



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE  
ADAPTACIÓN POR ANSIEDAD EN PACIENTE ADULTO COLOSTOMIZADO**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

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

**Autora:**

Saavedra Ajón, Milagros Cynthia

**Asesor:**

Del Rosario Pacherrres, Orlando

**Jurado:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lucich Rivera, Esther Amelia

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

**Lima - Perú**

**2023**



## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: 1-A Saavedra Ajón, Milagros Cynthia - **OFICIO Nº 136-2022- OGGE -AS-FAPS-UNFV**

Fecha del Análisis: 26/10/2023

Operador del Programa Informático: Sofia Teresa Salazar Chamba

Correo del Operador del Programa Informático: ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje: 4 %

Asesor: **VICENTE EUGENIO MENDOZA HUAMÁN**

Título: "INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE ADAPTACIÓN POR ANSIEDAD EN PACIENTE ADULTO COLOSTOMIZADO"

Enlace: <https://secure.arkund.com/old/view/140817603-358505-431838#DclxDslwEEXBu7h+Qrv+a3uTqyAKFEHklmlSlu4Oo/mU4yrr3Q13vOLCGz6o/wsyVFGghgZKohNJoxlNdLrRnUE+KNfcz/me2/PcXmW1m8nDUkuo50jZ+P4A>

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE  
ADAPTACIÓN POR ANSIEDAD EN PACIENTE ADULTO  
COLOSTOMIZADO**

Línea de investigación: Salud Mental

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

**AUTORA:**

Saavedra Ajón, Milagros Cynthia

**ASESOR:**

Del Rosario Pacherras, Orlando

**JURADO:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lucich Rivera, Esther Amelia

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

**Lima - Perú**

**2023**

## **Pensamientos**

“Si no está en tus manos

Cambiar una situación

Que te produce dolor,

Siempre podrás escoger

La actitud con la que

Afrontes ese sufrimiento”

**Viktor Frankl**

“No cesaremos de explorar,

Al final de toda nuestra exploración

Llegaremos a donde empezamos

Y conoceremos el lugar por primera vez”

**T.S. Eliot**

### **Dedicatoria**

Para aquellas personas que enfrentaron alguna enfermedad de manera fortuita y tuvieron que adaptarse a las nuevas circunstancias de la vida.

### **Agradecimientos**

A, P. D. M. B. por consentir ser partícipe de este trabajo académico como paciente, ya que sin su aporte hubiera sido imposible realizarlo.

A todas las personas que de una u otra manera me apoyaron con su tiempo para realizar el presente caso de estudio.

A mi familia, que son mi principal fuente de apoyo.

## Índice

Carátula .....	i
Pensamientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos .....	iv
Índice.....	v
Índice de Tablas .....	viii
Índice de Figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
<b>I. Introducción.....</b>	<b>13</b>
1.1. Descripción del Problema .....	16
1.2. Antecedentes .....	18
1.2.1. Antecedentes Nacionales .....	18
1.2.2. Antecedentes Internacionales.....	19
1.2.3. Fundamentación Teórica.....	23
1.3. Objetivos .....	30
1.3.1. Objetivo General.....	30
1.3.2. Objetivos Específicos.....	31
1.4. Justificación.....	31
1.5. Impactos esperados del Trabajo Académico .....	32

II. Metodología.....	33
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	33
2.2. Ámbito Temporal y Espacial: .....	34
2.3. Variables de Investigación .....	34
2.3.1. Variable Dependiente.....	34
2.3.2. Variable Independiente .....	34
2.4. Participante.....	35
2.5. Técnicas e Instrumentos .....	35
2.5.1. Técnicas Psicológicas Utilizadas .....	35
2.5.2. Técnicas Terapéuticas Utilizadas.....	36
2.5.3. Instrumentos.....	37
2.5.4. Evaluación Psicológica .....	41
2.5.5. Evaluación Psicométrica .....	53
2.5.6. Informe Psicológico Integrador .....	59
2.6. Intervención.....	62
2.6.1. Plan de intervención y Calendarización.....	62
2.6.2. Programa de intervención .....	65
2.7. Procedimiento.....	78
2.8. Consideraciones éticas .....	78
III. Resultados .....	79
3.1. Análisis de resultados.....	79



3.2. Discusión de resultados .....	85
3.3. Seguimiento.....	89
IV. Conclusiones .....	89
V. Recomendaciones .....	90
VI. Referencias.....	91
VII. Anexos .....	100

## Índice de Tablas

Nº		Pág.
Tabla 1	Criterios según el DSM V para el trastorno de adaptación.....	50
Tabla 2	Diagnostico funcional .....	51
Tabla 3	Análisis funcional .....	51
Tabla 4	Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck.....	53
Tabla 5	Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck.....	55
Tabla 6	Resultados del Inventario de Depresión de Beck .....	57
Tabla 7	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck .....	58
Tabla 8	Línea base, registro de frecuencia de intensidad SUDS (1 – 10) de emociones...58	
Tabla 9	Línea base, registro de pensamientos automáticos .....	59
Tabla 10	Esquema de fase de evaluación .....	63
Tabla 11	Esquema de fase de intervención.....	64
Tabla 12	Sesión 1.....	65
Tabla 13	Sesión 2.....	66
Tabla 14	Sesión 3.....	67
Tabla 15	Sesión 4.....	68
Tabla 16	Sesión 5.....	69
Tabla 17	Sesión 6.....	70
Tabla 18	Sesión 7.....	71
Tabla 19	Sesión 8.....	72
Tabla 20	Sesión 9.....	73
Tabla 21	Sesión 10.....	74
Tabla 22	Sesión 11.....	75
Tabla 23	Sesión 12.....	76

Tabla 24	Sesión final .....	77
Tabla 25	Resultados pre y post test del Inventario de Ansiedad de Beck .....	79
Tabla 26	Resultados del registro de intensidad de la respuesta emocional de ansiedad.....	80
Tabla 27	Resultados del registro de intensidad de la respuesta emocional de miedo.....	81
Tabla 28	Resultados del registro de frecuencias de pensamientos automáticos.....	82
Tabla 29	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck .....	84

## Índice de Figuras

<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1. Resultados pre y post test del Inventario de ansiedad de Beck .....	79
Figura 2. Resultados del registro de la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ..	80
Figura 3. Resultados del registro de la intensidad de la respuesta emocional de miedo .....	81
Figura 4. Resultados del registro de frecuencia de pensamientos automáticos .....	83
Figura 5. Resultados de la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados ..	83
Figura 6. Resultados del pre test y post test del inventario de pensamientos automáticos de Beck.....	84

## Resumen

El presente trabajo académico corresponde a una investigación aplicada de caso único bajo un modelo AB, que tuvo como propósito disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente adulto colostomizado, a través de la Intervención cognitivo conductual. Para la evaluación se utilizó el Cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE), el Inventario de ansiedad de Beck, el Inventario de pensamientos automáticos de Beck y los Autorregistros. La intervención se realizó en 12 sesiones, con una duración de 60 minutos cada una, con una frecuencia mayor de una vez por semana. Las técnicas utilizadas fueron: psicoeducación, la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva, distracción externa y la reestructuración cognitiva. Se pudo evidenciar, a través de los resultados la disminución de la intensidad de las respuestas fisiológicas (el aumento de la frecuencia cardíaca, mareo, tensión e insomnio), emocionales (ansiedad y miedo) y la modificación de los pensamientos distorsionados presentes en el paciente entre el periodo de post cirugía y etapa del restablecimiento del tránsito intestinal. En conclusión, la intervención permitió al paciente llevar un adecuado proceso de adaptación sobre su situación actual, adquiriendo nuevas habilidades de afrontamiento y fomentando un equilibrio sobre su salud física, psicológica y social.

