate Anxiety, at the end of the intervention process the anxiety lowered to mild, which coincides with the clinical symptoms that the evaluator has been monitoring in the last weeks of the intervention process.

Keywords: *anxiety, cognitive behavioral therapy, adults*

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo académico se desarrolla el proceso de evaluación, diagnóstico, intervención psicoterapéutica bajo el modelo Cognitivo Conductual y finalmente el seguimiento de un paciente varón de 44 años de edad, abogado, casado y padre de familia, con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad; trastorno que desarrolló al haber sido víctima de estafa con una fuerte suma de dinero, que le generó problemas económicos y perturbación emocional en diversas áreas de su vida: personal, laboral, familiar y de pareja.

En cuanto al tipo de diseño es de tipo bicondicional (ABA) y el tipo de investigación es aplicada y de tipo experimental.

El trabajo se encuentra dividido en 7 apartados; el primero corresponde a la introducción, donde se visualiza la descripción de la problemática, los antecedentes nacionales e internacionales, objetivos, fundamentación teórica e impactos esperados. En el segundo apartado se presentan la metodología utilizada, que describe el tipo y diseño de investigación, las variables (dependiente e independiente), así también, en relación al participante podrá visualizar la historia, antecedentes, cronología del problema, instrumentos utilizados para efectos de recolección de datos y finalmente el plan y programa de intervención, en los cuales se describen las estrategias terapéuticas que se utilizaron. En el tercer apartado se presentan los resultados obtenidos, discusiones, conclusiones, recomendaciones, así como el pre y post test, en los cuales se puede observar la intensidad de la sintomatología ansiosa antes y después de la intervención terapéutica. Finalmente se desarrollan los últimos 4 apartados que corresponden a las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

1.1 Descripción del Problema

La actual crisis sanitaria provocada por la COVID 19 trajo consigo una serie de medidas orientadas a salvaguardar la vida y la salud de las personas. Medidas como el distanciamiento físico y la cuarentena tienen como fin evitar la propagación del virus, sin embargo, junto a ellas también se suscitaron: duelos sin despedida, muerte abrupta de seres queridos, pérdida de empleo, dificultades económicas, entre muchas otras. Adicional a ello, previo a la pandemia ya existía un importante grupo humano que venía padeciendo de sintomatología ansiosa y la pandemia se encargó de potenciar dichos síntomas o hacerlos más visibles.

De acuerdo con lo informado en octubre del 2020 por el Instituto Nacional de Salud Mental; el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizaron un estudio a un total de 57,250 personas mayores de edad, concluyendo que, 7 de cada 10 peruanos estarían presentando sintomatología relacionada a problemas de salud mental, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y depresión. Las sintomatologías más frecuentes son: dificultades para conciliar el sueño (55.7%), problemas de apetito (42.8%), falta de energía o cansancio (44%), dificultades de concentración (35.5%) e ideaciones suicidas (13.1%).

Asimismo, en octubre del 2021, el Diario El País informó respecto de un estudio internacional realizado en 204 países en el año 2020, y que fue publicado en la Revista The Lancet, teniendo como objetivo investigar el impacto de la pandemia en la salud mental, concluyendo que los casos de ansiedad y depresión aumentaron en un 25% a nivel mundial.

Por otro lado, en octubre del 2021, el Consejo General de la Psicología en España publicó un artículo de un estudio publicado en la revista *Epidemiology And Psychiatric*

Sciences, donde mencionan que los trastornos de ansiedad siguen siendo el problema de salud mental más común en todo el mundo y con un impacto sorprendente en la carga mundial de morbilidad.

Por lo todo lo anteriormente expuesto, se decidió elegir un caso clínico de Trastorno de Ansiedad debido a que es uno de los problemas de salud mental de mayor incidencia a nivel nacional y mundial; el cual requiere de atención profesional inmediata a fin de reducir el riesgo de que manifieste concomitancia con algún otro problema de salud mental o enfermedad física, la cual originaría mayor sufrimiento y deterioro de la calidad de vida del paciente.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Maravi (2020) realizó una intervención Cognitiva Conductual en una mujer adulta con trastorno de ansiedad. La intervención estuvo bajo un diseño experimental de un caso único multicondicional ABA, con el objetivo de mejorar el estado emocional y afectivo a través de la identificación y modificación de preocupaciones patológicas y pensamientos distorsionados, los cuales serán reemplazados por otros más funcionales que le permitan adaptarse y desenvolverse en su vida cotidiana. Para dicha intervención se realizó evaluación mediante test psicométricos, análisis funcional, análisis cognitivo, diagnóstico funcional y mediciones (antes, durante y después) del proceso de intervención a través del uso de la línea base. En relación a los resultados obtenidos, las preocupaciones patológicas disminuyeron, lo cual contribuyó a que disminuyera la intensidad de la ansiedad de 54% a 14%.

Zegarra (2019) desarrolló el estudio en un paciente de 20 años que presenta trastorno de ansiedad, con estado de preocupación excesiva persistente, acompañado de síntomas físicos que le originan angustia y un deterioro significativo en el normal funcionamiento de su vida diaria. La intervención inició con la elaboración de la historia clínica, posteriormente se realizó el registro de frecuencia de las conductas y pensamientos, los cuales recibieron psicoeducación para el manejo contingente de los mismos mediante el uso de las técnicas cognitivas conductuales: Restructuración Cognitiva, Auto instrucciones, Detención del Pensamiento, Tres columnas. En cuanto al componente fisiológico: entrenamiento en relajación, respiración, visualización, técnicas de Biofeedback y tareas para la casa. La intervención tuvo una duración de 4 meses y estuvo compuesta por 10 sesiones, de 60 minutos cada una. Los resultados obtenidos mostraron una disminución de las conductas problemas, lo cual se vio evidenciado

en los registros semanales que realizó el paciente durante toda la intervención. Por lo tanto, quedó demostrado que la Terapia Cognitiva Conductual aplicada al trastorno de ansiedad, fue eficaz para este caso.

Espinoza (2019) desarrolló un caso de trastorno de ansiedad bajo la terapia cognitivo conductual en una mujer adulta de 57 años. La recopilación de información se realizó a través de observación y entrevista, aplicación del cuestionario sobre la Historia de la vida de Lazarus, examen mental, Inventario de depresión de Beck II, Escala de Ansiedad Estado – Rasgo, Inventario clínico multiaxial de Millon – II y Escala de Inteligencia de Weschler para adultos. El proceso de intervención se realizó en 17 sesiones de 45 minutos cada una, con frecuencia de una vez por semana; se aplicaron técnicas conductuales (habilidades sociales, relajación, role playing); técnicas cognitivas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, auto registro). El resultado final concluye en que la Terapia Cognitiva Conductual fue eficiente para la reducción de los síntomas fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales de la paciente intervenida.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Sevilla (2013) en Quito, Ecuador llevó a cabo un estudio de caso llamado: Terapia Cognitiva Conductual para Trastorno de Ansiedad, Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Personalidad Esquizoide. Para efectos de recopilación de información se hizo uso de los siguientes instrumentos: Entrevista personal, Inventario de Síntomas 90 (SCL 90) e Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota 2 (MMPI – 2). En relación a las técnicas, se usaron: Técnicas de respiración profunda 3 X 3, Imaginería y focalización en solución de problemas, modelamiento, exposición gradual y psicoeducación. Se efectuaron 30 sesiones individuales de 60 minutos cada una. En relación al pre – test del Informe del instrumento SCL-

90, se obtuvo los siguientes resultados: escala de somatizaciones, puntaje T de 45; Obsesiones y compulsiones, puntuación T de 63; sensibilidad interpersonal, puntuación T de 65; escala de depresión, puntaje T de 55; escala de ansiedad, puntaje T de 45; escala de hostilidad, puntuación T de 55; escala de ansiedad fóbica, puntaje T de 55; ideación paranoide, puntaje T de 55; escala de psicoticismo, puntuación T de 65. En relación al post test, se obtuvo el siguiente resultado: escala de somatización, puntaje T de 45; Obsesiones y compulsiones, puntuación T de 55; sensibilidad interpersonal, puntuación T de 60; escala de depresión, puntaje T de 45; escala de ansiedad, puntaje T de 45; escala de hostilidad, puntuación T de 55; escala de ansiedad fóbica, puntaje T de 55; ideación paranoide, puntaje T de 55; escala de psicoticismo, puntuación T de 63. En conclusión, la Terapia Cognitiva Conductual ha mostrado eficacia en la disminución de los síntomas de Ansiedad y Episodio de Trastorno Depresivo Mayor, además de brindar herramientas de soporte para manejar los rasgos de Personalidad Esquizoide.

García et al. (2012) desarrollaron en Barcelona, España un Tratamiento cognitivo conductual para una persona con trastorno de ansiedad. El presente caso trata de una mujer adulta de 36 años de edad que presenta crisis de angustia debido a la presencia de ansiedad y excesivas y persistentes preocupaciones. En cuanto a la recopilación de información, se usaron las siguientes herramientas: entrevista psicológica, auto registros, Inventario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania – PSWQ (para evaluar la tendencia a preocuparse), Escala de la Intolerancia a la Incertidumbre (para evaluar actitud hacia la incertidumbre), Cuestionario de Sensaciones Corporales – BSQ y Cogniciones Agorafóbicas – ACQ para evaluar sintomatología de angustia, Inventario Breve de Síntomas (para evaluar malestar emocional), Escala de Interferencia y el Índice Multicultural de la Calidad de Vida (para evaluar el nivel de interferencia de los síntomas en la vida de la paciente). Se realizaron un

total de 43 sesiones, dos de las cuales incluyeron al esposo. Cada sesión tuvo una duración de 1 hora. Las técnicas psicoterapéuticas que utilizaron fueron: psicoeducación, entrenamiento en respiración controlada, terapia de reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y exposición imaginaria. Los resultados indican que hubo mejora clínica de los síntomas de forma significativa, todas las puntuaciones en el post test indican que la intensidad se encuentra dentro de los parámetros “normales”, las crisis de angustia desaparecieron, se redujeron las preocupaciones, en general, se produjo una reducción drástica y clínicamente significativa aumentando de forma muy notable su calidad de vida.

En el año 2014, la Revista de Psicología Clínica con niño y el adolescente publicó una intervención Cognitivo Conductual de un adolescente con un trastorno de ansiedad, quien presenta preocupaciones excesivas, activación psicofisiológica y respuestas de escape que contribuyen al reforzamiento de la sintomatología. La evaluación se realizó mediante la entrevista semiestructurada de los Trastornos de Ansiedad (ADISC-IV), Escala de Depresión y Ansiedad para Niños Revisada (RCADS), entrevista semi estructurada, registros de observación e información proporcionada por los padres. En cuanto a la terapia, se aplicó: entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en exposición en (imaginación y en vivo) y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados de la intervención demostraron una mejora significativa en cuanto a la reducción de las preocupaciones, la activación psicofisiológica y las respuestas de evitación.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Ansiedad. Es una emoción natural e inherente de todo ser humano, tiene una función adaptativa que está orientada a prepararnos para enfrentar una situación que interpretamos como potencialmente peligrosa con la finalidad de poner en manifiesto recursos personales orientados a enfrentar la situación (pelear o huir); dichos recursos nos mantienen activados el mismo periodo de tiempo que dura la situación que interpretamos como amenazante. Por otro lado, la ansiedad patológica o trastorno de ansiedad viene a ser una respuesta desproporcionada de la activación de los recursos personales ante situaciones que suponen un peligro (sea amenaza real o imaginaria); esta activación permanece en el tiempo pese a que la amenaza ya pasó, por lo que se nos hace difícil lograr el autocontrol de los síntomas que se manifiestan en las áreas fisiológicas, emocional, conductual y cognitiva; trayendo como consecuencia un alto y permanente grado de intensidad de malestar emocional, que repercute en nuestra calidad de vida.

Modelos explicativos de la ansiedad. A continuación, se mencionan los modelos explicativos de la ansiedad.

Teoría conductual de la ansiedad. Clark y Beck (2012), refieren que, durante muchas décadas los psicólogos experimentales basándose en la teoría del aprendizaje, han demostrado que las respuestas de miedo pueden ser adquiridas a través de un proceso de aprendizaje asociativo. El trabajo teórico y experimental desde esta perspectiva, se ha centrado en las respuestas fisiológicas y conductuales que caracterizan al estado de ansiedad o miedo. La teoría del aprendizaje inicial se centraba en la adquisición del miedo o reacciones fóbicas a través del condicionamiento clásico.

Teoría cognitiva de la ansiedad. Desde la perspectiva cognitiva, definen el miedo como la valoración automática de una amenaza o peligro inminente, mientras que la ansiedad es la respuesta subjetiva y permanente ante la activación del miedo. La ansiedad es un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual más compleja que se produce cuando los sucesos o circunstancias se interpretan como amenazas altamente aversivas, inciertas e incontrolables para nuestros intereses vitales. El miedo, por consiguiente, es un proceso cognitivo básico que subyace a todos los trastornos de ansiedad. La esencia de la ansiedad se encuentra en la interpretación errónea y exagerada de la amenaza ante una situación o circunstancia anticipada que es percibida como significativa para los recursos vitales de la persona. (Clark y Beck, 2012).

Teoría cognitiva conductual de la ansiedad. Clark y Beck (2012). Mencionan que, el miedo es primitivo y adaptativo en el ser humano, el cual se activa cuando tenemos la percepción de encontrarnos frente al peligro, originando una serie de cambios inmediatos y automáticos que nos preparan para huir o pelear. Las respuestas inmediatas y automáticas se encuentran mediadas por un procesamiento automático de la información, es decir, no hay presencia de pensamiento elaborativo consciente. Asimismo, comentan que el aumento de la intensidad ansiosa tiene relación directa con la presencia de una interpretación catastrófica de los eventos y la poca valoración de los recursos propios de afrontamiento.

Los cambios que origina la ansiedad se presentan en cuatro niveles. El primer nivel es fisiológico, donde una vez detectado el peligro, el sistema nervioso autónomo emite una señal de alerta. Este sistema nervioso tiene dos ramas: el simpático y parasimpático. El simpático prepara a nuestro organismo para la acción, por otro lado, el parasimpático

es quien se encarga de relajar y controlar al simpático para procurar su retorno a la calma y/o estado habitual. Cuando se identifica un peligro, inmediatamente se activa el simpático, entonces el cuerpo inicia la segregación de adrenalina y noradrenalina, la cual es responsable de los cambios somáticos. La hiperactivación es la que origina una serie de síntomas físicos los cuales preparan al organismo para dos posibles respuestas (luchar o huir). Dichos cambios corporales comprenden el aumento de la frecuencia cardíaca, la cual es necesaria para brindar mayor oxigenación a los tejidos (necesarios para emprender la exigente actividad física (huida o lucha).

Así también, implica el aumento de la frecuencia respiratoria, acompañada de una percepción de falta de aire. Por otro lado, la sangre se distribuye por el organismo para aumentar la fuerza en los grandes músculos, que serán aquellos que serán puestos en acción. Estos cambios a nivel respiratorio y circulatorio producen a su vez otros síntomas, tales como: visión borrosa, mareos, desrealización, sofocación y escalofríos, entre otros. El segundo nivel es comportamental, donde la lucha, huida o congelamiento (inmovilización) son los más habituales. Sin embargo, el más común y/o frecuente de todos es huir, por ello es que se experimenta la sensación de inquietud. Debido a ello, los pacientes que padecen ansiedad suelen huir rápidamente de las situaciones que generan malestar, lo cual influye en los cambios de conducta, que se conocen como mecanismos de evitación. Cuando la respuesta de ansiedad se ha consolidado, aparecen el comportamiento denominado conductas de seguridad.

El tercer nivel es cognitivo, donde se presenta el pensamiento automático de peligro, el mismo que cuando se desencadena orienta al individuo a realizar evaluaciones, las cuales se conocen como evaluaciones secundarias, encargados de marcar la diferencia

entre la respuesta de miedo a la ansiedad. El individuo hace una evaluación en relación a las probabilidades de que ocurra el evento temido, así como de las consecuencias que traería consigo. Por otro lado, se evalúan los propios recursos (internos y externos) los cuales incidirán en el afrontamiento exitoso del peligro potencial. El resultado de este análisis incidirá en que la respuesta de ansiedad aumente o disminuya. Cuando el resultado de dicha evaluación no es favorable, la ansiedad se incrementa y persiste. El cuarto y último nivel es afectivo, con presencia de emociones intensas y desagradables (nerviosismo, tensión, impaciencia, temor, entre otros).

Clasificación de los trastornos de Ansiedad. Contamos con dos instrumentos internacionales para realizar la clasificación de los trastornos de salud mental, uno de ellos es el DSM 5 y el otro es el CIE10, que pasaremos a explicar a continuación:

American Psychological Association (APA, 2014). Menciona que los trastornos de ansiedad comparten características de ansiedad y miedo los cuales se presentan de forma excesiva. Estos trastornos de ansiedad los podemos diferenciar en función a la situación o tipo de objeto que los inducen.

Tabla 1

Clasificación de los trastornos de la ansiedad según el DSM V

Código	Descripción	Sub código	Sub descripción
F.93	Trastorno de ansiedad por separación		
F.94	Mutismo selectivo		
F.42.2	Fobia específica	F.40.218	Animal (arañas, insectos, perros, otros).