*Palabras clave:* ansiedad, intervención cognitivo conductual, colostomía.

## **Abstract**

The present academic work corresponds to an applied investigation of a single case under an AB model, whose purpose was to reduce the anxious symptomatology in an adult colostomy patient, through Cognitive Behavioral Intervention. For the evaluation, the Eysenck Personality Questionnaire (CPE), the Beck Anxiety Inventory, the Beck Automatic Thoughts Inventory and self-records were used. The intervention was carried out in 12 sessions, lasting 60 minutes each, with a frequency greater than once a week. The techniques used were: psychoeducation, diaphragmatic breathing, progressive muscle relaxation, external distraction and cognitive restructuring. It was possible to evidence, through the results, the decrease in the intensity of the physiological responses (increased heart rate, dizziness, tension and insomnia), emotional responses (anxiety and fear) and the modification of the distorted thoughts present in the patient. between the post-surgery period and the stage of reestablishing intestinal transit. In conclusion, the intervention allowed the patient to carry out an adequate process of adaptation to their current situation, acquiring new coping skills and promoting a balance in their physical, psychological and social health.

*Keywords:* anxiety, cognitive behavioral intervention, colostomy.

## I. Introducción

De acuerdo con la Organización mundial de la Salud (OMS, 2022) se calculó que los trastornos de ansiedad durante el año 2020 se incrementaron significativamente en un 26 %, dando como resultado 374 millones de casos reportados. De manera que, un porcentaje de la población mundial ha podido experimentar un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, motoras, emocionales como cognitivas ante situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas, pudiendo perturbar el bienestar psicológico de cada individuo e incluso llegar a ser discapacitante.

En este sentido, la ansiedad cobra importancia en pacientes colostomizados; puesto que, las personas con este diagnóstico médico presentan diferentes cambios a nivel físico, psicológico y social; y por ende tienden a ajustarse a una nueva condición que puede dar a lugar a lo que se denomina trastorno de adaptación por ansiedad. Tal es así, que diversas investigaciones explican la existencia de la ansiedad en personas que hayan sido sometidas quirúrgicamente a una colostomía (Jayarajah et al., 2016; Jayarajah et al., 2017; Rafiei et al., 2017).

Por otro lado, diversos meta-análisis describen una adecuada efectividad de la terapia cognitiva conductual para abordar diferentes problemas psicológicos, teniendo resultados efectivos al producir cambios en la sintomatología que aqueja al paciente, siendo el tratamiento de primera elección (Fullana et al., 2012).

A todo esto, el presente trabajo académico correspondiente a una investigación aplicada, de caso único, bajo un modelo AB, que se realizó a fin de disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente adulto colostomizado a través de la intervención cognitivo conductual, logró alcanzar los objetivos trazados por medio de las técnicas de psicoeducación, la técnica de respiración, la técnica de relajación muscular progresiva, la técnica de distracción externa y la reestructuración cognitiva, donde se pudo evidenciar a través de los resultados la

disminución de la intensidad de las respuestas fisiológicas (el aumento de la frecuencia cardíaca, mareo, tensión e insomnio), emocionales (ansiedad y miedo) y la disminución de la frecuencia de los pensamientos distorsionados (“Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”, “Me siento poco atractivo”) presentes en el paciente entre el periodo de post cirugía y etapa del restablecimiento del tránsito intestinal. Realizándose la intervención en 12 sesiones, con una duración de 60 minutos cada una, con una frecuencia mayor de una vez por semana.

Es importante añadir que los resultados obtenidos con la aplicación de los procedimientos terapéuticos en el caso psicológico presentado, nos permiten proponer como alternativa de solución oportuna, el uso de las Técnicas cognitivo-conductuales dentro de un contexto asistencial que urge de soluciones breves pero efectivas, para lo cual los mencionados procedimientos demuestran una vez más, su probada efectividad en la consecución del objetivo principal de todo proceso terapéutico, que es lograr el bienestar de los pacientes y mejorar su estilo y calidad de vida. A continuación, se describe detalladamente el contenido del trabajo, que es como sigue:

En el capítulo I, se describe la introducción, donde se realiza la descripción y formulación del problema, los antecedentes nacionales e internacionales que concuerdan con las características de la problemática del presente análisis de caso. Además, se presentan el objetivo general y los objetivos específicos, la Justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En el capítulo II, se muestra la metodología donde se señala el tipo y diseño de investigación, así como el ámbito temporal y espacial donde se desarrolló la intervención del trabajo académico. De igual manera, se describen las variables de estudio y las características específicas del paciente. Asimismo, se presenta el caso clínico a través de la historia



psicológica, donde se detalla el problema actual, desarrollo cronológico del problema, la historia personal y familiar, así como la evaluación psicológica realizada a través de los instrumentos aplicados con sus respectivos informes psicológicos tanto individual como integrado. Por otro lado, se muestra el desarrollo de la intervención, procedimiento y consideraciones éticas.

En el capítulo III, se describen los resultados de la intervención, con la respectiva medición pre y post test, la discusión de los resultados y el seguimiento.

Por último, en los capítulos IV, V, se exponen las conclusiones, recomendaciones del presente caso de estudio.

## 1.1. Descripción del Problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se calcula que durante el 2019 los trastornos de ansiedad afectaron aproximadamente a 301 millones de personas en el mundo; incrementándose durante el 2020 a 374 millones de personas, representando de tal manera un aumento del 26% para los trastornos de ansiedad en solo un año. En este sentido, la ansiedad cobra importancia; puesto que, viene siendo una de las principales causas de discapacidad, ya que actualmente es considerada una epidemia silenciosa que ha afectado mucho antes que la COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Asimismo, la OPS (2017) indicó que la proporción de la población con trastornos de ansiedad en la Región de las Américas fue de 7,7% en la población femenina, en contraste con un 3,6% de la población masculina.

Mientras que, en nuestro medio, el Ministerio de Salud (MINSA, 2021) ha registrado durante el año 2021, más de 156 mil casos atendidos de ansiedad a diferencia de 77 mil casos de depresión. Lo cual es evidente, que la ansiedad en comparación con otros trastornos de la salud mental, tiene una mayor incidencia dentro de nuestro país y viene afectando de tal manera el bienestar psicológico de la población peruana.

Por otro lado, en un estudio realizado por Rafiei et al. (2017) sobre la prevalencia de problemas psicológicos entre pacientes con una ostomía intestinal, hallaron que el 92% de los pacientes tienden a experimentar síntomas de ansiedad, seguido del 87% de síntomas depresivos. Por lo cual, se infiere que una persona colostomizada tiende a padecer un sufrimiento psíquico, siendo la ansiedad unos de los síntomas con mayor prevalencia que contribuye a tal alteración emocional. Asimismo, diversas investigaciones realizadas en pacientes colostomizados revelaron que los síntomas psicológicos más frecuentes, son los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión (Jayarajah et al., 2016; Jayarajah et al.,

2017; Rafiei et al., 2017). Siendo estas primeras manifestaciones psicológicas experimentadas después de la cirugía; ya que, este procedimiento constituye una etapa de transición y que exige ajustarse a una nueva condición física (Silva et al., 2017).

En el Perú, el 52% de personas ostomizadas son adultos, mientras que el 42% son mayores de 65 años y el 6% son niños menores de 5 años; incrementándose anualmente alrededor de 1000 pacientes nuevos con ostomías, siendo frecuente las ostomías digestivas y urinarias (Vidal, 2018). Asimismo, como parte de este tratamiento los pacientes sufren una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan la calidad de vida, la economía familiar y el sector salud (Bernabel y Vidal, 2018).