		F.40.228	Entorno natural (alturas, tormentas, agua).
		F.40.23x	Sangre – inyección – herida (agujas, procedimientos médicos)
		F.40.248	Situacional (avión, ascensor, sitios cerrados)
		F.40.298	Otra (ejemplo: situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos en niños, sonidos, ruidosos, personajes disfrazados, etc.
F.40.2	Trastorno de ansiedad social (fobia social)		
F.41.0	Trastorno de pánico		
F.40.0	Agorafobia		
F.41.1	Trastorno de ansiedad generalizada		
F.06.4	Trastorno de ansiedad debido a otra afección		
F.41.8	Otro trastorno de ansiedad especificada		
F.41.9	Trastorno de ansiedad no especificada		

Tabla 2

Clasificación de los trastornos de ansiedad según CIE 10

Código	Descripción	Sub código	Sub descripción
F.40	Trastornos fóbicos de la ansiedad	F.40.0.	Agorafobia
		F.40.1	Fobias sociales
		F.40.2.	Fobias específicas
		F.40.8	Otros trastornos fóbicos de la ansiedad
		F.40.9	Trastorno fóbico de ansiedad, especificado
F.41	Otros trastornos de ansiedad	F.41.0.	Trastorno de pánico

		F.41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
		F.41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
		F.41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos
		F.41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados
F.42	Trastornos obsesivo compulsivo	F.42.0	Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
		F.42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
		F.42.2	Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
		F.42.8	Otros trastornos obsesivos compulsivos
		F.42.9	Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación
F.43	Reacciones al estrés grave y trastorno de adaptación	F.43.0	Reacción al estrés agudo
		F.43.1	Trastorno por estrés post trauma
		F.43.2	Trastorno de adaptación
		F.43.8	Otras reacciones a estrés grave
		F.43.9	Reacciones a estrés grave sin especificación
F.44	Trastorno disociativo (de conversión)	F.44.0	Amnesia disociativa
		F.44.1	Fuga disociativa
		F.44.2	Estupor disociativo
		F.44.3	Trastorno de trance y posesión
		F.44.4	Trastorno disociativo de la motilidad
		F.44.5	Convulsiones disociativas
		F.44.6	Anestias y pérdidas sensoriales disociativas
		F.44.7	Trastornos disociativos (de conversión), mixtos

		F.44.8	Otros trastornos disociativos (de conversión)
		F.44.9	Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación
F45	Trastornos somatomorfos	F.45	Trastorno de somatización
		F.45.1	Trastorno somatomorfo diferenciado
		F.45.2	Trastorno hipocondriaco
		F.45.3	Disfunción vegetativa somatomorfo
		F.45.4	Trastorno del dolor persistente somatomorfo
		F.45.8	Otros trastornos somatomorfos
		F.45.9	Trastorno somatomorfo sin especificación
F48	Otros trastornos neuróticos	F.48.0	Neurastenia
		F.48.1	Trastornos de despersonalización – desrealización
		F.48.8	Otros trastornos neuróticos especificados
		F.48.9	Trastorno neurótico sin especificación

Estrategias para emplear. En el presente trabajo académico hicimos uso de técnicas cognitivas conductuales, las cuales se explicarán a continuación:

Psicoeducación. Es una estrategia muy importante que forma parte del proceso terapéutico que recibirá el paciente y, que tiene por finalidad brindar conocimiento de su propio diagnóstico, a fin de comprender su curso, sintomatología, impacto en la salud mental y otros. La psicoeducación permite también que el paciente aclare dudas y reformule mitos en torno a su diagnóstico.

Rodríguez y Vetere (2011), conceptualizan a la Psicoeducación como un componente del tratamiento en el cual los pacientes sean capaces de comprender la raíz de sus problemas desde una perspectiva objetiva, así también señalan que es importante usarla en las etapas tempranas del tratamiento, para modificar cualquier error de concepto, volviendo a la información que se brindó en cualquier momento.

Técnica de relajación muscular de Jacobson. Esta técnica sostiene que los pensamientos y conductas que tienen relación con el estrés provocan tensión muscular, por lo tanto, la sensación de ansiedad aumenta; en el momento en que el paciente relaja los músculos consigue controlar la sensación de ansiedad. Para que la técnica sea efectiva, el paciente debe ejecutarla durante al menos 7 semanas consecutivas.

Ángeles et al. (2012), mencionan que esta técnica fue desarrollada por Edmund Jacobson en el año 1939, quien en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago comprobó que percibiendo las sensaciones que provocaban tensar y destensar grupos de músculos se inducía a un estado de relajación profunda. La tensión y relajación de técnica de relajación muscular de Jacobson, es, en la actualidad, una de las técnicas más usadas en terapia cognitiva conductual, el cual consiste en entrenar a los pacientes en tensar grupos de músculos haciendo fuerza, pero sin que esto genere dolor, y mantener dicha tensión durante aproximadamente 7 segundos, todo ello mientras percibimos las sensaciones que nos brindan el tensar y relajar.

La técnica consiste en dos pasos muy sencillos que se trabajan por grupos de músculos, el primer paso consiste en tensar y el segundo paso consiste en relajar, todo ello mientras se le presta atención a las sensaciones que ambos pasos provocan.

Técnica de Detención y Distracción del Pensamiento. Caballo (1995), sostiene que, se trata de un tipo de procedimiento de autocontrol, el cual tiene por finalidad eliminar pensamientos obsesivos o perseverantes, los cuales tienen la característica de ser improductivos e irreales y que influyen en las conductas deseadas inhibiéndolas, para dar paso al inicio de las conductas disfuncionales. El procedimiento consiste en que el paciente cerrará los ojos y verbalizará en voz alta sus preocupaciones, de pronto el evaluador gritará la palabra: “¡Basta!”, acción por la cual el pensamiento se detendrá. A continuación, se procederá a entrenar al paciente para que realice todo el proceso por él mismo. Finalmente, se entrena al paciente para que use escenas agradables que puede imaginar para fortalecer la detección del pensamiento.

Auto registros. Los auto registros son recursos estratégicos que se usan en terapia cognitiva conductual, tienen muchos beneficios toda vez que aportan información en torno al paciente, nos permiten conocer la frecuencia, intensidad y duración de diversos síntomas. Por otro lado, los auto registros también nos permiten monitorear la efectividad y eficacia de las técnicas que venimos empleando, a fin de modificarlas, cambiarlas o alternarlas con otras técnicas. Otra finalidad de los auto registros es, que nos permiten conocer el proceso de evolución del paciente.

Ángeles et al. (2012), afirman que los auto registros se usan desde un inicio en las sesiones terapéuticas, con la finalidad de obtener mayor información en relación al estado afectivo del paciente, así también nos permite tener más datos sobre aquellas situaciones, personas o conductas responsables de generar el incremento o reducción de la perturbación emocional. En este contexto, de acuerdo con lo mencionado por los

autores, el registro de mayor uso es el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados (DTR).

Moldeamiento. Stumphauzer (1992) dice que, cuando queremos lograr que una persona desarrolle una conducta que aún no conoce y es complicada, podemos lograr que la adquiera a través de un moldeado gradual. El moldeamiento es un proceso gradual de reforzamiento selectivo de la conducta final que deseamos obtener. En otras palabras, es una aproximación sucesiva a la conducta que queremos conseguir.

Garry y Pear (2008) mencionan que, el Moldeamiento es definido como la adquisición de una conducta nueva mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a la conducta deseada, así como la extinción de esas mismas aproximaciones conforme se va logrando el comportamiento final deseado. Por otro lado, mencionan también que existen cinco dimensiones o aspectos que son sensibles al moldeamiento: topografía (configuración espacial o forma de respuesta concreta), frecuencia (la cantidad de veces que ocurre dentro de un periodo determinado de tiempo), duración (cantidad de tiempo de permanencia en la misma), latencia (tiempo que ocurre entre la aparición de un estímulo y el inicio de una respuesta) e intensidad o fuerza (efecto físico que la respuesta produce o podrá producir en el entorno).

Modelamiento. Stumphauzer (1992) sostiene que existe otra alternativa muy efectiva para aprender y es a través de la observación de cómo otros han hecho algo. Es decir, podemos aprender nuevas cosas mediante el ejemplo.

Por otro lado, Vallejo (1993) sostiene que, a través de la exhibición del comportamiento de un modelo, el evaluador pretende que el paciente tenga la oportunidad de observar la conducta objetivo que queremos que aprenda. Así mismo, adiciona que se pueden conseguir tres tipos de efectos: el primero consiste en las personas que encarnan el modelo (terapeuta, otro miembro del grupo o personas ajenas al grupo de entrenamiento); el segundo consiste en la forma cómo se presenta al modelo (real o simbólico) y el tercero la forma cómo el observador percibe el comportamiento del modelo (manifiesto o encubierto).

Terapia Racional Emotiva Conductual. Este modelo corresponde a la segunda ola de la terapia cognitiva conductual, en el cual se determina que el pensamiento es el responsable de nuestra conducta. Los principales autores de esta terapia son Aaron Beck y Albert Ellis. Tanto Beck como Ellis coinciden en los siguientes principios: Primero: La forma de pensar afecta las emociones y conductas; Segundo: La forma de pensar puede ser modificada y, tercero: modificando el pensamiento, las emociones y conductas se vuelven más funcionales.

Ángeles et al. (2012) mencionan que fue Albert Ellis el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC. El TREC considera al ser humano como un organismo complejo y bio-psico-social, que presenta fuerte tendencia a establecer metas y lograr conseguirlos (permanecer vivos, obtener bienestar/evitar malestar). Para Ellis y su teoría de la TREC, la clave radica en distinguir las creencias racionales de las irracionales, y la influencia de estas en las emociones, conductas y respuestas fisiológicas. En ese sentido, las creencias irracionales son absolutistas, dogmáticas, que se expresan en forma de exigencia rígida, generando perturbación emocional cuando no

se cumplen; por otro lado, las creencias racionales son cogniciones con características de preferencia, son más flexibles y, por lo tanto, más saludables y funcionales para el ser humano.

Técnica de Reforzamiento positivo de la conducta. Stumphauzer (1992) menciona que una consecuencia es el resultado o efecto de una conducta. Así mismo, agrega que cuando una conducta ocurre, al resultado de esa conducta se le llama consecuencia. La consecuencia tiene un efecto positivo en el reforzamiento si dicha ocurrencia tiene la potestad de acrecentar la conducta que le sigue. Por lo tanto, se concluye en que todo reforzamiento positivo aumenta la frecuencia de una conducta. Es importante precisar que el reforzamiento positivo es mucho más efectivo cuando se aplica inmediatamente a la conducta.

Entrenamiento Asertivo. Es una importante habilidad social que permite, a quien lo practica, decir lo que piensa, siente y espera, de forma firme, segura y respetuosa. Implica tener la habilidad de expresar nuestra opinión sin dar la impresión de agresividad o sumisión. Ser asertivos significa ser breves y concretos en lo que queremos manifestar. Así también significa reconocer y disculparnos para reconocer un error.

Caballo (1995) menciona que, es importante modificar la conducta de pasiva o agresiva a asertiva. Así mismo refiere, la persona pasiva suele ser poco ambiciosa; la persona agresiva pretende imponer su voluntad y, finalmente la persona asertiva coopera con los demás para alcanzar objetivos personales.

Entrenamiento en solución de problemas. Martin y Pear (2008) consideran que, los métodos de solución de problemas tienen como objetivo central entrenar a las personas en estrategias orientadas a resolver de forma satisfactoria las diferentes dificultades personales que se le puedan presentar en la vida, usando para ello el razonamiento lógico. Adicionan que, existen 6 pasos para la solución de problemas: paso 1: Identificar el problema y notar que es factible de solución; paso 2: especificar el problema e identificar las variables que lo controlan; paso 3: pensar en todas las posibles soluciones del problema; paso 4: analizar todas las opciones evaluando la factibilidad de cada una, así también evaluar los pro y contras de cada alternativa, finalmente elegir la alternativa adecuada; paso 5: ejecutar la alternativa elegida, para ello se debe diseñar un plan; paso 6: evaluar y verificar el impacto que la alternativa elegida tiene en la solución del problema.

Técnica de Toma de Decisiones. Según Caballo (1995), consiste en la valoración e identificación de todas las posibles y potenciales consecuencias con cada alternativa que tenemos, razón por la cual se hace necesario elaborar una lista con los potenciales resultados anticipativos y sus efectos a corto, mediano y largo plazo, considerando, además, todas las consecuencias directas e indirectas. Es importante tener en cuenta dos aspectos: la primera consiste determinar el grado de efectividad de cada una de las alternativas y, la segunda evaluar si el paciente será capaz de ejecutarla.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Disminuir los niveles de ansiedad mediante el uso de un programa de intervención terapéutico Cognitivo Conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

- Disminuir la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología fisiológica a través de la psicoeducación y técnica de relajación muscular de Jacobson.
- Disminuir la frecuencia, duración e intensidad de la sintomatología emocional a través de la psicoeducación, técnica de detección del pensamiento y técnica de distracción.
- Disminuir la frecuencia y duración de los pensamientos distorsionados y automáticos negativos a través de la psicoeducación y terapia de reestructuración cognitiva.
- Disminuir la frecuencia de la presencia de conductas disfuncionales (gritar a esposa e hija) mediante psicoeducación y entrenamiento en comunicación asertiva.
- Fomentar autoconfianza con relación al miedo de volver a invertir en el futuro y/o confiar en otras personas para realizar alguna inversión a través de la psicoeducación y entrenamiento en toma de decisiones.

1.4 Justificación

Knight y Satre (1999); Landreville et al. (2001); Montorio et al. (2001); Nuevo y Montorio (2005) manifiestan que la psicoterapia cognitiva conductual viene siendo una de las terapias más usadas a nivel mundial, demostrando su alta eficacia en problemas de salud mental, como lo son la ansiedad y depresión.

Teniendo en cuenta toda la sintomatología presentada por el paciente en las áreas: fisiológica (tensión muscular, insomnio, fatiga, temblor de manos, sudor de manos y rostro), emocional (cólera, frustración, estrés, incertidumbre, tristeza, decepción, ansiedad, angustia,

culpa, venganza y vergüenza), cognitiva (pensamientos distorsionados en relación a sí mismo y hacia los demás) y conductual (gritar a su esposa e hija), se concluye en la necesidad de aplicar un programa de tratamiento cognitivo conductual, orientados a reducir los malestares emocionales identificados en esas áreas, los cuales son consecuencia de la presencia de un trastorno de ansiedad.

Por esa razón, el programa de tratamiento está considerando las técnicas de relajación muscular de Jacobson como estrategia para reducir el malestar fisiológico; así mismo, se hizo uso de las técnicas de detección y distracción del pensamiento para reducir el malestar emocional; se hizo uso de la técnica de reestructuración cognitiva para reducir los pensamientos distorsionados y finalmente se entrenó al paciente en habilidades sociales para reducir las conductas disfuncionales. Todo lo anteriormente mencionado, tiene como objetivo que el paciente cuente con herramientas que le permitan tener un estilo de afrontamiento más adaptativo y funcional frente a las situaciones que interpreta como amenazantes.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Como consecuencia del presente trabajo, se espera obtener los siguientes resultados:

- Servir de guía para profesionales de la salud mental interesados en un tratamiento terapéutico eficaz para reducir el trastorno de ansiedad.
- Reducir significativamente en el paciente la sintomatología ansiosa de tipo patológica que perjudica su buena salud mental.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

Para el presente caso de Trastorno de Ansiedad, se realizó una investigación de tipo Aplicada (Kerlinger, 1975). La investigación aplicada tiene por finalidad buscar estrategias orientadas a lograr un objetivo específico, en este caso, el objetivo es reducir la sintomatología ansiosa que el paciente presenta a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional. Así mismo, la investigación aplicada permite solucionar problemas reales y se apoya en la investigación básica para conseguirlo.

Para el presente trabajo, el diseño es de tipo caso único (Hernández et al., 1991); toda vez que tiene como principio establecer una línea base de recogida de información previa (registros, batería de test psicológicos, historia clínica, entre otros), para en función de los resultados introducir la variable independiente (programa de tratamiento cognitivo conductual), sobre la variable dependiente (trastorno de ansiedad), y luego, al finalizar el tratamiento, nos permita medir nuevamente la variable independiente (mediante post test), a fin de determinar la incidencia del tratamiento que hemos aplicado.

Se aplicó Diseño bicondicional ABA. Este diseño tiene como objetivo demostrar que, gracias a la aplicación de la variable independiente, se puede revertir la sintomatología ansiosa del paciente, logrando que la reduzca y pase de ser una ansiedad patológica a una ansiedad saludable y funcional. (Kazdin, 2001).

Finalmente, es importante mencionar que el presente trabajo es de tipo experimental, toda vez que nos permiten conocer los cambios en la variable dependiente (trastorno de ansiedad), luego de aplicar la variable independiente.

2.2 Variables de investigación

2.2.1. Variable dependiente

Trastorno de ansiedad, medida por el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

2.2.2. Variable independiente

Terapia Cognitivo Conductual. Ángeles et al. (2012), La Terapia Cognitiva Conductual es también conceptualizada como una forma de aplicación clínica de la ciencia de la psicología, la cual cuenta con principios y procedimientos que han sido validados empíricamente.

El objetivo de la terapia está orientado a que el paciente logre comprender cómo impacta nuestra forma de pensar (con relación a nosotros mismos, lo que pensamos de otras personas y lo que pensamos del mundo que nos rodea) en nuestras emociones y conductas. La terapia cognitiva conductual ayuda al paciente a cambiar esa forma pensar (funcionamiento cognitivo) de actuar (función conductual) y estos cambios le permitirán disfrutar de una vida más plena y satisfactoria.

La terapia cognitiva conductual ayuda al paciente a descomponer los problemas complejos dividiéndolos en partes pequeñas, para analizarlas e identificar aquellas que se encuentran interrelacionadas entre sí, para brindarle la atención respectiva orientadas a reducir

el malestar emocional, la perturbación cognitiva, la intensidad fisiológica y la conducta disfuncional, las cuales se afectan entre sí.

La terapia cognitiva conductual ayuda a entender el círculo vicioso de pensamientos, emociones y conductas que se retroalimentan entre sí como producto de una interpretación disfuncional/distorsionada de los hechos/problemas/acontecimientos; ayudando a comprenderlas y con ello, a romper el círculo vicioso que las mantienen en el tiempo.

2.3 Participante

El presente trabajo académico trata acerca del caso de un paciente varón, de 44 años de edad, casado, padre de familia de una niña de 6 años de edad, abogado de profesión, con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad debido a que fue víctima de estafa con una fuerte cantidad de dinero en el año 2016, lo cual le originó alta intensidad de malestar a nivel fisiológico, conductual, emocional y cognitivo.

2.4 Evaluación Psicológica

2.4.1 Observación Psicológica

Paciente varón que se encuentra orientado en persona, tiempo y espacio, que impresiona un diálogo coherente y su aliño personal se encuentra conservado. Se evidencia coherencia entre sus respuestas emocional/fisiológica y cognitiva cuando verbaliza su problemática en relación a la estafa de la cual fue víctima, del cual la observadora nota la presencia de emociones desagradables (cólera, frustración, ansiedad, miedo, angustia, vergüenza, culpa y deseos de venganza), respuestas fisiológicas y conductuales (inquietud motora, sudoración de manos y/o frente, frotamiento de manos) y cogniciones distorsionadas (debo, tengo, siempre, nunca, todo, nada, pensamientos que infieren necesidad de aprobación, de ser

querido/aceptado, de que las personas deben ser/pensar/actuar como el paciente lo haría, entre otros).

2.4.2 Entrevista

Datos de filiación

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	católica
Vive con	:	Sólo.
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente
Evaluadora	:	Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos
Fecha de primera entrevista	:	19.01.2021

Motivo de consulta

Paciente refiere estar atravesando por una situación muy estresante como consecuencia de haber perdido una fuerte cantidad de dinero que entregó a “M” (un conocido de la familia) para invertirlo en un negocio, sin embargo, “M” lo estafó y se niega a devolverle el dinero,

motivo por el cual el paciente se encuentra muy preocupado, no puede dormir, le duele mucho la cabeza, se siente nervioso y desesperado; toda esta situación le trajo graves problemas porque se quedó sin trabajo debido a que su rendimiento laboral bajó, adicional a ello, tiene continuas discusiones con su esposa e hija y la situación en casa se volvió muy tensa.