En este sentido, hablar de un paciente colostomizado es hacer referencia a un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente, cambiando de tal forma su esquema corporal; ya que esta técnica operatoria consiste en la apertura del colon con la pared abdominal en un sitio distinto al ano, para desviar de forma total o parcial el contenido fecaloideo (Sánchez, 2018). Además, produce un grave impacto en la vida cotidiana y en la capacidad de afrontamiento del paciente (Cheung et al., 2003). Ahora, si bien es cierto esta cirugía puede devolver la salud física por tratar diversas afecciones digestivas, también puede provocar numerosos problemas psicológicos, por la modificación de la imagen corporal que implica este procedimiento, el cambio de la capacidad funcional y social, y en la calidad de vida del paciente (Charúa-Guindic et al., 2011).

Por consiguiente, se debe dar énfasis al bienestar psicológico en el paciente colostomizado; puesto que existen programas de educación sanitaria que mayormente están enfocados a la formación del manejo de la ostomía; sin embargo, a nivel emocional en ocasiones, estos aspectos son obviados (Aranda, 2013). De manera que, es importante realizar la planeación de intervenciones psicológicas que ayuden a enfrentar la sintomatología ansiosa como parte del tratamiento de la colostomía que ello genera. Por tal razón, el presente caso de

estudio tiene como finalidad realizar una intervención cognitivo conductual para la ansiedad en un paciente con colostomía temporal, ya que puede ser utilizado como antecedente para beneficio de la labor psicoterapéutica que ayude con el bienestar emocional de aquellas personas con este tipo de procedimiento quirúrgico.

## **1.2. Antecedentes**

Después de haber realizado la búsqueda respectiva en diferentes revistas electrónicas de psicología y base de datos, se halló limitadas investigaciones con respecto a las características de la problemática del presente análisis de caso. Sin embargo, se consideró plasmar las siguientes investigaciones que evidencian la problemática de estudio y conllevan al entendimiento del problema.

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

Mateo (2022) realizó un análisis de caso, a fin de disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente con diagnóstico oncológico, que presentaba niveles altos de ansiedad frente a los procedimientos médicos a los que tenía que ser sometido. Los instrumentos psicológicos que se utilizaron fueron: el inventario clínico de personalidad de Millon II, inventario de ansiedad de Beck y el cuestionario de afrontamiento al estrés. La intervención se realizó en 10 sesiones, y las técnicas de intervención cognitivo conductual fueron: la psicoeducación, técnica de relajación, autorregistro, desensibilización sistemática, dialogo socrático, escala conductual de tensión y entrenamiento en solución de problemas; dando como resultado, la disminución de la sintomatología ansiosa, siendo la técnica de respiración una herramienta eficaz para la autorregulación ante situaciones displacenteras, mientras que la psicoeducación permitió al paciente despejar dudas sobre el tratamiento y frente a las emociones que estaba experimentando, lo que le permitió una mejor adaptación a la enfermedad y pudo ser capaz de modificar pensamientos desadaptativos.

Mallqui (2020) llevó a cabo un estudio de caso clínico, en un joven de 27 años de edad, bajo el tratamiento cognitivo conductual con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa específica, manifestada como: dificultad en la respiración, nerviosismo, latidos acelerados del corazón, con deseo de agredir u ofender. La evaluación se realizó mediante la entrevista, test de personalidad de Eysenck, test caracterológico de Gaston-Berger, inventario de ansiedad de Beck, test de ansiedad y depresión de Zung. Se aplicó el tratamiento Cognitivo-Conductual iniciándose con la psicoeducación, técnicas de relajación y respiración, confrontación/exposición, registro de pensamientos y reestructuración cognitiva. Al finalizar la intervención se evidenció la disminución considerable de los niveles de ansiedad.

Ramos (2015) realizó un estudio experimental, de tipo prospectivo, longitudinal y analítico, con el objetivo de demostrar las diferencias que existen en la adaptación al tratamiento de ostomía entre los usuarios colostomizados del grupo experimental, que recibió el programa educativo “Adecuándome a mi nueva realidad” respecto a los usuarios colostomizados del grupo control. La muestra para cada grupo estuvo conformada por 25 pacientes colostomizados del servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, y a quienes se les aplicó una entrevista y una escala de adaptación. Los resultados mostraron que en el grupo experimental hubo adaptación de nivel integrada al tratamiento de ostomía en la dimensión fisiológica y en la dimensión psicológica durante la pos-intervención; observándose diferencias significativas respecto al grupo de control, demostrando de tal manera la eficacia de la intervención.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

Acevedo (2017) realizó una investigación utilizando un ensayo clínico aleatorio, a fin de determinar la factibilidad y los efectos de la intervención Cognitivo-conductual, para manejo del estrés breve en comparación con un grupo de psicoeducación en pacientes con cáncer colorrectal del Instituto Mexicano del Seguro Social; donde, 40 pacientes fueron asignados

para el grupo experimental y recibieron intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés mediante las técnicas de relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, manejo del enojo y comunicación asertiva; mientras que, 54 participantes del grupo control recibieron psicoeducación sobre el diagnóstico de cáncer colorrectal, los efectos secundarios después de la cirugía, radioterapia y quimioterapia. Los resultados concluyeron una mejora en el post test en el grupo de psicoeducación y en el seguimiento después de tres meses en el grupo de TCC. Por lo cual sugirieron la combinación de sesiones presenciales y por teléfono de ambas intervenciones psicológicas, para mejorar la adherencia y debido al beneficio obtenido.

Orozco et al. (2016) realizaron un estudio a fin de evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre los estilos de afrontamiento, sintomatología ansiosa y depresiva en 26 pacientes con cáncer de mama, sometidas a mastectomía radical del Centro médico Nacional La Raza de México, los instrumentos que se usaron para la evaluación psicológica fueron: el inventario de afrontamiento Brief Cope y el inventario de ansiedad y depresión hospitalaria. Se utilizó un diseño de mediciones repetidas pretest, postest y seguimiento a dos meses. Las técnicas de intervención estuvieron basadas en la psicoeducación, relajación autógena y reestructuración cognitiva. Los resultados, al finalizar la intervención, mostraron un efecto significativo sobre los estilos de afrontamiento y una reducción significativa en la sintomatología ansiosa, mientras que para la sintomatología depresiva no se observaron cambio entre las mediciones.

Aranda (2013) realizó un estudio explicativo, que tuvo como objetivo aplicar y evaluar un programa de corte cognitivo conductual para el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes ostomizados. Este estudio se realizó a través de un diseño de investigación de pretest-postest, con un solo grupo. La muestra estuvo integrada por nueve pacientes que fueron atendidos en un hospital de Panamá, de edades entre 50 a 60 años, de las cuales 4 fueron mujeres y 5 hombres. El tratamiento fue ofrecido en 15 sesiones, una vez a la

semana, con una duración de dos horas por sesión. Para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en los participantes, se utilizó: el inventario de ansiedad y depresión de Beck. De ahí, que se pudo comprobar mediante el análisis estadístico de los resultados del pre test y post test, que la terapia cognitivo conductual es efectiva en el tratamiento de pacientes ostomizados con trastorno adaptativo mixto; ya que, el post test demostró que después de la aplicación del tratamiento se redujeron los síntomas depresivos y de ansiedad en el grupo de ostomizados.

Sánchez -Román et al. (2006) realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar cuatro programas de intervención: psicoeducativo, cognitivo, conductual y el de control. Donde participaron 177 pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas de México, que presentaron al menos una enfermedad médica y de los cuales fueron asignados al azar a uno de los cuatro programas. Asimismo, se les aplicó antes y después la Escala Hamilton de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo; dando como resultado que el programa de intervención que obtuvo una mayor disminución en los niveles de ansiedad fue el programa: Psicoeducativo, que estuvo compuesto por la explicación de la naturaleza del estrés y ansiedad, la técnica de relajación progresiva, técnica de relajación autógena, estrategias cognitivas como solución de problemas, promoción de la asertividad y comunicación. Por lo cual, se apreció que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como: dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultaron ser eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital general.

Cheung et al. (2003) realizaron una investigación a fin de evaluar los efectos del uso del entrenamiento de relajación muscular progresiva, sobre la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal después de la cirugía de estoma. Se utilizó un ensayo controlado aleatorio, con evaluación de medidas repetidas durante 10 semanas después de la

cirugía del estoma. Para ello, la muestra estuvo conformada por 59 pacientes del departamento de cirugía de dos hospitales públicos regionales de Hong Kong, donde se usó un grupo de control que recibió atención de rutina (n=30), y un grupo experimental que recibió atención de rutina más entrenamiento de relajación muscular progresiva (n=29) a través de dos sesiones de enseñanza y práctica en el hogar, durante las primeras 10 semanas. Asimismo, se utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y dos Escalas de Calidad de Vida, donde los resultados obtenidos señalan que el uso del entrenamiento de relajación muscular progresiva disminuyó significativamente el estado de ansiedad y mejoró la calidad de vida genérica en el grupo experimental ( $p < 0,05$ ), especialmente en los dominios de salud física, salud psicológica, preocupaciones sociales y medio ambiente.

Renzi et al. (2000) realizaron un ensayo prospectivo aleatorizado en un grupo de pacientes intervenidos quirúrgicamente de enfermedades anorectales de la Unidad de coloproctología en Roma – Italia. La finalidad de este estudio fue evaluar los efectos del uso de técnicas de relajación en el manejo postoperatorio en pacientes proctológicos. La muestra estuvo conformada por 86 pacientes sometidos a cirugía por lesiones benignas anorectales, de las cuales se asignaron dos grupos al azar, el primer grupo tuvo un tratamiento estándar y el segundo grupo fue sometido a técnicas de relajación postoperatorio mediante imágenes guiadas. El procedimiento consistió en escuchar una cinta de imágenes guiadas con música y texto relajante antes, durante y después de la cirugía. Para recopilar los datos se usó la escala visual analógica (EVA) que permite evaluar la intensidad del dolor postoperatorio, también se usó el cuestionario de la calidad del sueño y la naturaleza de la primera micción; dando como resultado que las técnicas de relajación postoperatoria mostraron una tendencia a reducir el dolor después de la cirugía anorectal y mejorar significativamente la calidad de sueño; implicando una disminución de la ansiedad y una consiguiente relajación muscular.



### 1.2.3. *Fundamentación Teórica*

**1.2.3.1. Variable Ansiedad.** El constructo de ansiedad cuenta con una variedad de definiciones según el enfoque propuesto por diversos autores, ante lo cual se presenta algunas definiciones:

Beck (2012) asevera que la ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa frente a situaciones que se anticipan como muy aversivas, ya que se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables que pueden potencialmente amenazar los intereses vitales de una persona.

De manera similar Gonzales (1993) indica que la ansiedad es considerada como *un modelo complejo y variable de conductas, en el que quedan incluidas tanto repuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como emotivas y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego* (p, 17). Por lo cual, estas reacciones van a cumplir una función adaptativa en el ser humano a fin de optimizar su conducta; aunque ello, también dependerá de la naturaleza o intensidad de la amenaza o por la continuidad o intensidad de las respuestas.

Por otro lado, Estes y Skinner (1941, citado por Cruz-Morales et al., 2003) señalaron que la ansiedad es *como un estado emocional que surge como respuesta a algún estímulo presente que, en el pasado, ha sido seguido por un estímulo perturbador* (p. 97).

Sin embargo, Moreno (2002) postula que la ansiedad es una emoción normal puesto que todo organismo vivo requiere de un mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y adaptarse a su entorno, no obstante cuando esta emoción produce en nuestro organismo falsas alarmas ante estímulos inofensivos se torna desadaptativa; asimismo, indica que cuando la intensidad de las reacciones no son clínicamente significativas no son catalogadas como parte de un trastorno de ansiedad, sino de un trastorno desadaptativo que se

produce a consecuencia de acontecimientos estresantes; ya que se crea una dificultad puntual en el desarrollo de nuestra vida cotidiana.

En resumen, se entiende que la ansiedad es un conjunto de respuestas tanto conductuales, emocionales, fisiológicas como cognitivas que todo ser vivo va a experimentar ante situaciones que perciba como amenazadoras para su vida, siendo ello, una función adaptativa para el hombre con su entorno. Asimismo, cabe destacar que la intensidad de las respuestas en cada sujeto es variable, mientras más intensa sea y se produzca ante situaciones no susceptibles de ser peligrosas, estas pueden conllevar a la existencia de un trastorno de ansiedad; por lo tanto, aquellas reacciones que sean excesivas, serán clínicamente determinantes para discriminar entre un trastorno y otro.

**1.2.3.2. Modelos Teóricos de la Ansiedad.** La terminología ansiedad, ha sido tema de estudio prácticamente en todas las corrientes y escuelas psicológicas, originando diferentes enfoques que con el tiempo han aportado concepciones diferentes. En este sentido, se señalarán a continuación las más significativas contribuciones teóricas para el presente estudio.

**1.2.3.2.1 Modelo Conductual.** Según Strongman (1995) las teorías de la ansiedad que proceden del aprendizaje derivan originalmente de Pavlov y Watson; ya que ambos autores postulaban que los organismos aprenden a evitar los estímulos nocivos a través de uno u otro mecanismo de mediación, siendo normalmente en este caso el mecanismo mediador el miedo o ansiedad. Asimismo, tanto Pavlov como Watson utilizaron el método experimental para explicar, predecir y modificar la conducta; dentro de su análisis teórico postulaban que un estímulo condicionado emparejado con un estímulo incondicionado que resultaba ser nocivo y causante de dolor, después de varios emparejamientos conduciría a una respuesta condicionada; tal respuesta originaba el miedo o ansiedad, considerado también como impulso (drive) secundario o adquiridos surgidos a través de un proceso de condiciones clásicas

(Castillo y González, 2010; Strongman, 1995). De ahí que parte la base para la formulación del modelo del condicionamiento clásico de la conducta emocional en humanos.

**1.2.3.2.2 Modelo Cognitivo.** A principios de los años 60 surge la psicología cognitiva con las investigaciones desarrolladas en forma independiente por Aaron T. Beck y Albert Ellis, teniendo como bases filosóficas, por ejemplo, la influencia del estoicismo griego en sus conceptualizaciones provenientes especialmente de Zenon de Citio, Crisipo, Ciceron, Seneca, Epitecto y Marco Aurelio (Castillo y Gonzalez, 2010).

Por su parte, Strongman (1995) indicó que en los últimos años la mayoría de las teorías de la emoción han tenido un lugar en la cognición, por lo que la ansiedad no sería una excepción y destaca la labor de Michael W. Eysenck en su teoría cognitiva de la ansiedad en los últimos tiempos.