Problema actual

El paciente manifiesta que necesita ayuda psicológica pues no se siente bien; sobre sí mismo manifiesta: “Soy un imbécil, un tarado, un descerebrado, ¿Cómo me dejé engañar así?, M me vio la cara de idiota, me doy cólera, siento vergüenza de mí, todo esto es mi culpa”; lo cual le hace sentir: cólera (10/10), tristeza (10/10), decepción de sí mismo y de M (10/10), incertidumbre (10/10), culpa (10/10), dificultad para dormir, dolor de cabeza, latidos cardiacos acelerados, fatiga y tensión muscular.

Respecto a “M” el paciente menciona: “Ese sujeto es de lo peor, decepcionante, mentiroso, embaucador, estafador, deseo que le pase algo malo, ¿Cómo pudo estafarme así?, él sabía que mi situación económica no era buena, sabía que me estaba prestando dinero para invertir y aun así me traicionó”; lo cual le hace sentir: cólera (10/10), frustración (10/10), ira (8/10), decepción (10/10), incertidumbre (8/10), deseos de venganza (9/10), estrés (10/10), tensión (9/10), angustia (9/10) y náuseas.

Respecto a la situación, el paciente manifiesta: “En la familia no debe haber traiciones, la familia debe ser confiable, M sabía que mi situación económica no era buena por lo tanto debió ser considerado conmigo, no se puede confiar en la familia, no se puede confiar en nadie”; lo cual le hace sentir tristeza (10/10), decepción (10/10), cólera (10/10), incertidumbre (8/10), culpa (10/10).

Respecto al futuro, el paciente piensa: “No volveré a hacer nunca más una inversión, desconfío de todos, ni la familia es confiable”; asimismo, adiciona: “Pienso que un día mi esposa me va a abandonar pues le he fallado, no la merezco”; lo cual le hace sentir: miedo (10/10), tristeza (8/10), desesperanza (10/10), incertidumbre (8/10)

Paciente adiciona: “He denunciado a M ante la fiscalía por estafa, pero archivaron el caso pues no tengo pruebas de haberle entregado el dinero, pero, lo volveré a denunciar pues tengo conversaciones grabadas y eso puede funcionar como indicio, haré que me pague como sea, haré que me devuelva el dinero, me tiene que devolver mi plata”. Paciente manifiesta: “Lo último que me he enterado es que este sujeto (M) ha estafado a otras personas, no entiendo cómo esa gente puede ir por la vida, así, como si nada, actúa como si no tuviera remordimiento, como si no hubiese hecho nada malo, ¿Acaso no se da cuenta del tremendo perjuicio que me ha originado?”.

Paciente comenta: “Me angustia mucho no juntar dinero para pagar mis cuentas, pues ahora no tengo un ingreso fijo, todo es tan incierto,”. “Hay veces que mis ingresos no son buenos como para cubrir mis gastos del mes, entonces mi esposa me presta dinero, es que ambos tenemos diferentes responsabilidades por pagar, la mía es el alquiler de la casa, los servicios, el colegio y la deuda de banco”. “Cuando ya estoy cerca a fin de mes y veo que los ingresos si me cubren, entonces me siento un poco más tranquilo”, toda esta situación le hace sentir: dolor de cabeza, ansiedad (9/10), angustia (9/10), preocupación (9/10), estrés (10/10), miedo (9/10), vergüenza (9/10) y le tiemblan las manos.

Desarrollo cronológico del problema

Paciente refiere que el problema comenzó en setiembre del año 2016, fecha en la cual conoció a “M” (hermano de su comadre), con quien entabló una amistad; del cual menciona: “Nos hicimos amigos al toque, congeniamos bien, se mostró muy amable y se ganó mi confianza”. Paciente manifiesta que conversaron mucho y de muchas cosas, hasta que tocaron el tema de las inversiones; del cual comenta: “M me habló de los negocios que venía realizando, en particular una inversión sobre la compra/venta de oro, me interesó mucho el negocio del oro, así que le pedí participar en el negocio con un capital”. Finalmente, ambos acordaron encontrarse en unos días para hablar con mayor detalle sobre la participación del paciente en dicho negocio.

Unos días después, el paciente y “M” se encontraron para hablar del negocio, este último le sugirió al paciente que invierta dinero en el negocio de la construcción; paciente comenta: “M me dijo que invertir en construcción es el negocio del año, que se gana muy bien, que la ganancia es segura, que sacaría el triple de dinero”. Acto seguido, paciente manifiesta: “Ambos acordamos que yo le entregaría a M un capital de S/.15,000.00 soles, el cual sería devuelto con toda la ganancia en marzo del 2017”. Para obtener dicho capital, el paciente pidió dinero prestado al banco.

Unos días después, el paciente entregó el dinero a “M”, sin embargo, “M” no quiso firmar ningún documento que deje constancia que estaba recibiendo el dinero; paciente menciona: “M me cuestionó el hacerle firmar el documento, dijo que le resultaba ofensivo que yo dude de él, me dijo que jamás me traicionaría, que entre familia no debe existir ni traición

ni desconfianza”; paciente comenta adicionalmente: “No me firmó ningún documento, todo quedó en palabras y yo le creí”.

Paciente comenta: “Cuando llegó marzo del 2017 busqué a M para que me entregue mi dinero, pero me fue difícil ubicarlo, le llamé varias veces por teléfono, le mandé varios mensajes de WhatsApp, lo fui a buscar varias veces a su domicilio y me decían que había salido y nada, no lo ubicaba”. “Algunas veces me encontraba con M en la calle, pues vivimos en el mismo barrio, entonces yo aprovechaba para cobrarle, pero él siempre me decía que espere, que le dé más tiempo, que el negocio estaba demorando”. Adicional a ello, paciente menciona: “Comencé a desesperarme, pues me di cuenta que me estaba mintiendo, los días pasaban y nada de devolverme el dinero, M se molestaba de que le esté cobrando y me decía que debía tener paciencia, que los negocios a veces demoran”.

Paciente refiere que se sentía muy perturbado; para lo cual manifiesta: “Me sentía muy preocupado, desesperado, pues estaba próximo a vencerse el plazo para devolver el préstamo del banco”. Asimismo, paciente comenta: “Mi carácter cambió mucho, me he vuelto muy renegón, me enojo rápido de cualquier cosa y de todo, he llegado a gritarles a mi esposa y a mi hijita”. Paciente refiere que tiene problemas con su esposa, pues ella le reclama el haber hecho ese negocio con M; paciente refiere: “Me siento culpable, tonto, por haberme dejado engañar, debí haberle hecho caso a mi esposa cuando me dijo que no debía confiar en M, mi esposa no quería que haga ese negocio, pero yo igual lo hice, le he fallado a mi esposa”.

Paciente refiere que perdió su trabajo en abril del 2017; del cual manifiesta: “Ya no podía trabajar, me era difícil concentrarme, me bloqueaba, me sentía desmotivado, por lo que decidí renunciar, ya no podía más”.

Paciente menciona: “Tuve que reprogramar la deuda del banco a 5 años, pues no tenía dinero para pagar esa fuerte cantidad, hoy, estoy pagando mensualmente la cantidad de S/. 500.00 soles, por lo que la deuda que inicialmente era de S/.15.000.00 soles ahora se ha convertido en una deuda de cerca de S/.25,000.00”.

Paciente refiere: “Luego llegó la pandemia y fue más difícil para mí conseguir trabajo, así que decidí abrir mi oficina para dar asesoría legal de forma particular, ahora estoy litigando, pero la oficina la tuve que abrir en provincia (Huamachuco – Trujillo), pues es ahí donde hay más clientes”. “Al principio nos mudamos los tres (con mi esposa e hija), pero, debido al clima (hace mucho frío) y al hecho de que todos estábamos encerrados en casa por las restricciones de la cuarentena, decidimos que mi esposa e hija regresen a la ciudad a vivir con mis padres (San Miguel – Lima), pues ahí hace menos frío y además están los otros hijos de mis hermanos con los cuales mi hijita puede jugar y distraerse, yo los visito cada 15 días y que quedo con ellos de 2 a 3 días”.

Paciente manifiesta: “Luego de que pasó un año completo de esperar que M me devuelva mi dinero, decidí denunciarlo ante la fiscalía por delito de estafa, pero lamentablemente el caso fue archivado porque yo no tenía cómo demostrar que le entregué el dinero a M”. “Lo he vuelto a denunciar, pues tengo grabado en mi celular los mensajes donde hablamos del negocio y donde yo le estoy cobrando, haré que me pague así tenga que vender un órgano”.

Paciente comenta: “En abril del 2019 comencé a ir al psicólogo, recibí 4 o 5 sesiones, ya no volví más, no sentí mejoría”. “La psicóloga me mandó al psiquiatra, fui y me recetó

medicación, pero no la tomé, tengo miedo de volverme adicto a los medicamentos, no tomaré ningún medicamento”.

Historia personal

Para la elaboración de la historia personal se contó solo con la participación del paciente, pues él considera que no es necesario involucrar a otros familiares (padres, esposa, hermanos). Paciente refiere que sus padres son personas adultas mayores y no les quiere dar preocupaciones, además, tanto los padres como los hermanos del paciente no están enterados de este problema para no causarles sufrimiento.

En cuanto a la esposa, manifestó que ella conoce toda la situación y lo apoya en todo, pero que prefiere que ella no participe en este proceso psicoterapéutico pues él mismo puede brindar, a la evaluadora, toda la información necesaria, refiere tener voluntad de ser sincero pues reconoce que no puede seguir afrontando sólo este problema y necesita ayuda profesional.

Prenatal

Paciente refiere: “Soy hijo esperado y planificado”. “Mi madre llevó un embarazo sin riesgos, asistió a todos sus controles y el ginecólogo en ningún momento le indicó que haya surgido alguna complicación con el embarazo, sin embargo, recuerdo que mi madre en algún momento me contó que tuvo síntomas fuertes durante el embarazo, como: náuseas, vómitos, mucho sueño, cansancio, inapetencia durante los primeros meses, luego los síntomas desaparecieron más o menos a los 4 meses y mi madre pudo disfrutar del resto del embarazo sin mayor complicación”.

Paciente comenta: “Mi padre jamás acompañó a mi madre a sus chequeos médicos, tampoco lo hizo cuando ella estuvo embarazada de mis otros hermanos, él es machista y cree que del cuidado de los hijos es responsabilidad únicamente de la madre, imagino que esto no le debe haber hecho feliz a mi mamá, hay muchas cosas que ella aguanta de mi papá y yo no entiendo por qué, en fin”.

Paciente informa: “No sé si mi mamá llegó a tomar alguna medicación durante el embarazo, ella no lo recuerda, lo que si recuerda es que mi padre solía enfadarse con ella porque debido a las fuertes nauseas no cocinaba, entonces cuando mi papá llegaba del trabajo y no había cena se molestaba mucho y gritaba, finalmente decidieron contratar una señora que les ayude para que mi mamá descanse”.

Perinatal

Paciente comenta: “Nací a los 9 meses por parto normal, sé que nací gordito, siempre he sido gordito, al nacer medí 48 cm aproximadamente, mi madre no recuerda más datos con exactitud, pero si recuerda que todo estuvo bien. En la evaluación que hacen a los bebés al nacer (APGAR) le dijeron que obtuve la calificación más alta”.

Primeros años de vida

Paciente comenta: “Recibí lactancia materna el primer año, luego de ello me dieron biberón hasta los 3 años, mi mamá me contó que no quería dejar el biberón y que yo lloraba mucho cuando ella intentaba quitármelo”.

Paciente refiere: “Caminé y hablé dentro de la edad esperada, no tuve observaciones médicas en cuanto a mi control de niño sano y tengo todas mis vacunas completas, la única

observación que solía tener es que estaba un poco subido de peso, pero mi mamá jamás me puso a dieta porque dice que le daba pena pues me ponía a llorar”. Paciente adiciona: “Dejé el pañal a los casi 4 años, no hubo mayor problema con ello”.

Educación

Paciente informa: “Estudí nivel inicial, primaria y secundaria en colegios particulares, fui alumno promedio, destaque en las áreas de letras (Comunicación e Historia del Perú)”.

Paciente menciona: “No tuve ningún problema de aprendizaje, atención o concentración, mi rendimiento fue promedio, tampoco tuve problemas de comportamiento, mis padres no tenían necesidad de ir a colegio por alguna llamada de atención o problemas de bajo rendimiento académico, además que yo era consciente de que si me portaba mal mi padre me iba a castigar, él suele ponerse como energúmeno cuando se enoja, me daba miedo”.

Paciente recuerda que solía ser muy cumplido con sus tareas pues caso contrario sería castigado por su padre, el castigo generalmente era físico (correa), refiere: “De niño y hasta entrando a ser adulto le tenía mucho miedo a mi papá, es tosco y cuando está enojado grita y golpea”.

Paciente refiere que recuerda que en primaria y sobre todo en secundaria, cada vez que tenía que exponer en una clase del colegio, solía ponerse muy nervioso debido a que pensaba que los compañeros se burlarían de él, el temor era con relación a equivocarse u olvidarse de algo, eso le provocaba sudor (de manos, cara y espalda), pero de igual forma tenía que hacerlo y conseguía buenas notas. Paciente manifiesta no recordar algún evento donde haya pasado

alguna situación vergonzosa que haya influido en que se ponga nervioso cada vez que tenía que exponer.

Paciente comenta que de adulto también se pone nervioso ante ciertas personas (su padre, jefe, hermanos) y suele sudar mucho, pero si puede expresarse con facilidad, no se bloquea.

Socialización

Paciente menciona: “En el colegio participé en algunas actividades, especialmente en fútbol, no tuve problemas para socializar, solía conseguir amigos con facilidad, sin embargo, en varios momentos fui víctima de bullying debido a mi sobrepeso, pero no me afectó mucho o al menos intenté que no me afectara”.

Paciente comenta: “Actualmente tengo amigos que viven en el vecindario, algunos de ellos son amigos muy íntimos con los cuales tengo mucha confianza y con quienes suelo salir a alguna reunión o frecuentarme más a menudo”.

Actitudes de la familia frente al paciente

Paciente comenta: “Mi padre siempre ha sido una persona emocionalmente distante, muy estricta, rígida, muy pocas veces me ha demostrado afecto con palabras, abrazos o besos, me es muy difícil conversar con él sobre mis sentimientos”. Paciente comenta: “Mi padre es policía, creo que por esa razón es duro y no expresa sentimientos”. “Cuando me portaba mal, mi padre me castigaba con la correa, pero no hablábamos nunca del asunto”. Así mismo, el paciente menciona: “Mi padre tiene actitudes machistas”, paciente llora cuando habla de su padre, y manifiesta: “Siento un vacío grande respecto a él, me gustaría que nuestra relación sea más cercana, me gustaría que mi padre sea una persona en la que yo pueda confiar y pedirle

consejos”. Paciente finalmente comenta que su padre muchas veces lo lastimó psicológicamente, pues le decía adjetivos descalificativos (insultos) que le hacían sentir humillado, tonto, poco hombre, inútil e inclusive poco viril.

En relación con la madre, el paciente comenta: “Mi madre es una persona muy cariñosa, es la antítesis de mi padre, sin embargo, es muy sensible y suele afectarse mucho cuando hay problemas, por esa razón prefiero no contarle algunas cosas”.

Con relación a sus hermanos, el paciente refiere: “Me llevo bien con todos, actualmente la relación con ellos es aún más distante debido a la pandemia y a que cada uno tiene su familia, sin embargo, me siento amado por toda mi familia”.

Con relación a su esposa, el paciente refiere: “Confío en ella, es una persona con la que puedo hablar de todo, la amo mucho y a mi hijita también”. “Soy feliz en mi matrimonio”. Paciente refiere que la esposa es un valioso e importante apoyo cuando atraviesa por situaciones difíciles. Comenta también que la esposa esta enterada de todo lo acontecido con M y que ella jamás estuvo de acuerdo con esa inversión, pero que él le insistió mucho para que aceptara. Paciente refiere que su esposa es docente y que juntos afrontan la difícil situación económica que vienen atravesando. Paciente manifiesta: “Le he fallado a mi esposa, no quiero perderla, a veces pienso que me va a dejar por todo lo que he hecho”.

Examen mental

Actitud

Paciente se muestra amigable, atento y dispuesto a colaborar durante todo el proceso, tanto para brindar información, responder las diversas pruebas y realizar las actividades consignadas por la evaluadora.

Porte y Conducta

Se evidencia postura encorvada, presencia de profundas ojeras, paciente explica que sus ojeras han aumentado en tamaño debido a que no duerme bien. Los músculos del rostro se muestran rígidos, pero luego se tornan expresivos (preocupación, irritabilidad, tensión, miedo) cuando habla del problema que le aqueja, frunce el ceño, el rostro se llena de sudor por lo que el paciente se ve en la necesidad de coger un pañuelo y limpiarse el rostro, luego se frota las manos, aprieta los dientes, los ojos se llenan de lágrimas, pero se las seca disimuladamente con los dedos de las manos mientras simula acomodar sus anteojos.

Orientación

Paciente se muestra orientado en persona, tiempo y espacio; toda vez que reconoce el lugar donde se encuentra en el momento de la evaluación (casa), así como también su identidad personal (datos de filiación) y finalmente identifica sin inconvenientes la fecha y hora en la que se encontraba durante el desarrollo de la presente evaluación.

Atención

Paciente demuestra un buen estado de atención durante el proceso de evaluación psicológica, es capaz de expresar lo que piensa sin evidenciar bloqueo, confusión, distracción, olvido o similar.

Lenguaje

Muestra un discurso pausado del lenguaje y con volumen medio. El contenido de su lenguaje se muestra coherente, con facilidad para entender y comprender textos escritos, escribir una idea, identificar y nombrar objetos ubicados en el entorno del paciente,

Por momentos el discurso se torna rápido sobre todo cuando habla de temas que le enfadan, haciendo uso de jergas y lenguaje coprolalico, en particular cuando se refiere a la persona que lo estafó (M) y a sí mismo, experimentando un intenso grado de culpa por haber perdido el dinero, y cuando lo hace, sube el volumen de su voz y su lenguaje corporal manifiesta concordancia en relación con las emociones intensas que expresa (ira, vergüenza, decepción, vergüenza, miedo, tristeza, entre otros).

Afectividad

Se evidencia congruencia entre los relatos del paciente y la afectividad que expresa, observándose la presencia de: ira, vergüenza, decepción, miedo, ansiedad y frustración. Así mismo, se observó que la intensidad emocional se encuentra alta (escala 10/10), las cuales le generan perturbación en el normal desarrollo de su día a día, afectándole en las áreas: personal, familiar, laboral y de pareja.

Coefficiente intelectual

Paciente impresiona categoría intelectual promedio.