**a) Modelo Cognitivo de Eysenck.** El enfoque propuesto por Eysenck argumenta que la ansiedad que experimenta un sujeto, proviene fundamentalmente de cuatro diferentes fuentes de información; la primera fuente vendría a ser la valoración cognitiva de la situación externa (los estímulos ambientales amenazantes), luego la segunda fuente de información es la percepción de nuestras cogniciones (cogniciones negativas sobre el futuro), como tercera fuente de información está la percepción de la conducta y por ultimo vendría a ser la percepción de la actividad fisiológica (Cano y Dongil, 2019). En este sentido, de acuerdo a las diferentes formas de procesamiento de las cuatro fuentes de información, se producirá una determinada respuesta de ansiedad variando el inicio y la intensidad de tal respuesta (Sanz et al., 2011).

Asimismo, Eysenck identifica la existencia de dos sesgos cognitivos que afectan a cada una de las fuentes de información: Primero se encuentra el sesgo atencional que se presenta cuando la persona centra su atención en los estímulos que se han interpretado de forma amenazante y en segundo lugar el sesgo interpretativo, que hace referencia a la tendencia a

interpretar situaciones y eventos ambiguos como amenazantes. Los cuales la presencia de estos sesgos cognitivos sobre una de las cuatro fuentes de información determinará la presencia de los diferentes trastornos de ansiedad, por ejemplo: una persona cuanto más se centre la atención en la posibilidad de ruborizarse, como es en el caso de la fobia social; mayor será la ruborización, mayor taquicardia que presente, además de aumentar la activación fisiológica y el malestar psicológico (Tobal et al., 1996). De manera que una persona experimentará ansiedad si el sesgo interpretativo es muy pronunciado, ya que ello hará que éste perciba demasiados peligros o amenazas en muchas situaciones en las que otros sujetos permanecerían tranquilos, y si se prestara más atención a los estímulos amenazantes que pueden estar presentes en una situación (sesgo atencional), surgirá una reacción de ansiedad aún mayor.

Por lo cual, estos dos sesgos cognitivos son considerados como factores causales del rasgo de ansiedad y de los trastornos de ansiedad; ya que las respuestas de ansiedad dependerán de las características individuados de cada individuo (Cano y Dongil, 2019).

**b) Modelo Cognitivo de Beck.** Según Clark y Beck (2012) tanto la teoría cognitiva como la terapia de los trastornos emocionales se fundamentan bajo la premisa: *el modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento* (p.67). De ahí que la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto. Este enfoque establece que toda persona antes de emitir una respuesta emocional o conductual; percibe, clasifica, interpreta, evalúa y asigna un significado al estímulo recibido del entorno en función de sus supuestos esquemas cognitivos y no necesariamente responden automáticamente (Díaz et al., 2017).

Asimismo, se postula que la respuesta de ansiedad involucra un sistema de procesamiento de la información que comprende dos procesos. El primero, denominado valoración primaria de amenaza; que viene a ser cuando el sujeto realiza una evaluación de manera automática y rápida el potencial de amenaza de un estímulo, produciéndose una

sobrevaloración de que ocurra el daño y una sobreestimación de la gravedad percibida del mismo (Díaz y De la Iglesia, 2019). El segundo proceso es nombrado como revaloración elaborativa secundaria, que se produce inmediatamente como resultado de la valoración primaria de la amenaza e involucra la capacidad de afrontamiento y de seguridad del sujeto; por ejemplo, cuando la persona no logra percibir las señales de seguridad de la situación de amenaza evaluada y subestima su capacidad de afronte ante el peligro anticipado, tenderá a incrementarse el nivel o intensidad de la ansiedad que experimenta, por lo tanto la intensidad de un estado de ansiedad dependerá del equilibrio entre estos dos procesamientos de información. De acuerdo con este modelo, los procesos cognitivos automáticos participan activamente en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Asimismo, Beck manifiesta que la causal de los trastornos de ansiedad tienen que ver con la interacción de tres factores; primero por la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; luego por una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad de cada persona; y por último, por la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores que viene a ser un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (Sanz, 1993).

**1.2.3.3. Variable Terapia Cognitivo Conductual.** La terapia cognitiva conductual (TCC) se originó a consecuencia de la fusión de dos relevantes corrientes psicológicas; y de las cuales cuentan con una amplia investigación empírica, siendo además una de las más utilizadas en el campo clínico. Por lo que, actualmente se incluyen un amplio espectro de tratamientos psicológicos, muchos de ellos con muy diferentes estrategias; y proponen una

planificación de la aplicación de las intervenciones bastante específicas y ajustadas a las características de cada caso (Garay, 2016).

Así también, la terapia cognitiva conductual viene a ser una forma de psicoterapia con sustento investigativo, que incluye intervenciones de carácter cognitivo como conductual, siendo estos procedimientos utilizados con el objetivo de cambiar la patología conductual y el funcionamiento cognitivo desadaptativo, ya que la mejora de una conducta conlleva a tener efectos saludables en la cognición y viceversa, por ello, actualmente viene siendo la combinación frecuente de las técnicas cognitivas y conductuales en la práctica clínica (Hernández y Sánchez, 2007).

Por otro lado, bajo el punto de vista fenomenológico Ruiz et al. (2012) propusieron cuatro rasgos de la TCC; donde el primer rasgo característico sería que la TCC trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido; por lo que bajo esta premisa, cada ser humano tiene la responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos; como segundo rasgo es que cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos; caracterizándose por ser una terapia de tiempo limitado; como tercer rasgo es que la TCC posee una naturaleza educadora y por último tiene un carácter auto-evaluador.

En resumen, la terapia cognitiva conductual es aquella que integra diversas técnicas y programas de carácter cognitivo y conductual a fin de mejorar las respuestas desadaptativas que puede padecer el ser humano a nivel físico, afectivo, cognitivo y conductual; asimismo, es de tratamiento limitado, donde se trata de educar al individuo.

**1.2.3.4. Trastorno de Adaptación.** Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) indica que el trastorno adaptativo (T.A.) es aquel trastorno que se presenta con una serie de síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a uno o más factores

estresantes identificables y que generalmente se presenta en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés.

Asimismo, Hernández et al. (2007) refirieron que el trastorno de adaptación se manifiesta tras un cambio biográfico significativo o un vital evento estresante, que tiende a sobrepasar la capacidad de afronte del sujeto y por ende es incapaz de adaptarse a las circunstancias donde se desenvuelve este sujeto, siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes el humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas que acaban generando cierta incapacidad para la actividad social o laboral. Asimismo, este trastorno se diferencia de la reacción normal ante el estrés porque sus componentes emocionales y conductuales que experimenta el sujeto, lo hace con una mayor intensidad y es incapacitante, lo cual, su evolución no sobrepasa el periodo de seis meses; sin embargo, al persistir y ser crónico el estresor, el curso de la evolución puede prolongarse (Berroa, 2011).

**1.2.3.5. Definición de Laparotomía Exploratoria.** A fin de contextualizar el presente trabajo de estudio se opta por conceptualizar algunos términos médicos que se presentaron en el paciente, en este sentido se explica el término de laparotomía exploratoria según Sierra (2004):

“Laparotomía es una palabra de origen griego; indica sección o incisión del flanco, vacío (Litré) o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas (Ashurts). Laparotomía exploradora es pues la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a formular un diagnóstico” (p.505).

Primeramente, el término de laparotomía hace referencia a aquella incisión realizada a través de la pared abdominal que va permitir al cirujano realizar una operación sobre los contenidos de la cavidad abdominal. Siendo la laparotomía exploratoria, aquella incisión usada

cuando el cirujano no conoce la naturaleza exacta de la patología del paciente, por lo cual este procedimiento es realizado con el objeto de llegar a formular un diagnóstico e identificar el problema causal (Valpuesta, 2008; Sierra, 2004).