Pensamiento

La expresión y velocidad del pensamiento se encuentran conservados, lo cual se hace evidente cuando responde a preguntas o narra los acontecimientos de su problema actual. No hay presencia de fugas ideacionales, fallas en las asociaciones o pensamiento de tipo delirante en las mismas. Hay presencia de pensamientos intrusivos e irracionales que se manifiestan en forma de amenazas en relación con la deuda con el banco, el temor al abandono de parte de su pareja y fuerte autocrítica hacia sí mismo.

Conciencia

En cuanto al nivel de conciencia, el paciente impresiona lucidez, toda vez que se le observa en estado de alerta, manteniendo una conversación fluida y coherente.

Percepción

No hay señales que evidencien alucinaciones visuales, auditivas o kinestésicas.

Conciencia de enfermedad

Paciente demuestra tener conciencia clara y plena de que su salud mental se encuentra deteriorada debido a los diversos malestares emocionales, fisiológicos y afectivos que viene experimentando.

Tabla 3

Estudios realizados por el paciente

Niveles de estudio	Concluyó	Conducta	Observaciones
Inicial	Si	No	Ninguna
Primaria	Si	No	Ninguna
Secundaria	Si	No	Ninguna
Superior	Si	No	Ninguna
Maestría	Si	No	Ninguna

Tabla 4*Estructura familiar del paciente*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Ocupación
Padre	G	85	Superior	Policía en retiro
Madre	A	77	Téc. Superior	Ama de casa
Hermano 1	P	49	superior	Ingeniero
Hermano 2	M	47	Superior	Arquitecto
Hermano 3	L	45	superior	Ingeniero
Paciente	G	41	superior	Abogado

Antecedentes familiares

Paciente refiere: “Mi padre comentó en alguna oportunidad que pasar por evaluación psicológica es parte de la rutina de su trabajo y que jamás ha comentado de alguna observación importante o diagnóstico que le hayan dado”.

En cuanto a sus hermanos y madre, el paciente refiere que sus hermanos jamás han comentado que hayan recibido terapia psicológica debido a algún diagnóstico o situación especial, situación similar ha sucedido con la madre del paciente.

Sin embargo, paciente vuelve a recalcar que considera que su padre si debería recibir ayuda profesional debido a su carácter explosivo, su actitud machista y porque no es cariñoso, además, que casi no habla con sus hijos, es muy distante, frío.

Paciente comenta que él ha pasado por evaluación psicológica cuando ha participado en alguna convocatoria para trabajo. En relación con el tema actual, el paciente informó que en abril del 2019 recibió atención psicológica asistiendo a 4 o 5 sesiones, pero que al no notar mejoría lo abandonó el tratamiento.

Actualmente el paciente reside en provincia, donde instaló su oficina. La esposa del paciente y su hija residen en Lima. El paciente visita a su esposa e hija cada quince días y se queda a dormir por 2 o 3 días con ellas, luego retorna a provincia para seguir trabajando.

2.4.3 Test o Pruebas aplicadas

FICHA TÉCNICA CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE PEN DE EYSENK

Nombre original:	Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)
Autores:	Hans J. Eysenck y Sybill B.G. Eysenck (1975)
Procedencia:	Hodder and Stoughton
Adaptación:	E. Araujo (2000) en población universitaria de Lima
Aplicación:	Individual y colectiva, a partir de 16 años
Tiempo:	Entre 15 y 30 minutos
Items:	78
Finalidad:	Evaluación de tres dimensiones básicas de personalidad (Extraversión -E; Neuroticismo - N y Psicoticismo - P) y una escala de mentiras – L).

INFORME DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

Datos de filiación

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad

Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente
Evaluadora	:	Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos

Motivo de evaluación:

Evaluar la Personalidad del paciente

Técnicas e instrumentos aplicados:

Entrevista psicológica

Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

Resultados:

Tendencia a la intraversión, tendencia al neuroticismo y ajuste conductual.

Interpretación:

Paciente presenta personalidad de con tendencia a la introversión, es decir, tiende a ser retraído socialmente, reservado, disfruta más de las actividades intelectuales que las actividades prácticas, suele pensar antes de actuar, planificar sus actos, suele ser autocontrolado y ordenado.

Paciente con tendencia a la inseguridad, sentimientos de ansiedad, timidez e irritabilidad, lo cual lo predispone a desarrollar síntomas sicosomáticos y alto grado estrés.

Paciente se adapta a las reglas sociales, mostrando un buen grado de interacción social, solidario, responsable, respetuoso de las reglas, afectuoso, sensible al dolor ajeno.

Paciente con temperamento de tipo melancólico, es decir, presenta características de persona emocionalmente sensible y con tendencia a un estado de ánimo triste.

Conclusiones:

Personalidad de tipología introversa con indicadores de neuroticismo y temperamento melancólico.

Recomendaciones:

Terapia Cognitiva Conductual

FICHA DE INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Nombre del test:	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Nombre original:	Beck´s Anxiety Inventory
Autor:	Beck y Steer (2011)
Procedencia:	Estados Unidos
Adaptación:	Sanz (2011)
Modo de aplicación:	Individual, adolescentes y adultos desde los 13 años de edad
Tiempo:	5 a 10 minutos
Finalidad:	Medir la sintomatología de la ansiedad y evaluar síntomas cognitivos, emocionales, motores y fisiológicos
Baremación:	La interpretación de las puntuaciones se basa en los puntos de corte, lo cual las divide en 4 clasificaciones. En el caso que el paciente obtenga puntuaciones entre 0 y 7, indicaría un nivel de ansiedad mínimo; si obtiene de 8 a 15 puntos, sería leve; de 16 a 25 sería moderada; y de 26 a 63 grave

INFORME INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Datos de filiación

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria

Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente
Evaluadora	:	Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos

Motivo de evaluación:

Medir la sintomatología de la ansiedad y evaluar síntomas cognitivos, emocionales, motores y fisiológicos.

Técnicas e instrumentos utilizados:

Entrevista psicológica

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Resultados:

Puntaje obtenido: 52, Ansiedad grave

Interpretación:

Paciente presenta trastorno de ansiedad con intensidad grave, experimentando activación fisiológica de tipo: tensión muscular, ansiedad, insomnio, fatiga, temblor de las

manos, sudor de manos y rostro; perturbación emocional: ansiedad, preocupación, miedo, ira, incertidumbre y pensamientos intrusivos; lo cual le genera perturbación en el normal desarrollo de día a día, perjudicando su desenvolvimiento óptimo en las áreas: personal, laboral, de pareja y familia.

Conclusiones:

Ansiedad moderada

Recomendaciones:

Tratamiento psiquiátrico.

Terapia Cognitiva Conductual.

FICHA TECNICA CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAI)

Nombre	:	State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)
Autor	:	C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.
Referencia	:	Consulting Psychologists Press, Polo Alto California
Adaptación	:	Sección de estudios de TEA Ediciones, S.A., Madrid
Administración	:	Individual y Colectiva.
Tiempo	:	15 minutos aproximadamente

INFORME INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGOS (STAID)**Datos de filiación**

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo

Referente : Psiquiatra
Lugar de entrevista : Consultorio on line

Motivo de evaluación:

Evaluar los niveles de Ansiedad estado y rasgo

Técnicas e instrumentos utilizados:

Entrevista psicológica

Test inventario ansiedad estado – rasgo (STAI)

Resultados:

Ansiedad estado = Severo

Ansiedad rasgo = Moderado

Interpretación:

Con relación a la ansiedad de estado, el paciente presenta una condición emocional transitoria de intensidad severa, con alta hiperactividad del sistema nervioso, la cual ocasiona frecuentes e intensa presencia de pensamientos intrusivos de preocupación, así como tensión, miedo, frustración e ira que repercute en su vida diaria.

En relación a la ansiedad rasgo, el paciente presenta una propensión ansiosa relativamente estable de nivel moderado, por lo cual evidencia tendencia a conceptualizar sus vivencias de forma amenazante.

Conclusiones

Condición emocional transitoria en intensidad severa.

Propensión ansiosa relativamente estable de nivel moderado.

Recomendaciones

Terapia Cognitiva Conductual.

Tratamiento Psiquiátrico

FICHA TECNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI II)

Nombre	:	Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).
Autores	:	Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Año de publicación	:	Fue adaptada en Lima por Espinosa E. Ángela (2016).
Administración	:	Colectiva e individual
Tiempo de aplicación	:	10 minutos como máximo
Calificación	:	Se realiza sumando la puntuación directa de las respuestas: <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 9: depresión mínima - De 10 a 16: depresión leve - De 17 a 29: depresión moderada - De 30 a 63: depresión severa

INFORME INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Datos de filiación:

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo.
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente
Evaluadora	:	Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos

Motivo de evaluación:

Identificar intensidad de depresión y síntomas existentes.

Técnicas e instrumentos utilizados:

Entrevista psicológica

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Resultados:

Puntaje obtenido: 23

Depresión moderada

Interpretación:

Paciente presenta depresión en intensidad moderada según resultado de test, sin embargo, no concuerda con los síntomas clínicos manifestados por el mismo durante las sesiones de terapia.

Conclusiones:

Depresión en intensidad moderada.

Recomendaciones:

Aplicación de test de depresión estado – rasgo en un plazo de una semana, toda vez que, de acuerdo a los registros brindados por el paciente, los síntomas clínicos no concuerdan con el resultado del presente test.

FICHA TECNICA INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO – ESTADO (IDERE)

Nombre:	Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)
Autores:	Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R.
Duración:	15 minutos Aplicación:
Público objetivo:	Personas mayores de 15 años
Objetivo:	El IDERE permite obtener el grado depresión como estado y el grado de depresión personal. Tipificación: Adultos supuestamente sanos con diferentes grados de depresión personal, pacientes psiquiátricos y enfermos crónicos.

INFORME INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO – RASGO (STAI)

Datos de filiación

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line

Motivo de evaluación:

Identificar sintomatología de depresión a nivel de estado y rasgo

Técnicas e instrumentos utilizados:

Entrevista psicológica

Test inventario depresión estado – rasgo (STAI)

Resultados:

Depresión estado: 57 puntos, nivel alto.

Depresión rasgo: 23 puntos, nivel bajo

Interpretación:

En relación a la depresión estado, el paciente presenta una condición emocional transitoria de intensidad alta.

En relación a la depresión rasgo, el paciente presenta una propensión depresiva relativamente estable de nivel bajo.

Conclusiones:

Depresión estado en intensidad alta.

Depresión rasgo en intensidad baja.

Recomendaciones:

Continuar con el registro diario de emociones, toda vez que síntomas clínicos no concuerdan con resultados de los dos test de depresión.

TEST PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Autores:	El Test de Pensamientos Automáticos fue desarrollado por Aaron Beck y adaptado por Ruiz y Lujan en el año 1991.
Nombre	Test de pensamientos automáticos
Tiempo de aplicación:	15 minutos
Forma de aplicación:	Individual y colectiva
Población:	A partir de los 15 años
Objetivo:	Hacer una evaluación para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida.
Características de la prueba:	El Test está compuesto por un total de 45 ítems, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> (0) Nunca pienso en eso. (1) Algunas veces lo pienso. (2) Bastantes veces lo pienso. (3) Con mucha frecuencia lo pienso.

INFORME TEST DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS AARON BECK

Datos de filiación:

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente

Evaluadora : Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos

Motivo de evaluación:

Evaluación de pensamientos automáticos.

Técnicas e instrumentos utilizados:

Entrevista psicológica

Test de pensamientos automáticos de Aaron Beck

Resultados:

Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo (04 puntos), Sobre generalización: ¡Siempre fracasaré! (04 puntos), Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mi... (03 puntos), Falacia de justicia: “No hay derecho a...” “Es injusto que...” (03 puntos), Etiqueta global: ¡Qué torpe soy! (06 puntos), Culpabilidad: “Por mi culpa (03 puntos) y Debería (04 puntos).

Interpretación:

El evaluado presenta pensamiento automático del tipo: *Generalización*; cuando verbaliza: “Ni la familia es confiable”, “Desconfío de todos”, “No volveré nunca más a hacer una inversión”; mediante el cual extrae una conclusión general desde el análisis de una experiencia.

El evaluado presenta pensamiento automático del tipo: *Debería*; cuando verbaliza: “En la familia no debería haber traiciones”, “La familia debe ser confiable”, ¿Cómo puede M ir por la vida como si nada, acaso no se da cuenta del tremendo perjuicio que me ha generado?, “No entiendo cómo esa gente puede ir por la vida, así, como si nada”; debido que establece exigencia de cómo las personas deben ser o actuar

Evaluado presenta pensamiento automático de tipo: *Filtraje*, cuando verbaliza: “No tengo ingresos fijos, todo es tan incierto”; debido a que toma los detalles negativos y los magnifica, mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación.

El evaluado presenta pensamiento automático de tipo Culpabilidad, cuando verbaliza: “Le he fallado a mi esposa”, “Todo esto es mi culpa”, “Estoy tirando mi dinero a la basura”;

debido a que sostiene que los demás son responsables de su sufrimiento, y/o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos.

El evaluado presenta pensamiento automático de tipo: Interpretación del pensamiento, cuando verbaliza: “Mi esposa me va a dejar”, “Mi esposa debe pensar que soy un idiota”, “He quedado mal frente a mi esposa”, “M sabía que mi situación económica no era buena”; toda vez que, sin haber previamente conversado con otras personas, creen saber lo que estos piensan o sienten y la razón por la cual se comportan de determinada manera.

El evaluado presenta pensamiento automático de tipo: Etiqueta global, cuando verbaliza: “Soy un imbécil, tarado, tonto, descerebrado”, ¿Cómo me dejé engañar así?, “Me vio la cara de idiota”, “Me doy cólera”, “Siento vergüenza de mí”, “Estoy decepcionado de mí”; debido a que realiza un juicio negativo global a partir de una o dos cualidades o situaciones.

Evaluado presenta pensamiento automático de tipo: Falacia de justicia, cuando verbaliza: “Deseo que le pase algo malo”; toda vez que manifiesta resentimiento debido a que han vulnerado sus derechos y exige que la justicia le sea restituida pese a que los demás no están de acuerdo o no lo creen necesario o conveniente.

Conclusiones:

Presencia de los pensamientos automáticos: Filtraje, Generalización, Interpretación del pensamiento, Falacia de justicia, Etiqueta global, Culpabilidad y Debería; los cuales le generan sufrimiento emocional.

Recomendaciones:

Terapia cognitiva conductual

FICHA TECNICA REGISTROS DE OPINIONES – FORMA A

Nombre:	Registro de Opiniones, forma A
Autores	Martha Davis et al
Año:	1982, 1987 (versión modificada), 2009
Objetivos:	Poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad.
Forma de aplicación:	Poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad.
Duración:	Aproximadamente 20min.
Ámbito de aplicación:	Adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado un año de Instrucción secundaria.
Principales usos:	Dentro de un contexto psicoterapéutico con técnicas racional-emotivas y con fines de investigación.
Validado por:	Percy Guzmán, Psicólogo Peruano del Hospital Nacional Hipólito Unanue. en el 2009 valida el registro de opiniones para el contexto peruano. Reduciéndolo a 6 creencias irracionales, con 65 ítems. Creencia irracional; Es un esquema mental, según Ellis y Harper, presentan las siguientes características.
Definición del constructo:	<ul style="list-style-type: none"> • Se basan a opiniones subjetivas antes que, en hechos objetivos, derivando en una percepción inadecuada de la realidad. • Ponen el riesgo el bienestar y la seguridad personal. • Impiden el progreso hacia las propias metas. • Llevan a experimentar con frecuencia un malestar interno mayor que el que es dable tolerar con comodidad. • Producen innecesarios conflictos con otros miembros de la comunidad.

INFORME DE REGISTRO DE OPINIONES

Datos de filiación:

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente
Evaluadora	:	Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos

Motivo de evaluación:

Evaluación de creencias irracionales

Técnicas e instrumentos aplicados:

Entrevista psicológica

Registro de Opiniones Forma A (adaptado)

Resultados

Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno. (5 Puntos); Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles (07 puntos); Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada (06 puntos); Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran (04 puntos); La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos

(03 puntos) y Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando (04 puntos).

Interpretación:

Paciente presenta pensamiento distorsionado de tipo: *Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles*; cuando verbaliza: “Soy un imbécil, un tarado, un tonto, un descerebrado”, ¿Cómo me dejé engañar así?, “Me vio la cara de idiota”, “Me doy cólera”, “Siento vergüenza de mi”, “Todo esto es mi culpa”, “Le he fallado a mi esposa, un día mi esposa me abandonará”.

Paciente presenta pensamiento distorsionado de tipo: *Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada*; cuando verbaliza: “Deseo que le pase algo malo”.

Paciente presenta pensamiento distorsionado de tipo: *Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran*; cuando verbaliza: “En la familia no debería haber traiciones”, “La familia debe ser confiable”, ¿Cómo puede M ir por la vida como si nada, acaso no se da cuenta del tremendo perjuicio que me ha generado?

Conclusiones:

El examinado presenta las siguientes creencias irracionales:

- B** = Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.
- C** = Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.
- D** = Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.

Recomendaciones

Terapia Cognitiva Conductual

2.4.4 *Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones (para el usuario o paciente y familia).*

INFORME PSICOLOGICO

Datos de filiación:

Apellidos y nombres	:	X. X. GEORGE
Edad	:	44 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Trujillo, 20 enero del 1977
Grado de instrucción	:	Superior universitaria
Ocupación	:	Abogado
Domicilio	:	San Miguel
Estado civil	:	Casado
Hijos	:	01, niña de 6 años de edad
Religión	:	Católica
Vive con	:	Sólo
Referente	:	Psiquiatra
Lugar de entrevista	:	Consultorio on line
Informante	:	Paciente
Evaluadora	:	Lic. Liliana Sharon Solórzano Llanos

Motivo de evaluación:

Paciente refiere estar atravesando por una situación muy estresante como consecuencia de haber perdido una fuerte cantidad de dinero que entregó a “M” (un conocido de la familia) para invertirlo en un negocio, sin embargo, “M” lo estafó y se niega a devolverle el dinero, motivo por el cual el paciente se encuentra muy preocupado, no puede dormir, le duele mucho la cabeza, se siente nervioso y se desespera; toda esta situación le trajo graves problemas porque lo despidieron de su trabajo debido a que su rendimiento laboral bajó, adicional a ello, tiene continuas discusiones con su esposa y la situación en casa se volvió muy tensa.

Observaciones generales:

Paciente varón que aparenta su edad cronológica. Orientado en persona, tiempo y espacio. Su vestimenta y aliño se encuentran conservados. Viste de acuerdo a la estación del año que corresponde al lugar donde reside. Se evidencia sobrepeso.