**1.2.3.6. Definición de Colostomía.** La colostomía *es una técnica quirúrgica que consiste en la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, suturándolo generalmente a la piel, con el objetivo de crear una salida artificial para el contenido fecal* (Tamanes y Martínez 2000, p.266).

De igual manera, Arias (2000) refiere que una colostomía viene a ser *la exteriorización quirúrgica del colon a través de la pared abdominal, para provocar la salida del contenido fecal al exterior* (p.82). Por lo tanto, las heces no siguen el recorrido normal del intestino, sino que terminan generalmente en una bolsa de plástico que las recoge.

Asimismo, las colostomías se efectúan con fines terapéuticos, de tal manera que en función a ello pueden clasificarse en temporales o definitivas; por lo que en relación a la colostomía temporal, reciben este nombre porque una vez mejorada la afección distal del tránsito intestinal, ésta puede cerrarse restableciéndose el tránsito; mientras que la colostomía puede ser definitiva cuando la lesión distal a ella, no puede ser extirpada o cuando siendo extirpada no hay posibilidad de restablecer el tránsito (Castejón, 1975; Tamanes y Martínez, 2000).

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo General***

- Disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente adulto colostomizado a través de la Intervención cognitivo conductual.



### **1.3.2. *Objetivos Específicos***

- Disminuir las respuestas fisiológicas como: el aumento de la frecuencia cardiaca, mareo, tensión e insomnio en un paciente adulto colostomizado a través de la técnica de respiración y distracción externa.
- Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad en un paciente adulto colostomizado a través de la técnica de relajación muscular progresiva y distracción externa.
- Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de miedo a morir durante la cirugía en un paciente adulto colostomizado mediante la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva.
- Modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”, “Me siento poco atractivo” en un paciente adulto colostomizado mediante la reestructuración cognitiva.

### **1.4. Justificación**

Diversas investigaciones han descrito los problemas emocionales y psicosociales que surgen a consecuencia de la realización de una ostomía; siendo la ansiedad una respuesta psicológica más común en estos pacientes; ya que estas personas se enfrentan a la adaptación de los cambios corporales, la preparación de autocuidado, la alteración de la sexualidad, los impactos en la vida social y las actividades diarias que todo ello implica (Ang et al., 2013, citado en Rafieri, 2017). Sin embargo, la realización de programas a nivel afectivo realizado por el profesional de psicología es poco frecuente, a diferencia de los programas enfocados a la formación del manejo de la ostomía que generalmente involucra los cuidados de enfermería

(Aranda, 2013). De ahí la importancia de la elaboración y aplicación de un plan de intervención cognitivo conductual para la ansiedad en un paciente post operado de laparotomía exploratoria con colostomía temporal a fin de mejorar el bienestar psicológico de aquellos pacientes.

Por lo cual, el presente estudio de caso aporta primeramente un beneficio al paciente con quien se trabajó; puesto que a través de las técnicas cognitivas conductuales permitió un mejor afrontamiento durante el tiempo de tratamiento médico y posterior cierre de la colostomía, mejorando de esta manera su desenvolvimiento personal y familiar. Evidenciándose de esta manera la utilidad y eficacia de la terapia cognitivo conductual en este tipo de casos.

Por otro lado, también se pretende contribuir a la comunidad psicoterapéutica con fines prácticos; ya que, servirá como una referencia para otros profesionales en psicología y podrán contar con información clara para saber qué tipo de ayuda ofrecer frente a situaciones clínicas como este caso.

### **1.5. Impactos esperados del Trabajo Académico**

Se espera disminuir la sintomatología ansiosa del usuario mejorando su salud emocional y física, la cual se reflejará en la mejora de sus relaciones familiares, bienestar general y repertorio conductual. De manera que el sujeto de estudio podrá enfrentarse de manera funcional a la adaptación de los cambios corporales y psicológicos durante el periodo de la terapéutica, que amerita la colostomía. Finalmente, esta intervención podrá ser replicada en casos con pacientes ostomizados, con sintomatología ansiosa tomándolo como evidencia empírica.

## **II. Metodología**

### **2.1. Tipo y Diseño de Investigación**

El presente estudio es una investigación aplicada (Ñaupas, 2018), desarrollado bajo un diseño experimental de caso único, con modelo AB, donde se establece en la primera fase “A” la línea base de la variable dependiente sin recibir algún tipo de tratamiento, mientras que en la segunda fase “B” se procede con la intervención o tratamiento haciendo uso de la variable independiente (Fontes et al., 2020). En este sentido cualquier cambio habido dentro de la fase de tratamiento (fase B) en contraste con la línea base (fase A), debe atribuirse a la acción del tratamiento y por lo tanto cualquier cambio de nivel o de tendencia durante la fase del tratamiento se puede inferir que ha tenido efecto el tratamiento (Gras et al., 1990).

## **2.2.Ámbito Temporal y Espacial:**

El presente estudio de caso único se llevó a cabo durante tres meses, a partir de setiembre 2021 hasta diciembre del mismo año, teniendo una duración de 12 sesiones, cada una con duración de 60 minutos, con frecuencia de una vez a la semana y teniendo como lugar de intervención, el domicilio del paciente ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho; sin embargo, algunas sesiones se realizaron vía virtual por medio de la plataforma Zoom.

## **2.3.Variables de Investigación**

### **2.3.1. *Variable Dependiente***

La ansiedad es un sistema complejo de respuestas psicológicas que se activan a nivel: conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva ante situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas, y que potencialmente podrían tener implicancias negativas en los intereses vitales de un individuo (Beck, 2012).

### **2.3.2. *Variable Independiente***

La terapia cognitiva conductual es un tipo de tratamiento que trata distintos problemas de salud mental como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros. Asimismo, el enfoque que brinda es directivo, por tiempo limitado y estructurado a fin de apoyar a los pacientes que tienen una variedad de afecciones, y además es el método psicoterapéutico más investigado y comprobado (Broks, 2022). Por otro lado, este modelo proporciona una descripción precisa y objetiva del problema por medio del análisis de la conducta que se realiza al momento de la evaluación, de tal manera, que permite adaptar los diversos procedimientos de intervención terapéutica al mismo y a las características únicas de cada cliente, permitiendo determinar metas específicas y claramente definidas, así como un plan concreto de intervención (Olivares et al., 2014).

## **2.4. Participante**

El paciente es un joven varón de 26 años de edad, soltero, estudiante de diseño de interiores, con una posoperación de laparotomía exploratoria con colostomía temporal, quien al momento de la atención psicológica, presenta un nivel de ansiedad moderado.

## **2.5. Técnicas e Instrumentos**

### **2.5.1. Técnicas de Evaluación Utilizadas**

**2.5.1.1. Observación psicológica.** La observación es la estrategia fundamental del método científico; siendo una conducta humana universal que está sujeta a la situación de evaluación de un observador entrenado hacia un sujeto, ya sea en su ambiente natural o análoga en la que no se elicitán respuestas, y en la cual se requiere de una serie de procedimientos y técnicas de recogida de información, con determinados protocolos que permitan la anotación sistemática correspondiente (Fernández-Ballesteros, 2005).

**2.5.1.2. Entrevista psicológica.** Es una técnica imprescindible del método clínico y que cumple determinados pasos dentro de la investigación científica de la psicología. Asimismo, permite establecer una relación de índole particular entre dos o más personas, en la cual uno de sus integrantes debe indagar lo que pasa y actuar según ese conocimiento a fin de los objetivos que busque, ya sea de carácter investigativo, de diagnóstico, orientación u otra finalidad (Bleger, 1964).

**2.5.1.3. Autorregistros.** Es una técnica que sirve para obtener información detallada de la conducta de un individuo y conocer ante que situaciones, personas o conductas se puede incrementar o disminuir tal conducta que se pretende evaluar o que se quiere analizar en el transcurso de un tiempo determinado, por lo que puede ser aplicable en la fase inicial, durante y/o al finalizar el tratamiento psicoterapéutico; ya que permite recoger información, comparar cambios posteriores o evidenciar resultados de la intervención (Díaz et al., 2017).

## **2.5.2. Técnicas Terapéuticas Utilizadas**

**2.5.2.1. Psicoeducación.** Es una técnica que tiene como finalidad brindar información necesaria a las personas que padecen algún trastorno psicológico junto a su entorno, promoviendo la aceptación, asimilación y confrontación de la problemática, trastorno o patología a ser tratada; ya que ello permite reducir los factores de ansiedad que podría llegar a producirse por el desconocimiento de los mismos. De igual manera, busca concientizar a través del proceso de aprendizaje y reaprendizaje a la población en general (Rojas, 2015).

**2.5.2.2. Técnica de respiración.** Es una técnica que adiestra al sujeto a ejercer control de su propia respiración a través de la concentración del oxígeno que se inhala y exhala al momento de respirar, fomentando una adecuada capacidad funcional de los pulmones a fin de manejar con facilidad los incrementos de la activación fisiológica ante situaciones de estrés y ansiedad (Olivares et al., 2014).

**2.5.2.3. Técnica de Relajación Muscular Progresiva.** Las técnicas de relajación son procedimientos dirigidos a enseñar a las personas para que aprendan a controlar la intensidad de su activación corporal; siendo éstas una de las estrategias que comúnmente se utilizan para reducir los niveles de activación, generando una respuesta antagónica con los estados de ansiedad (Labrador, 2014). Además, no pretenden eliminar totalmente la tensión sino disminuirla, a fin de no interferir con el buen funcionamiento del individuo (Vásquez, 2008). Por lo tanto, estas técnicas de relajación reflejarán un efecto a nivel psicofisiológico, que engloba los cambios psicofísicos referidos a nivel visceral, somático y cortical, a nivel conductual, referente a los comportamientos o conductas externas al individuo y a nivel cognitivo, centrado en los pensamientos o cogniciones del sujeto; las cuales a pesar de que la acción sobre uno de los componentes tiene cierta influencia sobre el otro, no existe una total covariación entre los tres sistemas de respuestas (Miguel-Tobal, 1995).

Existen diversas técnicas de relajación que se usan en el ámbito de la psicología clínica; siendo la más usada la técnica de relajación muscular progresiva, la cual permite ayudar a reducir la ansiedad e interrumpir los pensamientos obsesivos negativos, promoviendo así la calidad de vida y mejorando la capacidad de afrontamiento (Cheung et al., 2003).

La técnica de relajación muscular progresiva fue desarrollado por Edmund Jacobson a principios del siglo XX, su trabajo se fundamenta del método tensión-relajación y del método pasivo, propuso que una musculatura relajada podía conllevar a la calma de los pensamientos y a la reducción de la actividad simpática, y consideró que su labor era hallar un método de inducir a los músculos a perder su tensión (Payne, 2005).

**2.5.2.4. Técnica de Distracción Externa.** También denominada técnica distractiva, cuya función es intentan focalizar la atención del paciente en actividades o estímulos placenteros, desviando la atención de las sensaciones desagradables o de los potenciales estímulos condicionados involucrados en la situación (Blasco, 1992).

**2.5.2.5. Cuestionamiento Socrático.** Es una técnica cognitiva que permite ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales a través de preguntas abiertas; siendo ello un proceso guiado por el terapeuta, de tal manera que el paciente sea quien llegue a hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones (Díaz et al., 2017).

**Reestructuración cognitiva.** Es considerada como un grupo heterogéneo de técnicas y procedimientos que forman parte de la terapia cognitiva en el ámbito clínico; siendo, la discusión o debate la actividad terapéutica central de la técnica y trata en esencia de un dialogo, inicialmente del terapeuta con el paciente y, posteriormente, del paciente consigo mismo, en el que se intenta que éste reflexione sobre lo apropiado de sus cogniciones y entonces cambie sus pensamientos disfuncionales, principalmente a través de preguntas y de diferentes estrategias de debate (Calero-Elvira, Froján-Parga, Ruiz-Sancho y Vargas-de la Cruz, 2011).

### **2.5.3. Instrumentos**

**a) Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE).**

Autor: Hans Jurgen Eysenck

Año: 1954

Objetivo: Evaluar de manera directa las dimensiones de la personalidad, neuroticismo, extraversión y psicoticismo.

Forma de aplicación: individual y colectiva

Tiempo de aplicación: no cuenta con un tiempo determinado, aunque posee un tiempo promedio de 20 minutos.

Descripción: El CPE consta de tres escalas principales y de una escala de mentira. Las tres escalas principales evalúan las dimensiones básicas de la personalidad y la cuarta se emplea como un procedimiento de control a fin de detectar si el sujeto intenta falsear sus respuestas.

Posee en total 78 ítems.

Validez: Se realizó la validez de constructo por medio del análisis factorial y también para la validez convergente y discriminante se obtuvo buenas correlaciones con el cuestionario de personalidad del mismo autor.

Confiabilidad: Se obtuvo una fiabilidad de las dimensiones mediante el análisis de consistencia interna alpha de Cronbach y test-retest, oscilando los coeficientes entre 0,71 y 0,86 (Ibáñez, 1995). Por otro lado, está validado en el Perú por Dany Araujo Robles en el año 2000.

**b) Inventario de Depresión de Beck II – (DBI-II).**

Autor: Aaron T.Beck

Año: 1961

Objetivo: Mide la presencia y gravedad de la depresión tanto en adolescentes y adultos desde los 13 años de edad en adelante.

Tiempo: Puede ser aplicado de forma individual o grupal, requiere mínimo de 10 a 15 minutos.



Descripción: Se basa en el modelo cognitivo de Beck, cada ítem se responde a una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 63 estableciendo la siguiente categoría: 0 – 13 no padece depresión; 14 – 19 depresión leve; 20- 28 depresión moderada; 29- 63 depresión grave. Asimismo, consta de 21 indicadores que indican: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. De las cuales, cumplen con los criterios para el diagnóstico de episodios depresivos.

Validez: Se realizó la validez convergente y discriminante, presentando buenas correlaciones con la Escala de depresión del MMPI-II ( $r=0,58$ ,  $p<0,01$ ) y con la Escala de Depresión de la SCL-90-R ( $r=0,81$ ,  $p<0,01$ ).

Confiabilidad: Presenta un coeficiente alfa de Crombach de 0,889 que significa que la prueba brinda una alta confiabilidad. Por otro lado, dicho instrumento fue validado por Carranza Esteban Renzo en el año 2012.

### **c) Inventario de Ansiedad de Beck.**

Autor: Aaron T.Beck

Año: 1988

Objetivo: Fue concebido para valorar la intensidad de los síntomas de ansiedad

Tiempo: No determinado

Descripción: Describe diversos síntomas de ansiedad, centrándose en los aspectos físicos relacionas con la ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, dando como respuesta al nivel bajo (0 a 21) moderado (22 a 35) y severo (más de 36).

Validez y confiabilidad: Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los

coeficientes de correlación ( $r$ ) con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el inventario de Ansiedad rasgo – Estado de 0,47 a 0,58 y con la subescala de ansiedad del SCL-90R de 0,81. Al analizarse el trabajo original, Beck encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiéndose obtenerse dos subescalas. Asimismo, posee una elevada consistencia interna (alfa de Crombach de 0,90 a 0,94).