Al momento de hablar, su diálogo es coherente en relación al tema que se está tratando. Asimismo, su diálogo es pausado, volumen medio, el cual se torna rápido y hace uso de jergas y lenguaje coprolálico cuando se refiere a la persona que lo estafó (M) y respecto de sí mismo, debido a que siente mucha culpa por haber perdido el dinero y su lenguaje corporal manifiesta concordancia en relación a las emociones intensas que expresa (ira, cólera, vergüenza, decepción, vergüenza, miedo, tristeza, entre otros).

Se observa que por momentos desea llorar, pero reprime el llanto, sus ojos se llenan de lágrimas, disimuladamente se limpia los ojos y luego suspira. Cuando se expresa en relación a la fuerte deuda que tiene con el banco se observa que le suda la frente, luego se frota las manos haciendo presión en ellas.

Durante todo el proceso se mostró bastante colaborador, cumplió con todas las indicaciones que se le brindó, así también cumplió con llenar los registros de pensamientos que se le solicitó.

Batería de test utilizados:

- Cuestionario de Personalidad e Eysenk (CPE)
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Cuestionario de Ansiedad Estado – rasgo (STAI)
- Inventario de Depresión de Beck
- Cuestionario de Depresión Estado – rasgo (STAI)
- Test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck
- Test de Registros de Opiniones de Albert Ellis

Análisis de Resultados:

Paciente presenta personalidad con tendencia a la introversión, es decir, tiende a ser retraído socialmente, reservado, disfruta más de las actividades intelectuales que las actividades prácticas, suele pensar antes de actuar, planificar sus actos, ser autocontrolado y ordenado. Presenta tendencia a la inseguridad, sentimientos de ansiedad, timidez e irritabilidad, lo cual lo predispone a desarrollar síntomas sicosomáticos, alto grado de estrés y depresión. Se sabe además que se adapta a las reglas sociales, mostrando un buen grado de interacción social, solidario, responsable, respetuoso de las reglas, afectuoso, sensible al dolor ajeno. Así mismo presenta temperamento de tipo melancólico, es decir, posee características de inestabilidad e introversión.

Paciente presenta ansiedad con intensidad grave, experimentando activación fisiológica (Tensión muscular, insomnio, fatiga, temblor de las manos, sudor de manos y rostro), perturbación emocional (preocupación, miedo, ira, incertidumbre y pensamientos intrusivos), los cuales interfieren con el normal desarrollo de su día a día, perjudicando su desenvolvimiento óptimo en las áreas: personal, laboral, de pareja y familia. En relación al resultado del test de Ansiedad Estado/Rasgo de STAI, el paciente presenta una condición emocional transitoria de intensidad severa, con alta hiperactividad del sistema nervioso, el cual ocasiona la frecuente presencia de pensamientos intrusivos de preocupación, tensión, miedo, frustración, ira, entre otros, que repercute en su vida diaria. En relación a la ansiedad rasgo, el paciente presenta una propensión ansiosa relativamente estable de nivel moderado, por lo cual evidencia tendencia a conceptualizar sus vivencias de forma amenazante.

En relación con el área afectiva, el paciente presenta un nivel de depresión moderado, sin embargo, a criterio clínico, no presenta sintomatología compatible con un cuadro depresivo.

Con relación al Test de Depresión Estado/Rasgo (STAI), el paciente presenta una condición emocional transitoria de intensidad alta. En relación a la depresión rasgo, el paciente presenta una propensión depresiva relativamente estable de nivel bajo.

El evaluado presenta pensamiento automático del tipo: *Generalización*; cuando verbaliza: “Ni la familia es confiable”, “Desconfío de todos”, “No volveré nunca más a hacer una inversión”; mediante el cual extrae una conclusión general desde el análisis de una

experiencia. El evaluado presenta pensamiento automático del tipo: *Debería*; cuando verbaliza: “En la familia no debería haber traiciones”, “La familia debe ser confiable”, ¿Cómo puede M ir por la vida como si nada, sin sentir remordimiento, ¿acaso no se da cuenta del tremendo perjuicio que me ha generado?, “No entiendo cómo esa gente puede ir por la vida, así, como si nada”; mostrándose exigente en relación a la forma cómo las personas deben ser o actuar.

Evaluado presenta pensamiento automático de tipo: *Filtraje*, cuando verbaliza: “No tengo ingresos fijos, todo es tan incierto”; debido a que toma los detalles negativos y los magnifica, mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. El evaluado presenta pensamiento automático de tipo Culpabilidad, cuando verbaliza: “Le he fallado a mi esposa”, “Todo esto es mi culpa”, “Estoy tirando mi dinero a la basura”; debido a que sostiene que los demás son responsables de su sufrimiento, y/o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos. El evaluado presenta pensamiento automático de tipo: Interpretación del pensamiento, cuando verbaliza: “Mi esposa me va a dejar”, “Mi esposa debe pensar que soy un idiota”, “He quedado mal frente a mi esposa”, “M sabía que mi situación económica no era buena”; toda vez que, sin haber previamente conversado con otras personas, creen saber lo que estos piensan o sienten y la razón por la cual se comportan de determinada manera. El evaluado presenta pensamiento automático de tipo: Etiqueta global, cuando verbaliza: “Soy un imbécil, tarado, tonto, descerebrado”, ¿Cómo me dejé engañar así?, “Me vio la cara de idiota”, “Me doy cólera”, “Siento vergüenza de mí”, “Estoy decepcionado de mí”; debido a que realiza un juicio negativo global a partir de una situación. Evaluado presenta pensamiento automático de tipo: Falacia de justicia, cuando verbaliza: “Deseo que le pase algo malo”; debido a que la persona manifiesta resentimiento porque han vulnerado sus derechos y exige que la justicia le sea restituida pese a que los demás no están de acuerdo o no lo creen necesario o conveniente.

En cuanto al Registro de opiniones, el examinado presenta las creencias irracionales tales como; Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles; ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles; y, la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada y Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.

Conclusiones:**Personalidad**

Paciente con personalidad de tipología introversa, presenta temperamento de tipo melancólico, con ajuste social y predisposición a reaccionar de forma ansiosa ante situaciones que interpreta como amenazantes.

Pensamiento

Paciente presenta pensamientos automáticos: Filtraje, Generalización, Interpretación del pensamiento, Falacia de justicia, Etiqueta global, Culpabilidad y Debería. Así mismo, paciente presenta los siguientes pensamientos distorsionados: 1) Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles, 2) Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada/castigada y 3) Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran; los cuales generan perturbación a nivel emocional, afectivo, fisiológico y conductual.

Emocional

En relación a esta área, el paciente presenta altos de niveles de ansiedad, preocupación, incertidumbre, culpa, ira, deseos de venganza, frustración, miedo, decepción, estrés; los cuales vienen perturbando el normal desarrollo de su día a día.

Afectiva

En el área afectiva, no presenta sintomatología depresiva.

Diagnóstico

Trastorno de Ansiedad específica (F.41.8)

Recomendaciones

Tratamiento psiquiátrico

Terapia Cognitiva Conductual

2.5 Intervención

2.5.1. *Objetivos*

Objetivo General

- Disminuir en el paciente la sintomatología ansiosa, lo cual le permitirá volver a disfrutar a plenitud de su vida personal, familiar, laboral y de pareja.

Objetivos específicos

- Brindar psicoeducación al paciente en relación a su diagnóstico (Ansiedad), explicando: concepto de ansiedad, tipos (saludable y patológica), etiología, manifestación de la ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico, emocional, conductual), a fin de que el paciente refuerce la conciencia de su estado de salud actual y se adhiera al tratamiento, lo cual contribuirá en el éxito del proceso terapéutico.
- Brindar Psicoeducación y entrenamiento al paciente en relación a la técnica de relajación muscular de Jacobson (utilidad de la técnica, finalidad y forma de ejecutarla).
- Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y brindar psicoeducación y entrenamiento en el llenado del registro de ejecución.
- Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución.
- Brindar psicoeducación y entrenamiento en las técnicas de detección del pensamiento y técnica de distracción, a fin de reducir la presencia de pensamientos intrusivos que generan perturbación y malestar emocional al paciente.

- Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador.
- Brindar psicoeducación al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 1/2), explicando cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional.
- Brindar psicoeducación al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 2/2), explicando cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional.
- Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Filtraje, y Generalización.
- Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Interpretación del pensamiento y falacia de justicia.
- Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Etiqueta global, Culpabilidad y Debería.
- Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados: *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” y “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”*.
- Brindar Psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones y Solución de Problemas.

- Brindar Psicoeducación y entrenamiento en Comunicación Asertiva.
- Realizar el seguimiento y prevención de recaídas.

2.5.2. Plan de intervención

Fase 1: evaluación

Sesión 1: Entrevista psicológica y aplicación del Inventario de Ansiedad e Inventario de Depresión de Aaron Beck

Sesión 2: Aplicación de test de Personalidad de Eysenck, y Test de Ansiedad estado – rasgo (STAD); Tarea para casa: auto registros emocionales y entrevista psicológica.

Sesión 3: Aplicación de test de Depresión estado – rasgo (IDERE) y entrevista psicológica.

Sesión 4: Aplicación de test de pensamientos automáticos de Aaron Beck y Test de Registros de Opiniones de Albert Ellis y entrevista psicológica.

Fase 2: intervención

Sesión 5: Psicoeducación en Ansiedad: concepto, tipos (saludable y patológica), etiología, manifestación de la ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico, emocional, conductual).

Sesión 6: Psicoeducación y entrenamiento en la técnica de relajación muscular de Jacobson (utilidad de la técnica, finalidad y forma de ejecutarla).

Sesión 7: Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y psicoeducación y entrenamiento en el llenado del registro de ejecución

Sesión 8: Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución

Sesión 9: Psicoeducación y entrenamiento en las técnicas de detección del pensamiento y técnica de distracción, a fin de reducir la presencia de pensamientos intrusivos que generan perturbación y malestar emocional al paciente

Sesión 10: Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador

Sesión 11: Psicoeducación en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 1/2), y cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional

Sesión 12: Psicoeducación en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 2/2), y cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional.

Sesión 13: Reforzar aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Filtraje, y Generalización

Sesión 14: Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Interpretación del pensamiento y falacia de justicia.

Sesión 15: Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Etiqueta global, Culpabilidad y Debería.

Sesión 16: Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados: *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” y “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”*.

Sesión 17: Psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones.

Sesión 18: Psicoeducación y entrenamiento en la habilidad social Comunicación Asertiva

Sesión 19: Psicoeducación y entrenamiento en Solución de problemas.

Fase 3: seguimiento

Sesión 20: Sesiones de seguimiento

Sesión 21: Sesiones de seguimiento

Sesión 22: Sesiones de seguimiento

Sesión 23: Sesiones de seguimiento

2.5.3. Programa de intervención

Sesión 5:

Objetivos

Brindar psicoeducación al paciente en relación a su diagnóstico (Ansiedad), explicando: concepto de ansiedad, tipos (saludable y patológica), etiología, manifestación de la ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico, emocional, conductual), a fin de que el paciente refuerce la conciencia de su estado de salud actual y se adhiera al tratamiento, lo cual contribuirá en el éxito del proceso terapéutico.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Visualización de video

Refuerzo positivo social.

Retroalimentación.

Descripción de la sesión

Se dio inicio a la sesión dando la bienvenida al paciente, quien manifestó sentirse expectante y con mucho interés de aprender y mejorar, así mismo mencionó que ama mucho a su familia y lo que más desea es recuperar su tranquilidad.

Se procedió a preguntar al paciente cuánto conoce en relación a la ansiedad, a fin de conocer la cantidad y calidad de información que el paciente tiene sobre el tema, así como identificar la posible presencia de mitos en relación al mismo.

Posteriormente, se procedió a presentar video:

<https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuales-son-los-sintomas-de-la-ansiedad/>,

Se aplicó técnica denominada “Diálogo expositivo” cuando se psico educó al paciente en relación con la ansiedad, explicando: concepto de ansiedad, tipos (saludable y patológica), etiología y manifestación de la ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico, emocional, conductual).

Se aplicó técnicas denominadas: comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación cuando se le pidió al paciente su opinión/comentario al respecto de la explicación brindada y el video visualizado, ante lo cual el paciente manifestó: “Me siento identificado con los síntomas del personaje del video y con lo que usted expuso en ppt”, “No sabía que la ansiedad podía generar tantas repercusiones en la salud de las personas, me apena haber esperado tanto para buscar ayuda, pero por otro lado me alegra saber que por fin ya está en camino mi recuperación”; acto seguido se absolvió dudas del paciente y se procedió a reforzar el aprendizaje.

Finalmente, se aplicó refuerzo positivo social (elogios), por la voluntad y buena disposición que manifestó el paciente en relación a su deseo de mejorar y estar bien, para poder seguir con su vida y volver a tener paz y tranquilidad, así como por su disposición manifiesta de realizar todas las indicaciones que la evaluadora le brinde.

Conclusiones

Se logró objetivos.

Sesión 6:**Objetivos**

Bridar Psicoeducación al paciente en relación a la técnica de relajación muscular de Jacobson (utilidad de la técnica, finalidad y forma de ejecutarla).

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Modelamiento

Moldeamiento

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Es importante mencionar que en la primera sesión se le consultó al paciente si padecía de alguna dolencia muscular o física, a lo cual el paciente respondió negativamente, motivo por el cual, la evaluadora eligió la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson como herramienta terapéutica apropiada para ayudar a reducir la sintomatología fisiológica originada por la ansiedad.

En ese sentido, en la segunda sesión inició dando la bienvenida al paciente, acto seguido se aplicó dialogo expositivo realizando una breve introducción sobre la Técnica de Relajación de Jacobson, indicándosele al paciente que, la técnica se desarrolla de forma simple en 2 pasos, el primer paso consiste en aplicar tensión de forma deliberada en los músculos del cuerpo, trabajándolos por grupos, y el segundo paso consiste en liberar la tensión que fue inducida,

dirigiendo nuestra atención a la agradable sensación que nos proporciona la relajación. Para ello se le pidió al paciente que se ubicará en el lugar tranquilo, silencioso y confortable de su casa, de preferencia con luz tenue y usando ropa cómoda.

Se aplicó técnica de modelamiento cuando la evaluadora procedió a realizar el ejemplo práctico del desarrollo de la técnica de relajación muscular, paciente observó el proceso.

Se aplicó técnica del moldeamiento cuando evaluadora pidió al paciente realizar la técnica de relajación muscular, evaluadora observó el proceso y brindó reforzamiento en los aspectos que se consideró necesario, a fin de lograr el desarrollo óptimo del mismo.

Se aplicó técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación en todo momento en el que el paciente realizó preguntas, manifestó su opinión y grado de satisfacción en relación al uso de la técnica, de la cual el paciente manifestó que le fue muy positiva.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender.

Se pidió al paciente realizar la técnica en las siguientes oportunidades: dos veces al día y/o cuando haya experimentado mucha ansiedad y/o cuando sabe que se va a exponer a una situación que le generará mucha ansiedad.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 7:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson, así como psico educar y entrenar al paciente en el llenado del registro de ejecución.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Moldeamiento

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Se hizo uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación cuando se le pidió al paciente comentar su experiencia en el uso de la técnica de relajación muscular progresiva y así mismo que comente en qué situaciones las usó. Paciente mencionó que no tuvo mucho tiempo para realizar la técnica dos veces al día, que por lo tanto la realizó solo un par de veces, sobre todo cuando se sintió muy ansioso pensando en la deuda con el banco y el temor de que su esposa lo abandone por haber perdido dinero, mencionó que la técnica lo ayudó a tranquilizarse.

Se hizo uso del diálogo expositivo cuando la evaluadora procedió a explicar al paciente la forma cómo evaluaría la intensidad emocional, para ello se utilizó la escala SUD y el termómetro de las emociones.

Posteriormente, se psicoeducó y entrenó al paciente en el llenado de la ficha de registro de relajación muscular.

Se aplicó técnica del moldeamiento cuando se pidió al paciente realizar la técnica de relajación muscular, evaluadora observó el proceso y brindó reforzamiento en los aspectos que se consideró necesario a fin de lograr el desarrollo óptimo del mismo.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender.

Se hizo uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación al paciente, para aclarar dudas en torno a la ejecución de la técnica de relajación muscular y el correcto llenado de la ficha de registro. Paciente comentó haber entendido todo lo explicado.

Se pidió al paciente realizar la técnica en las siguientes oportunidades: dos veces al día y/o cuando haya experimentado mucha ansiedad y le cuesta tranquilizarse y/o cuando sabe que se va a exponer a una situación que le generará mucha ansiedad y ejecutar el registro respectivo.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 8:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro de ejecución.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Moldeamiento

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Se hizo uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación cuando se le pidió al paciente comentar su experiencia en el uso de la técnica de relajación muscular progresiva y así mismo comentar en qué situaciones las usó.

Paciente mencionó que en esta oportunidad si realizó la ejecución de la técnica y su respectivo registro, asimismo manifestó que ha comenzado a dormir sin interrupción y se siente menos cansado y más optimista en relación a su recuperación,

Paciente entregó a la evaluadora el registro de las ejecuciones realizadas. Evaluadora observó el registro y le preguntó al paciente cuales fueron los pensamientos que

desencadenaron la ansiedad, paciente respondió y evaluadora tomó nota a fin de usarlos como referentes para la terapia TREC.

Paciente mencionó a evaluadora que, si bien la técnica le ayuda a relajarse, existen momentos varios en los cuales no puede dejar de pensar y sentirse muy ansioso, los pensamientos recurrentes son: creer que su esposa lo abandonará por haber perdido dinero y temor de no juntar dinero suficiente para cubrir sus deudas mensuales, las cuales se incrementan conforme se acerca fin de mes. Evaluadora comentó al paciente que en la siguiente sesión se le brindará las pautas necesarias para manejar los pensamientos intrusivos.

Se aplicó técnica del moldeamiento cuando se pidió al paciente realizar la técnica de relajación muscular y el registro de la ejecución de la técnica en la ficha respectiva, evaluadora observó el proceso y brindó reforzamiento en los aspectos que se consideró necesario a fin de lograr el desarrollo óptimo del mismo.

Se hizo uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, para aclarar dudas en torno a la ejecución de la técnica de relajación muscular y el correcto llenado de la ficha de registro. Paciente comentó haber entendido todo lo explicado.

Se reiteró al paciente la importancia de realizar la técnica en las siguientes oportunidades: dos veces al día y/o cuando haya experimentado mucha ansiedad y le cuesta tranquilizarse y/o cuanto sabe que se va a exponer a una situación que le generará mucha ansiedad; y, en cualquiera de esas circunstancias es importante realizar el registro respectivo.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 9:**Objetivos**

Brindar psicoeducación y entrenamiento en las técnicas de detección del pensamiento y técnica de distracción, a fin de reducir la presencia de pensamientos intrusivos que generan perturbación y malestar emocional al paciente.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Modelamiento

Moldeamiento

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Se hizo uso del diálogo expositivo para brindar psicoeducación al paciente en relación con los pensamientos intrusivos que le generan perturbación y malestar emocional, así como el uso de la técnica de detención de pensamientos y distracción.

Acto seguido, se procedió a la visualización del siguiente video para la detección del pensamiento: <https://www.youtube.com/watch?v=E4WvZgo2AQ4>

Asimismo, para efectos de apoyar la eficacia de la técnica de la detección del pensamiento, se visualizó el siguiente video instructivo sobre técnicas de distracción de

pensamientos intrusivos, lo cuales se aplicarán a manera de apoyo:

<https://www.youtube.com/watch?v=aCGUzTvOYtc> .

Mediante el uso de la técnica de modelamiento, se procedió a realizar un ejemplo de la forma cómo se debe aplicar las técnicas de detección del pensamiento y técnica de distracción del pensamiento. La evaluadora desarrolló el ejemplo verbalizando todo el proceso en voz alta, para una mejor comprensión del paciente.

Mediante el uso de moldeamiento, la evaluadora observó el desarrollo de la ejecución de la técnica y brindó retroalimentación en los aspectos de la técnica que consideró necesarios. Paciente desarrolló el ejercicio verbalizando todo el proceso en voz alta, a fin de que la evaluadora pueda observar objetivamente el mismo.

Mediante las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, la evaluadora procedió a consultar la experiencia del paciente en relación a las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador, así como absolver sus dudas.

Al respecto, paciente adicionó que ha experimentado que el pensamiento intrusivo perturbador se detuvo, es decir, es consciente de que está presente, pero no evoca, lo cual le permite estar tranquilo y sereno. Paciente se muestra contento.

Se hizo la revisión de la ficha de registros de ejecución de la técnica de relajación muscular y se pudo apreciar que el paciente ha cumplido con realizarla. Así mismo se evidencia efectividad de la técnica en la reducción significativa de ansiedad a nivel fisiológico.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender. Así mismo se

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 10:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje práctico de la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador.

Técnicas utilizadas

Moldeamiento

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Se inició sesión consultando al paciente su experiencia en la ejecución de las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador, a lo cual el paciente comentó que lo estuvo practicando. Con relación al uso de las técnicas de distracción, no llegó a usarlas y le gustaría que lo practicáramos hoy.

Evaluadora indicó al paciente que puede usar cualquiera de los pensamientos elaborados en la lista como alternativas de distracción luego de haber ejecutado la técnica de relajación muscular.

Mediante el uso de moldeamiento, la evaluadora observó al paciente ejecutar las técnicas de detección del pensamiento y distracción, paciente ejecutó la técnica verbalizando todo el proceso en voz alta, a fin de que la evaluadora pueda observar objetivamente el mismo.

Mediante las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, la evaluadora procedió a consultar la experiencia del paciente en relación a las técnicas de detención y distracción del pensamiento intrusivo perturbador, así como absolver sus dudas.

Al respecto, paciente mencionó que ha sentido que el pensamiento intrusivo se detuvo y se siente más tranquilo y relajado, a continuación, el paciente hizo uso de la técnica de distracción comentando el pensamiento 1 de la lista de (pensamientos agradables).

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por la buena ejecución de la técnica por parte del paciente y su empeño por aprender. Así mismo se

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 11:**Objetivos**

Brindar psicoeducación al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 1/2), así mismo se explicó cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Visualización

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 1/2), La cual se realizó mediante la técnica de diálogo expositivo.

Así mismo, durante el proceso de psicoeducación, se desarrolló las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación para aclarar dudas al paciente. Finalmente se presentó video para fortalecer la comprensión del tema.

Mediante las técnicas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, la evaluadora procedió a absolver dudas del paciente. Finalmente, se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por haber participado activamente en el proceso de psicoeducación, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 12:**Objetivos**

Brindar psicoeducación al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 2/2), así mismo se explicó cómo el alto grado de prevalencia predispone a las personas a presentar permanentes estados de perturbación emocional.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo

Visualización

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Se inició la sesión brindando la psicoeducación al paciente en el tema: introducción a la Terapia de Reestructuración de Pensamientos Distorsionados - TREC (Parte 2/2), La cual se realizó mediante la técnica de diálogo expositivo.

Así mismo, durante el proceso de psicoeducación, se desarrolló las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación para aclarar dudas al paciente. Finalmente se presentó video para fortalecer la comprensión del tema.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) por haber participado activamente en el proceso de psicoeducación, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 13:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Filtraje, y Generalización.

Técnicas utilizadas

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos que el mismo presenta como resultado de la aplicación del test de pensamientos automáticos de Beck. Se trabajó los pensamientos: Filtraje, y Generalización.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 14:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Interpretación del pensamiento y falacia de justicia.

Técnicas utilizadas

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos que el paciente presenta: Interpretación del pensamiento y falacia de justicia.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 15:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos automáticos: Etiqueta global, Culpabilidad y Debería.

Técnicas utilizadas

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos: Etiqueta global, Culpabilidad y Debería.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 16:**Objetivos**

Reforzar el aprendizaje y ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva aplicado a los pensamientos distorsionados: *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”*, *“Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”* y *“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”*.

Técnicas utilizadas

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a practicar con el paciente la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados: *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”*, *“Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”* y *“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”*.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se

reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 17:**Objetivos**

Psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo.

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a desarrollar la psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones y Solución de Problemas.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción. Asimismo, se revisó y evaluó la práctica de la reestructuración cognitiva y técnica de relajación muscular progresiva, las cuales evidencian una importante reducción de la ansiedad.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 18:**Objetivos**

Brindar psicoeducación y entrenamiento en Comunicación Asertiva.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo.

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a desarrollar la psicoeducación y entrenamiento en Comunicación Asertiva.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción. Asimismo, se revisó y evaluó la práctica de la restructuración cognitiva y técnica de relajación muscular progresiva, las cuales presentan un buen manejo de la técnica y una importante reducción de los niveles de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y conductual.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesión 19:**Objetivos**

Psicoeducación y entrenamiento en Solución de Problemas.

Técnicas utilizadas

Diálogo expositivo.

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió a desarrollar la psicoeducación y entrenamiento en Toma de Decisiones y Solución de Problemas.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo también se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y distracción. Asimismo, se revisó y evaluó la práctica de la restructuración cognitiva y técnica de relajación muscular progresiva, las cuales evidencian una importante reducción de la ansiedad.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

Sesiones 20, 21, 22 y 23:**Objetivos**

Realizar el seguimiento al estado emocional del paciente.

Técnicas utilizadas

Escucha activa.

Comunicación asertiva.

Retroalimentación

Refuerzo positivo social

Descripción de la sesión

Mediante el uso de las técnicas de escucha activa, comunicación asertiva y retroalimentación, se procedió realizar el seguimiento de la forma cómo el paciente viene reestructurando los pensamientos automáticos y distorsionados, así también se procedió a evaluar el aprendizaje de las habilidades sociales: Comunicación Asertiva, Toma de Decisiones, Solución de Problemas y la ejecución de las técnicas de relajación muscular progresiva y de distracción.

Se observa notable reducción de la ansiedad en las áreas: fisiológica, cognitiva, emocional y conductual.

Se aplicó técnica de refuerzo positivo (elogio) al paciente por haber participado activamente en el proceso, dando ejemplos y compartiendo opiniones. Así mismo se reforzó positivamente el cumplimiento de la ejecución de todas las técnicas aprendidas.

Paciente manifiesta sentirse muy satisfecho con el trabajo terapéutico que se viene realizando pues cada vez se siente más estable emocionalmente y disfruta más de su familia y se ha perdonado a si mismo por los errores cometidos, indicando que le dejan mucho aprendizaje y eso es lo más importante.

Conclusiones.

Se logró objetivos.

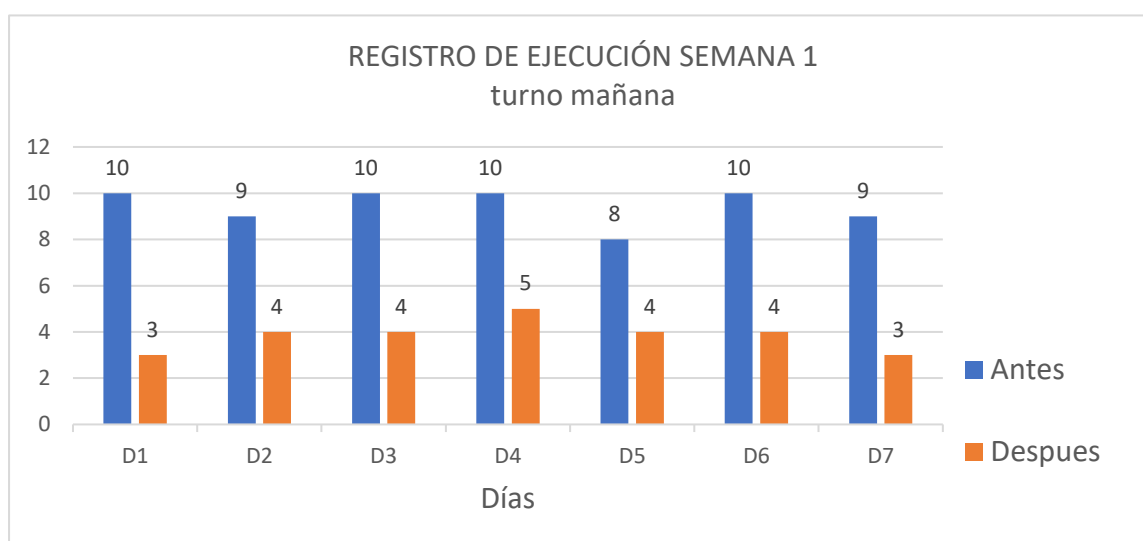
III. RESULTADOS

3.1 Resultados pre y post intervención

Ejecución técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, semana por semana:

Figura 1

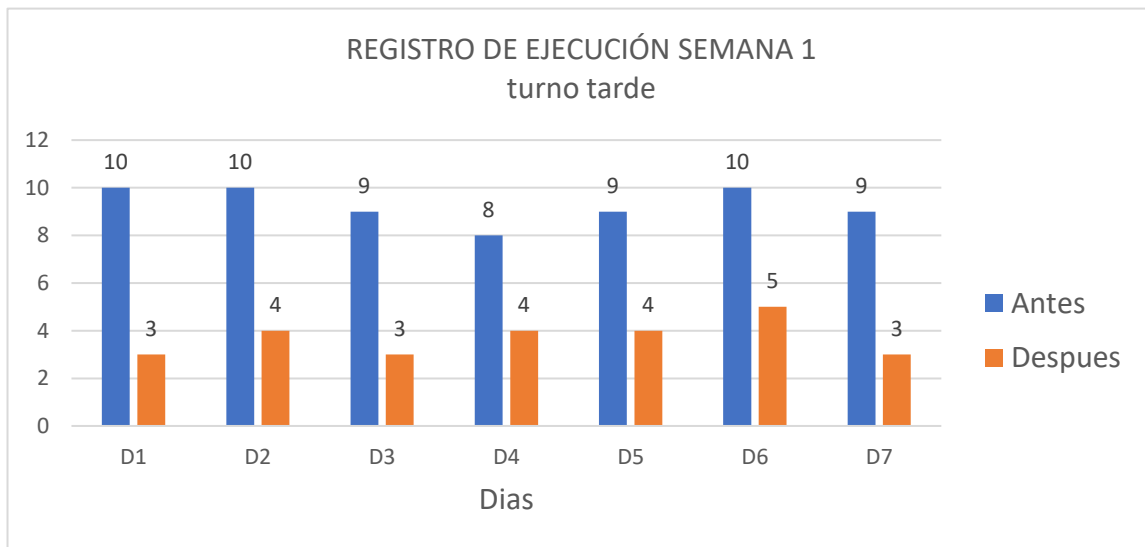
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 1, turno mañana



Nota: La figura 1 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la primera semana en el turno de la mañana. El cual nos permite determinar que el promedio del SUD inicial fue 9, el cual se redujo a 4 luego haber ejecutado la técnica.

Figura 2

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 1, turno tarde

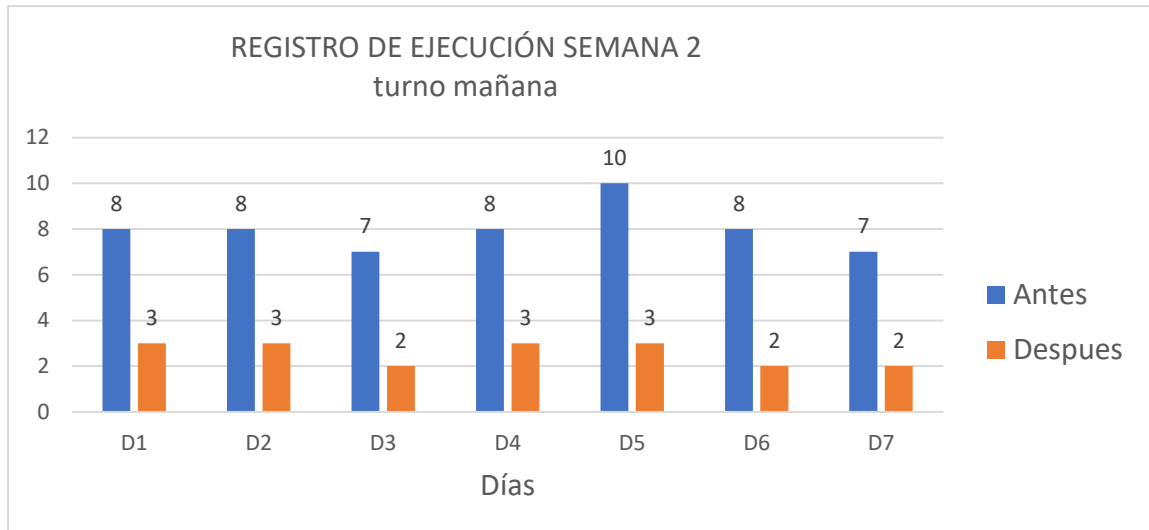


Nota: La figura 2 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la primera semana en el turno de la noche. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUD inicial fue 9, el cual se redujo al 4 luego haber ejecutado la técnica.

Se concluye que en la primera semana el SUD de ambos turnos es igual de intenso al inicio y se reduce también en igual intensidad después de haber ejecutado la técnica.

Figura 3

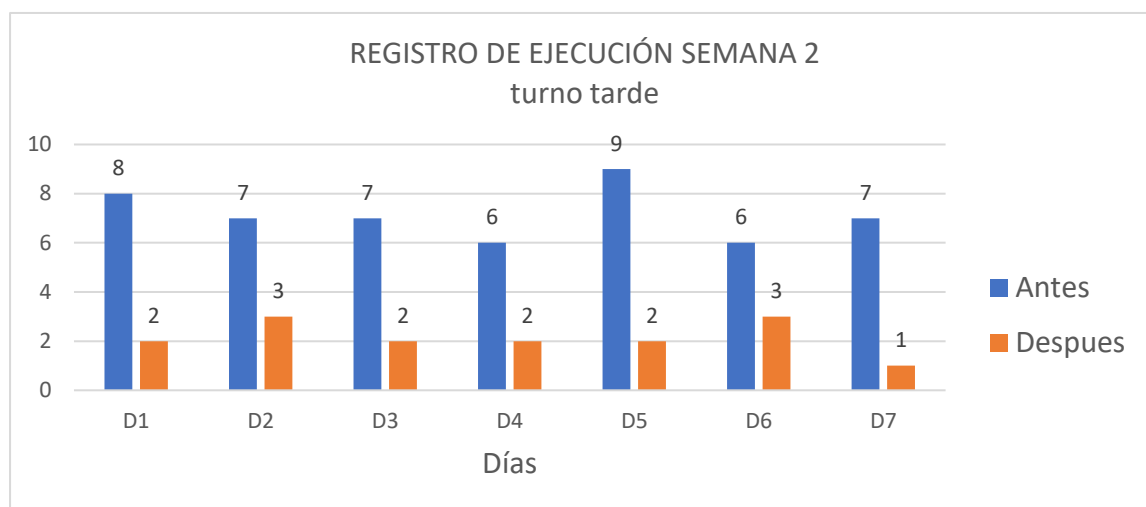
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 2, turno mañana



Nota: La figura 3 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la segunda semana en el turno de la mañana. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUD inicial fue 8, el cual se redujo a 3 luego haber ejecutado la técnica.

Figura 4

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 2, turno tarde

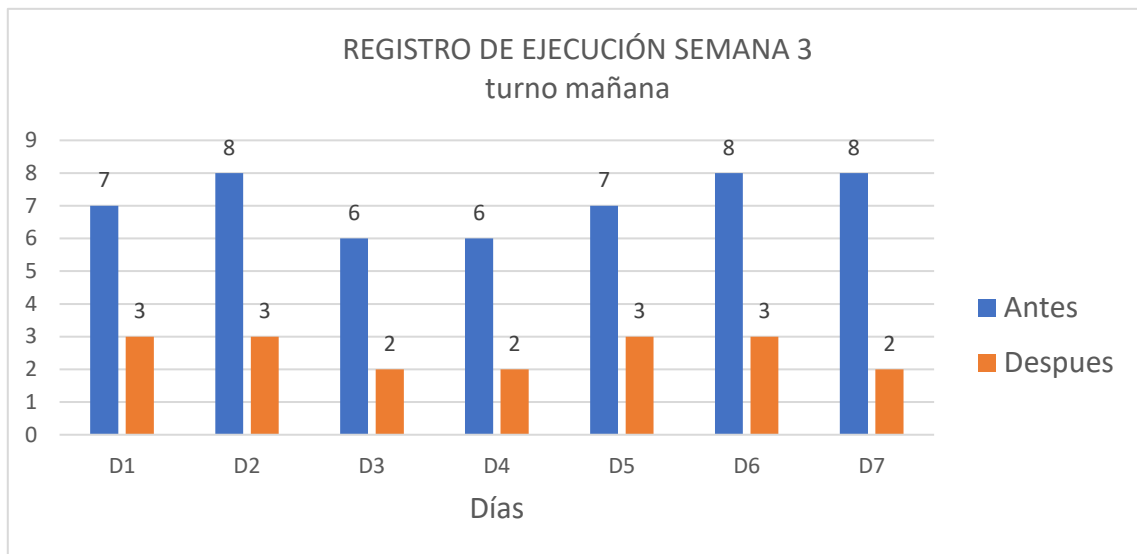


Nota: la figura 4 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la segunda semana en el turno de la noche. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUD inicial fue 7, el cual se redujo a 2 luego haber ejecutado la técnica.

Se concluye que la intensidad del SUD inicial de la segunda semana (en ambos turnos) fue menor a la de la primera semana. Así mismo, respecto a la segunda semana, el SUD inicial y posterior del turno de la mañana, es menor al SUD del turno noche.

Figura 5

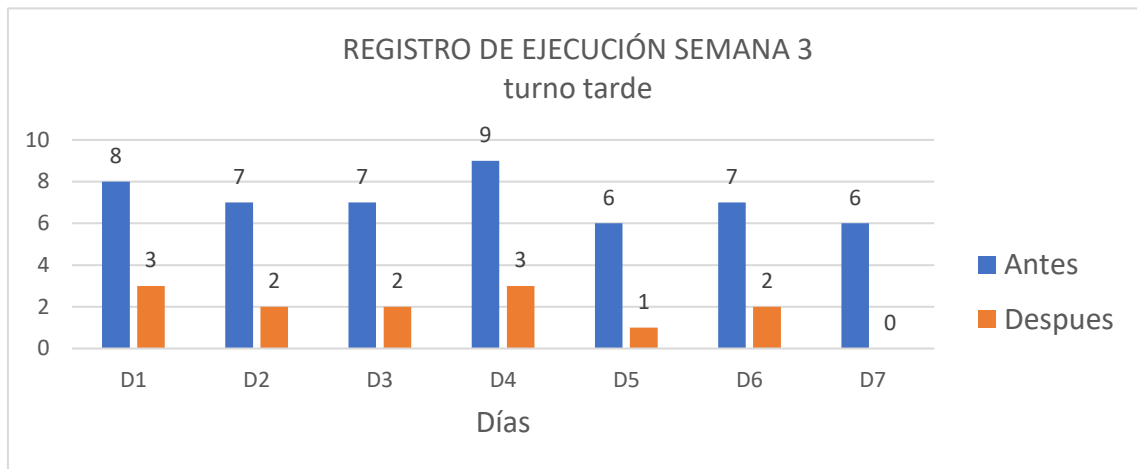
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 3, turno mañana



Nota: La figura 5 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la tercera semana en el turno de la mañana. El cual nos permite determinar que, durante el turno de la mañana, el promedio del SUD inicial fue 7, el cual se redujo a 3 luego haber ejecutado la técnica.

Figura 6

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 3, turno tarde

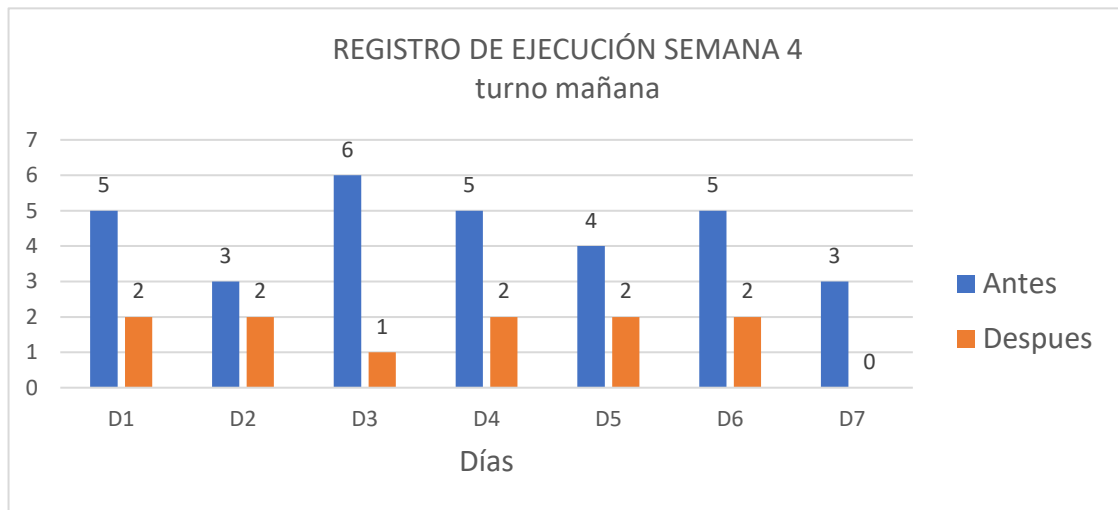


Nota: La figura 6 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la tercera semana en el turno de la noche. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUB inicial fue 7, el cual se redujo al 2 luego haber ejecutado la técnica.

Se concluye que la intensidad del SUB inicial de la tercera semana (en ambos turnos) es menor a la segunda semana. Así mismo, respecto a la tercera semana, el SUD inicial y posterior del turno de la mañana, es muy similar al del turno noche.

Figura 7

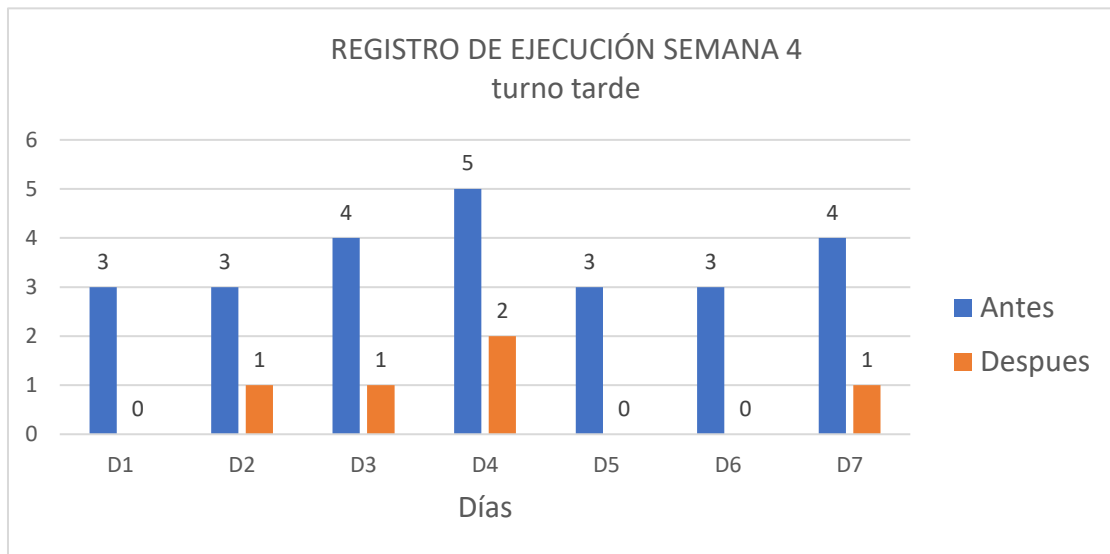
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 4, turno mañana



Nota: La figura 7 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la cuarta semana en el turno de la mañana. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUB inicial fue 4, el cual se redujo a 2 luego haber ejecutado la técnica.

Figura 8

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 4, turno tarde

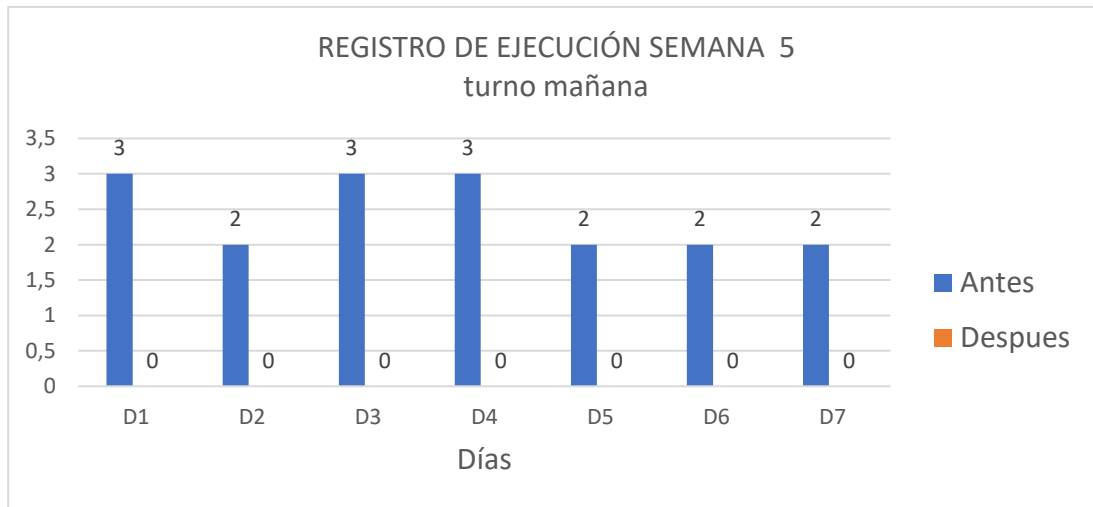


Nota: La figura 8 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la cuarta semana en el turno de la noche. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUB inicial fue 4, el cual se redujo a 1 luego haber ejecutado la técnica.

Se concluye que la intensidad del SUD inicial de la cuarta semana (en ambos turnos) es significativamente menor en relación a la tercera semana. Así mismo, respecto a la tercera semana, el SUD inicial y posterior del turno de la mañana, es muy similar al del turno noche.

Figura 9

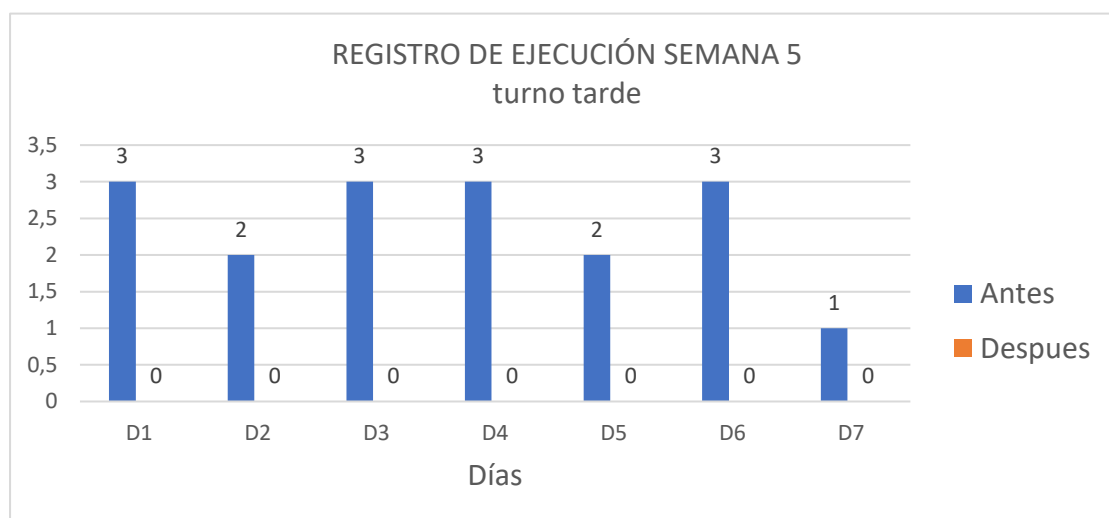
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 5, turno mañana



Nota: La figura 9 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la quinta semana en el turno de la mañana. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUD inicial fue 2, el cual se redujo a 0 luego haber ejecutado la técnica.

Figura 10

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 5, turno tarde



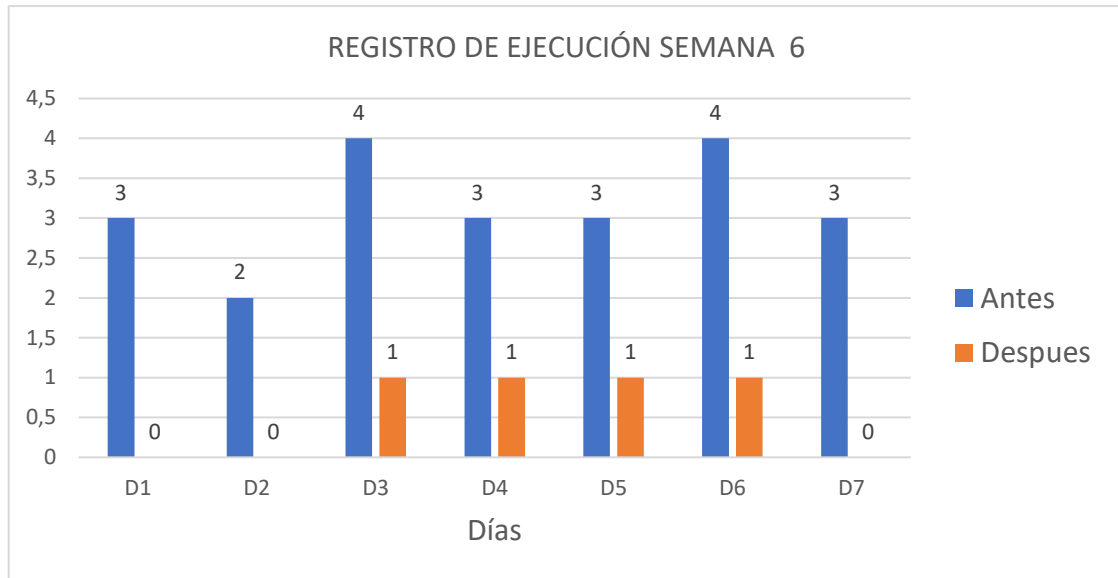
Nota: La figura 10 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la quinta semana en el turno de la noche. El cual nos permite determinar que, el promedio del SUD inicial fue 2, el cual se redujo a 0 luego haber ejecutado la técnica.

Se concluye que la intensidad del SUD inicial de la quinta semana (en ambos turnos) es significativamente menor en relación a la cuarta semana. Así mismo, respecto a la quinta semana, el SUD inicial y posterior del turno de la mañana, es igual al del turno noche.

En ese sentido, se brindó la indicación al paciente para que a partir de la sexta semana realice la ejecución de la técnica una vez al día, en la oportunidad que el paciente considere conveniente (mañana, noche o cuando se encuentre ansioso).

Figura 11

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 6

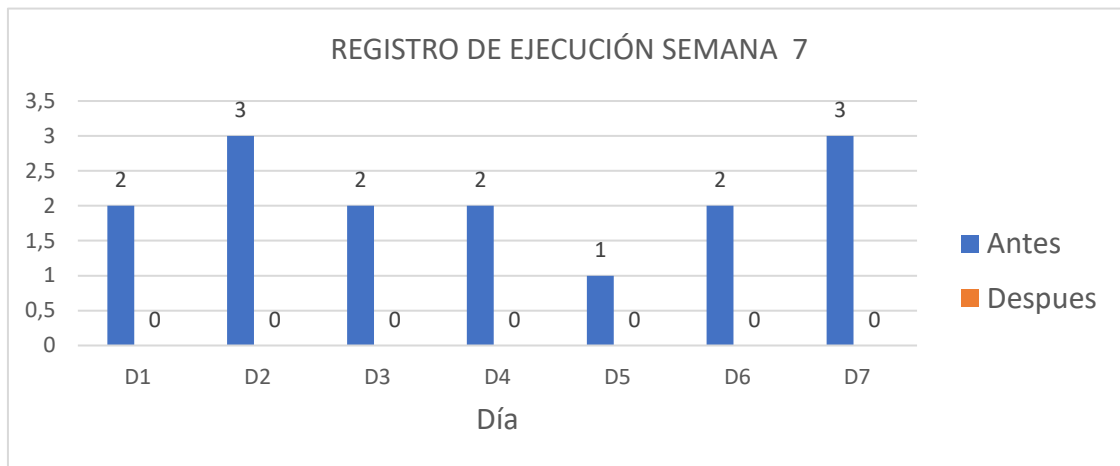


Nota: La figura 11 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la sexta semana. El cual nos permite determinar que, el promedio SUD inicial fue 3, el cual se redujo a 1 luego de ejecutada la técnica. Así mismo se hace evidente que pese a que el paciente realiza la técnica solo una vez al día, la intensidad emocional del SUD inicial subió solo 1 punto en relación a la quinta semana, lo cual se encuentra dentro de los parámetros esperados o considerados normales.

Se concluye que paciente debe continuar con ejecución de técnica una vez al día, durante los siguientes 7 días.

Figura 12

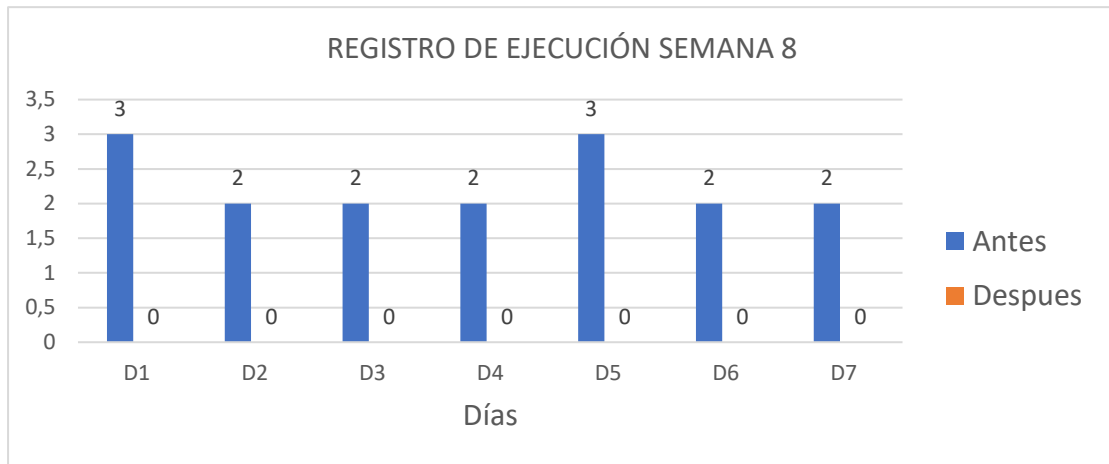
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 7



Nota: La figura 12 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la séptima semana. El cual nos permite determinar que, el promedio de sub inicial fue 2, el cual se redujo a 0 luego de ejecutada la técnica.

Figura 13

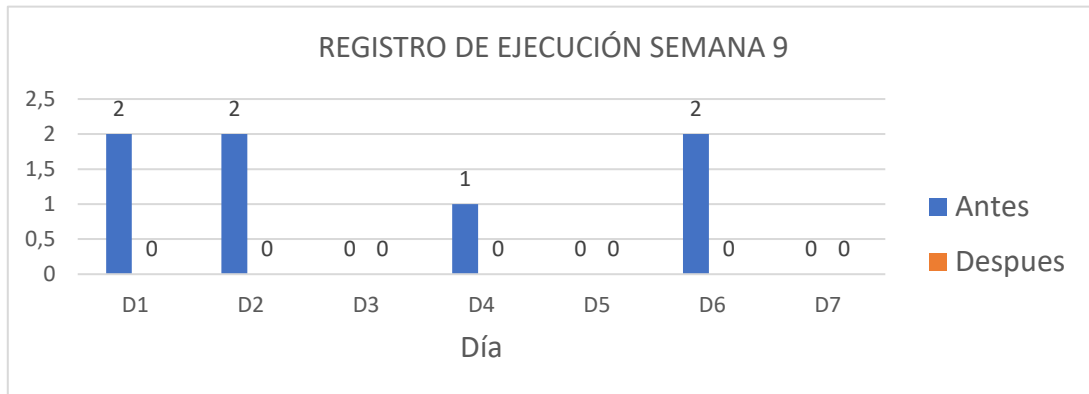
Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 8



Nota: La figura 13 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la octava semana. El cual nos permite determinar que, el promedio de sub inicial fue 2, el cual se redujo a 0 luego de ejecutada la técnica.

Figura 14

Registro de ejecución técnica Jacobson, Semana 9.

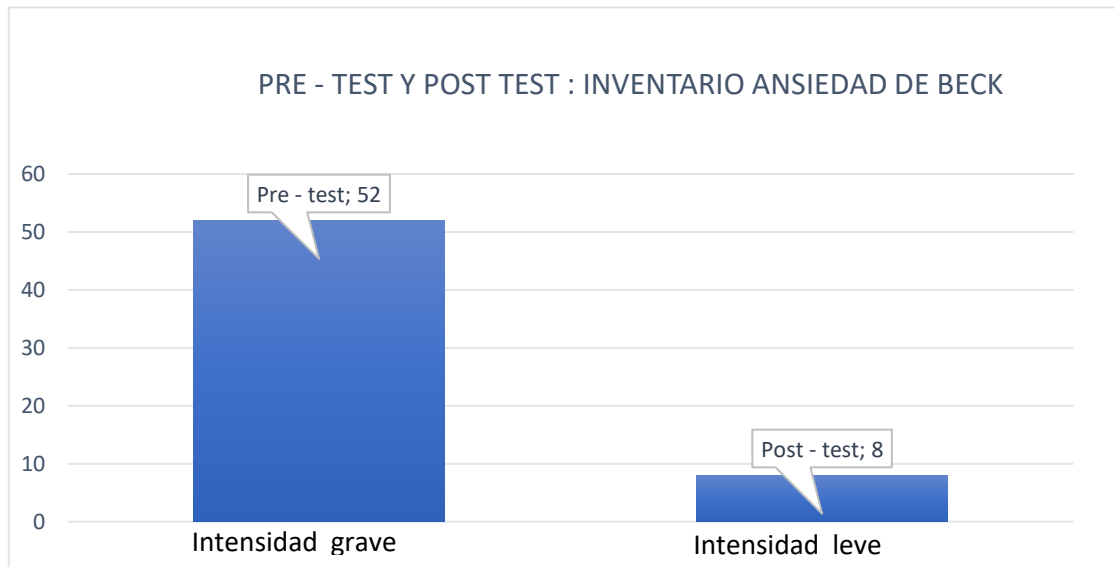


Nota: La figura 14 presenta el registro de ejecución de la técnica de relajación muscular de Jacobson que el paciente realizó durante la novena semana. El cual nos permite determinar que, el promedio de SUD inicial fue 1, el cual se redujo a 0 luego de ejecutada la técnica.

Se concluye que la técnica de relajación muscular de Jacobson fue efectiva para reducir la sintomatología fisiológica de ansiedad que presentó el paciente.

Figura 15

Pre test y post test del Inventario de Ansiedad de Beck



Nota: La figura 15 muestra diferencias entre pre – test y post – test del Inventario de Ansiedad de Beck aplicado al paciente. Como se puede observar, según pre – test, el paciente llegó a consulta con diagnóstico de ansiedad de intensidad grave, posteriormente, luego de haber completado todo el programa de tratamiento, el paciente obtuvo como resultado de post test: ansiedad de intensidad leve; lo cual evidencia la efectividad del tratamiento terapéutico cognitivo conductual para el manejo de los trastornos de ansiedad,

Tabla 5*Registro semanal de medición del malestar emocional*

Emoción:	Sub inicial	Semanas		
		13	15	17
Cólera	10	8	3.5	2
Culpa	10	8	4	3
Decepción	10	10	4.5	3.5
Estrés	10	8	4	2
Frustración	10	8	4	3
Incertidumbre	10	8	3.5	3
Venganza	10	8	4.5	3
Vergüenza	10	9	4	1
PROMEDIO	10	8.3	4	2.5

Nota: Tabla 5 muestra registro semanal de medición del malestar emocional. Como se puede observar, conforme se ha ido avanzando y profundizando en la ejecución de la técnica de reestructuración cognitiva, el paciente ha ido experimentando mejora significativa de los malestares emocionales que venía padeciendo.

3.2 Discusión de Resultados

Una publicación del año 2009 en el Royal Collegue of Psychiatric menciona que, la Terapia Cognitiva Conductual se usa en el tratamiento de muchos trastornos, dentro de los cuales se encuentra la ansiedad y la depresión. Asimismo, explica que la Terapia Cognitiva Conductual es uno de los tratamientos más eficaces para aquellos trastornos donde el principal problema viene siendo la depresión y la ansiedad. Finalmente adicionan que, los tranquilizantes no deben ser empleados como tratamiento de la ansiedad a largo plazo, sino que es la Terapia Cognitiva Conductual el mejor de los tranquilizantes a largo plazo.

Rodríguez y Vetere (2011) refieren que “Sin lugar a dudas, la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) para los trastornos de ansiedad ha registrado un avance extraordinario en las últimas tres décadas. Durante dicho periodo, se han incrementado numerosos estudios, basándose en diferentes metodologías y diseños, los cuales convergen en señalar la eficacia de la terapia para el tratamiento de estos cuadros”.

Por todo lo antes expuesto y en relación con el presente trabajo académico, se hace evidente la eficacia que ha tenido la Terapia Cognitiva Conductual en la reducción significativa de la ansiedad en el paciente, siendo que el mismo puntuó en pre – test con diagnóstico de Ansiedad de intensidad grave, sin embargo, al culminar todo el proceso terapéutico, el paciente puntuó según post test como Ansiedad de intensidad leve.

Por tanto, se evidencia que, con relación a la técnica de relajación muscular de Jacobson, al cabo de la tercera semana de ejecución, se muestra una reducción significativa de

los síntomas fisiológicos, siendo que, el SUD inicial de intensidad solía ser entre 9 o 10/10, pasó a tener una intensidad promedio de 5/10; posteriormente, en las siguientes semanas se evidencia una reducción del SUD inicial por debajo de 3/10. Así mismo, en relación a la ejecución de las técnicas de reestructuración cognitiva, detención y distracción del pensamiento, las cuales se comenzaron a aplicar en la sesión 9 (semana 13) cuando el SUD inicial tuvo un promedio de 10/10, pasando luego a un SUD de 8.3 en la semana 13, luego bajo a un SUD de 4 en la semana 17 y finalmente alcanzo un SUD de 2.5 en la penúltima semana de tratamiento que corresponde a seguimiento.

3.3 Seguimiento

El proceso de seguimiento del paciente constó de 4 sesiones, las cuales corresponden a las últimas sesiones que se brindó al paciente. Estas sesiones se realizaron a los 15, 30, 45 y 60 días respectivamente y tienen por finalidad monitorear la evolución y prevención de recaídas del paciente a través de la conducta de evitación de la ansiedad, las cuales corresponden a gritar a esposa e hija y jugar con la consola.

Durante todo el periodo correspondiente a las sesiones de seguimiento, se pudo constatar que el paciente ha mantenido niveles bajos de sintomatología ansiosa, así mismo, el paciente informó que viene haciendo uso de las diversas técnicas que la evaluadora le enseñó, las cuales le ayudan a reestructurar sus pensamientos perturbadores, lo cual le permite tener más tranquilidad y serenidad frente a la situación que viene afrontando.

Por otro lado, en la tercera sesión de seguimiento, paciente comentó haberse enterado de que M transfirió todos sus bienes y cuentas de banco a nombre de su esposa, con lo cual se le hace imposible cobrarle cualquier monto de dinero; en ese sentido, el paciente conversó con

su esposa y ambos tomaron la decisión de desistir de cualquier juicio adicional, toda vez que a la fecha viene significando más pérdida de tiempo y dinero frente a una persona que no demuestra voluntad de resarcir o reconocer la deuda y el daño económico ocasionado. Sin embargo, paciente manifestó ya no sentir culpa, pues ha comprendido que los seres humanos no somos perfectos y cometemos errores, así también, menciona que esta situación le ha enseñado mucho a ser más prudente la próxima vez que decida hacer una inversión.

Finalmente, en la cuarta y última sesión de seguimiento, paciente manifestó sentirse muy tranquilo, así mismo, comentó que con la finalidad de mejorar su salud ha iniciado la atención con una nutricionista y se encuentra asistiendo a un gimnasio, pues su deseo es tener una vida más saludable. A la fecha de la última cita, el paciente había perdido cerca de 6 kilos y se sentía más ligero de peso, más ágil y de buen ánimo.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró primer objetivo orientado a incrementar en el paciente el conocimiento y comprensión de su diagnóstico (Trastorno de Ansiedad Específica), toda vez que el paciente manifestó comprender mejor su condición diagnóstica y la sintomatología en torno al mismo.
- Se logró segundo objetivo orientado a psico educar y entrenar al paciente en la ejecución de la técnica de relajación muscular, toda vez que se evidenció el aprendizaje cuando el paciente ejecutó la técnica según las indicaciones brindadas por la evaluadora.
- Se logró tercer objetivo orientado a reforzar el aprendizaje de la ejecución de la técnica de relajación muscular y así como brindar psicoeducación y entrenamiento en el llenado del registro, toda vez que el paciente demostró dicho aprendizaje ejecutándolos de acuerdo a las indicaciones brindadas por la evaluadora.
- Se logró cuarto objetivo orientado a fortalecer la actividad practica de la técnica de relajación muscular de Jacobson y el llenado del registro respectivo; lo cual se evidenció cuando el paciente demostró de forma práctica la buena ejecución de los mismos.
- Se logró quinto objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en la ejecución de las técnicas de detección del pensamiento y distracción del pensamiento, los cuales se evidenciaron al momento que el paciente realizó la ejecución práctica de dichas técnicas.
- Se logró sexto objetivo orientado a fortalecer el aprendizaje practico de la ejecución de las técnicas de detección del pensamiento y distracción del pensamiento, los cuales se evidenciaron al momento que el paciente realizó la ejecución práctica de dichas técnicas.
- Se logró séptimo objetivo orientado de brindar psicoeducación y entrenamiento en reestructuración cognitiva (1/2), lo cual se evidenció cuando se le consultó al paciente

respecto a lo que había comprendido, observando la evaluadora que el aprendizaje fue efectivo.

- Se logró octavo objetivo orientado de brindar psicoeducación y entrenamiento en reestructuración cognitiva (2/2), lo cual se evidenció cuando se le consultó al paciente respecto a lo que había comprendido, observando la evaluadora que el aprendizaje fue efectivo.
- Se logró noveno objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en reestructuración cognitiva de los pensamientos Generalización y Filtraje, lo cual se evidenció cuando se le consultó al paciente respecto a lo que había comprendido, observando la evaluadora que el aprendizaje fue efectivo.
- Se logró décimo objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en reestructuración cognitiva de los pensamientos Interpretación del pensamiento y Falacia de Justicia, lo cual se evidenció cuando se le consultó al paciente respecto a lo que había comprendido, observando la evaluadora que el aprendizaje fue efectivo.
- Se logró décimo primer objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en reestructuración cognitiva a los pensamientos automáticos: Etiqueta global, Culpabilidad y Debería, lo cual se evidenció cuando se le consultó al paciente respecto a lo que había comprendido, observando la evaluadora que el aprendizaje fue efectivo.
- Se logró décimo segundo objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en reestructuración cognitiva de los pensamientos: *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”*, *“Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”* y *“Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”*, lo cual se evidenció cuando se le consultó al paciente

respecto a lo que había comprendido, observando la evaluadora que el aprendizaje fue efectivo.

- Se logró décimo tercer objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en Solución de Problemas y Toma de Decisiones, lo cual se evidenció cuando el paciente realizó ejercicios prácticos, demostrando comprensión de lo aprendido.
- Se logró décimo cuarto objetivo orientado a brindar psicoeducación y entrenamiento en Comunicación Asertiva, lo cual se evidenció cuando el paciente realizó ejercicios prácticos, demostrando comprensión de lo aprendido.
- Se logró décimo quinto objetivo correspondiente al seguimiento, evidenciando el impacto positivo de mejoría en la salud mental del paciente, el cual se manifiesta mediante la reducción significativa de los síntomas a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y conductual.

Conclusión general

La terapia cognitiva conductual logró reducir significativamente la sintomatología ansiosa que presentaba el paciente al inicio del proceso terapéutico, el cual consistió en un diagnóstico inicial de Trastorno de Ansiedad de intensidad grave, posteriormente, al finalizar todo el proceso terapéutico, el paciente obtuvo como resultado una intensidad leve.

V. RECOMENDACIONES

Al paciente

- Continuar con ejecución práctica de las diversas técnicas en las que fue entrenado durante el proceso terapéutico, a fin de que le sirvan como herramientas efectivas de afronte frente a situaciones que interprete como amenazantes, lo cual contribuirá en desarrollar un estilo de pensamiento más flexible y funcional, repercutiendo en un mayor disfrute de su vida en lo personal, familiar, laboral, entre otros.

Con la pareja

- Llevar un taller de comunicación efectiva y asertiva a fin de mejorar sus estilos de comunicación.
- Realizar actividades que promuevan tiempo de calidad en la pareja, a fin de fortalecer los vínculos afectivos.

A la comunidad psicológica

- Hacer uso de las diversas técnicas de terapia cognitiva conductual toda vez que viene demostrando alta efectividad frente al trastorno de ansiedad.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ángeles et al. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Caballo, V. (1995). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Cautela, J. y Groden, J. (1985). *Técnicas de Relajación, Manual Práctico para adultos, niños y educación especial*. Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Consejo General de la Psicología de España. (2021, 01 de octubre). *Los trastornos de ansiedad, principales causas de AVAD, según un estudio*.
https://www.infocop.es/view_article.asp?id=17072&cat=44
- Espinoza, G. (2019). *Estudio de Caso Clínico: Tratamiento de un Caso de Trastorno de Ansiedad bajo la Terapia Cognitiva Conductual*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de San Martín de Porres.
file:///C:/Users/Mar%C3%ADa/Desktop/LILIANA/TRABAJO%20ACADEMICO/antecedentes/NACIONAL/ESPINOZA_RG%20USMP%20COPIADO.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2020, 10 de octubre). *Presentan programa “ANÍMATE PERÚ” de atención virtual comunitaria para ayudar a enfrentar la problemática de salud mental en el Perú ante la pandemia-COVID-19*. <https://shortest.link/4anB>
- Martín, G. y Pear, J (2008). *Modificación de Conducta, Qué es y cómo aplicarla*. Pearson Educación, S.A.

- Maravi, A. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad*. [Tesis de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal. file:///C:/Users/Mar%C3%ADa/Desktop/LILIANA/TRABAJO%20ACADEMICO/antecedentes/NACIONAL/Maravi_Escorra_Angel_David_Segunda_Especialidad_2020%20-%20OK%20COPIADO.pdf
- Mouzo, J. (2021, 8 de octubre). *La epidemia que subyace tras la Covid: los casos de depresión y ansiedad crecen más de un 25% en el mundo*. <https://shortest.link/3Zfb>
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (Volumen 1). Décima Revisión.
- Padilla, Cl. (2014). Tratamiento Cognitivo Conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157–163. <https://shortest.link/4anx>
- Rodriguez, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Editorial Polemos, S.A.
- Sevilla, E. (2013). *Estudio de Caso: Terapia Cognitiva Conductual para Trastorno de Ansiedad, Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Personalidad Esquizoide*. [Tesis grado]. Universidad San Francisco de Quito. <file:///C:/Users/Mar%C3%ADa/Desktop/LILIANA/TRABAJO%20ACADEMICO/antecedentes/INTERNACIONAL/106933%20ECUADOR.pdf>
- Stumphauzer, J.S. (1983). *Terapia Conductual*. Editorial Trillas, S.A. de C.V.
- Vallejos, M.A. (1995). *Manual Práctico de Modificación de Conducta*. Fundación Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y Fundación Universidad-Empresa.
- Ventura, M. (2009). *Eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo – Conductual para Disminuir el Trastorno de Ansiedad en Pacientes en el Puesto de Salud Las Dunas – Surco*. [Tesis magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. file:///C:/Users/Mar%C3%ADa/Desktop/LILIANA/TRABAJO%20ACADEMICO/antecedentes/NACIONAL/Ventura_bm%20ESTA%20MEN%20CIONADO%20EN%20MARAVA%20ESCURRA.pdf

VII. Anexos

ANEXO A

<i>Estímulo discriminativo ED</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Reforzador</i>
<p><u>Externo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • G cobra dinero a M y M se niega/no reconoce la deuda. • Se acerca fin de mes y paciente no junta la cantidad de dinero necesaria para cubrir sus gastos. • Ir a pagar las cuotas del banco. • Complicaciones que se podrían presentar si se atrasa en el pago de las cuotas. <p><u>Interno:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “No tengo ingresos fijos, todos es tan incierto”. 	<p><u>Emocional:</u></p> <p>Cólera, frustración, estrés, incertidumbre, tristeza, decepción, ansiedad, angustia, culpa, venganza,</p> <p><u>Fisiológica:</u></p> <p>Tensión muscular, insomnio, fatiga, temblor de las manos, sudor de manos y rostro.</p> <p><u>Conductual:</u></p> <p>Gritar a esposa e hijo Jugar con la consola Comer en exceso</p> <p><u>Cognitiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Soy un imbécil, tarado, tonto, descerebrado”. • ¿Cómo me dejé engañar así? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades económicas. • Deseo/necesidad de recuperar el dinero. • Deuda con el banco. • Pensamientos distorsionados.

- “Le he fallado a mi esposa”.
- “Mi esposa me va a dejar”.
- “He quedado mal frente a mi esposa”.
- “M debe pensar que soy un idiota”
- “Me vio la cara de idiota”.
- “Me doy cólera”.
- “Siento vergüenza de mi”.
- “Estoy decepcionado de mi”.
- “Deseo que le pase algo malo”.
- “Todo esto es mi culpa”.
- “En la familia no debe haber traiciones”.
- “La familia debe ser confiable”.
- “No volveré nunca más a hacer una inversión”.
- “Desconfío de todos”.
- “Ni la familia es confiable”.
- “M sabía que mi situación económica no era buena”.
- Podría estar usando este dinero en algo para mi esposa e hijita”.
- “Estoy tirando mi dinero a la basura”.
- “No entiendo cómo esa gente puede ir por la vida, así, como si nada”.
- “M actúa como si no tuviera remordimiento, como si no

hubiese hecho nada malo,
¿Acaso no se da cuenta del
tremendo perjuicio que me ha
originado.