Por otro lado, en nuestro medio, Moreno (2021) realizó una actualización de los datos de confiabilidad y validez, donde se obtuvo un alfa de Cronbach .955 por lo que el inventario de Ansiedad de Beck es de alta confiabilidad y respecto a la validez del BAI fue constatada mediante el análisis factorial exploratorio, utilizando el método de rotación Varimax, en cuanto al análisis de diagnóstico de KMO (.959) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2=5010.699$ ,  $gl=210$ ,  $p<.001$ ), evidenciándose una adecuada correlación entre los ítems, por lo que presenta evidencia para sostener la correspondencia teórica entre el constructo y el dato.

#### **d) Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)**

Autor: Ruiz y Lujan

Año: 1991

Objetivo: 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.

Tiempo: Aproximadamente 15 minutos.

Descripción: Está compuesta por un total de 45 ítems, y está compuesta por las siguientes dimensiones: filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control externo, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los deberías, falacia de la razón, falacia de recompensa divina; cada una de ellas consta de 3 ítems, las cuales se puntúan de 0 a 3, donde 0= casi nunca lo pienso; 1=Algunas veces lo pienso; 2=bastantes veces lo pienso y 3=con mucha frecuencia lo pienso. Asimismo, una puntuación de dos o más

para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente a la persona, de manera importante, ese tema. Una puntuación de seis o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que tiene cierta tendencia a incomodarse por determinada forma de interpretar los hechos de la vida.

Validez y confiabilidad: Respecto a la validez del IPA se realizó el análisis de contenido y el análisis de estructura interna; de las cuales mediante el juicio de expertos se reveló que los ítems cuentan con criterios de claridad, relevancia y representatividad, corroborándose ello, mediante la V de Aiken que obtuvo valores superiores .70 en la mayoría de los ítems. Respecto a la fiabilidad mediante el coeficiente omega se demostró que el IPA ostenta valores superiores a 0.70 que indica adecuados valores de consistencia interna (Gamarra y Vela, 2020).

#### **2.5.4. Evaluación Psicológica**

##### **Datos de filiación**

Nombres y apellidos	: P. D. M. B.
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 02/09/1995
Edad	: 26 años
Sexo	: Masculino
Estado civil	: Soltero
Grado de Instrucción	: Técnico Superior Incompleto-Diseño de interiores
Ocupación	: Estudiante
Numero de hermanos	: Dos
Lugar que ocupa	: Ultimo
Religión	: Cristiano
Lugar de residencia	: San Juan de Lurigancho.

**Observación de conducta:** Durante la primera sesión se nota cabizbajo, se acerca con una marcha lenta e indica un poco de incomodidad al caminar por la bolsa de colostomía en su abdomen. Muestra una actitud colaboradora, expresivo, con demanda de atención hacia su problema. Expresa que ha estado llorando después de la operación por las noches, cuando está solo en su cuarto. Se muestra somnoliento, e indica que toma pastillas para dormir ya que se está acostumbrando a su situación actual, tono de voz bajo y adecuado contacto visual con la examinadora.

**Motivo de Consulta:** El paciente refiere “no soy el mismo de antes, tengo un corte en el abdomen por la operación que me hicieron y me han puesto una bolsa para hacer mis necesidades, cuando veo el corte de la colostomía me pongo a llorar, tengo miedo que en mi segunda cirugía me pueda morir o me quede con la bolsa para siempre, pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar y no estaré listo para la otra operación y eso me preocupa”.

**Problema Actual:** El paciente refiere “No soy el mismo de antes, el 16/08/2021 me realizaron una operación por apendicitis y luego me dieron de alta, pero luego tuve que regresar por emergencia al hospital porque tenía fuertes cólicos y me tuvieron que operar el 11/09/2021 y me hicieron una colostomía y he estado hospitalizado por 12 días, durante ese tiempo los médicos y las enfermeras me han estado cuidando y me he sentido seguro, pero por las noches me ponía a llorar porque no me esperaba que me hicieran este cambio en mi persona, mi doctor me ha hablado que esto es solo temporal (3 meses), eso me alivia pero tengo miedo. Hace dos días me han dado de alta y en estos días aun me siento triste (4/10), en las mañanas cuando me levanto pienso que no soy el mismo, miro mi barriga y me doy cuenta que estoy con la bolsa de colostomía, veo mi corte y me pongo a llorar porque no me puedo mover como antes lo hacía, me frustra un poco, estoy así desde mi segunda operación, ya van 14 días. Me han dado de alta desde hace dos días, me siento mejor estando con mi familia, pero tengo miedo a morir

(8/10). El médico me dijo que después de tres meses me van a operar para volver el intestino a su normalidad, pero me dijo que tengo que estar bien, recuperar mi peso, tratar de cuidarme porque si no podría ser que se demore la cirugía. Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere o se pueda complicar la operación en el momento, pienso esto porque en la primera cirugía lo hizo y se complicó, no le tengo confianza, pienso que me va a suceder lo mismo. Ahora tengo que cuidarme para mi segunda operación. Mi mamá está pendiente de mi alimentación, de los horarios y me pregunta a cada rato como estoy, eso es bueno, pero me pone tenso, hace que me recuerde que estoy con esa bolsa, además como parosentado en la sala y ahí está cerca la cocina ella aprovecha en preguntarme, hay momentos en que pienso en mi próxima cirugía y me da como un mareo y siento el latido de mi corazón un poco más fuerte y me pongo a mover ambas piernas, pero luego se me pasa, me durará segundos, me pongo a rezar. Yo estoy comiendo como la nutricionista me ha dicho, pero ahora que no tengo un pedazo de mi intestino pienso que no se van a absorber los nutrientes y me voy a enfermar. Cómo quisiera que no me hubiera pasado esto, no duermo tan bien porque tengo que estar en una sola postura, no me acostumbro aún, pienso que si me muevo se va a salir la bolsa de colostomía y pueda mancharme, eso me pone tenso, mi espalda me duele y el cuello también, me preocupa mi salud, no quiero que se complique, también he bajado 4 kilos y me gustaría subir rápidamente”

**Tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos recibidos anteriormente:** paciente refiere no haber recibido ningún tipo de tratamiento psicológico ni psiquiátrico anteriormente.

**Opinión del paciente respecto a su conducta problema:** el evaluado manifiesta que nunca pensó que podría tener este problema de salud (colostomía) y que esto podría afectarle psicológicamente.

**Antecedentes psiquiátricos en la familia:** Expresa que progenitora ha tenido episodios de ansiedad y depresión hace 5 años, por lo cual recibió tratamiento psicológico en un centro de salud.

**Desarrollo Cronológico del Problema:** Paciente refiere hace aproximadamente un mes, el día 16/08/2021 le realizaron una operación por apendicitis y luego le dieron de alta.

Después de transcurridos 26 días manifiesta que regresó por emergencia al hospital por fuertes cólicos y le tuvieron que operar el 11/09/2021, realizándole una laparotomía exploratoria con una colostomía temporal. Estuvo hospitalizado 12 días, durante los cuales por las noches se ponía a llorar, debido a que se sentía triste porque no esperaba que lo vuelvan a operar.

Al momento del alta (23/09/2021) continúa experimentando tristeza (4/10) e indica que cuando está en su casa, por las mañanas cuando se levanta, piensa que no es el mismo de antes, observa su abdomen y al darse cuenta de la cirugía se pone a llorar, expresa que le frustra un poco, ya que no puede moverse como antes lo hacía.

Paciente expresa tener miedo a morir, piensa “el doctor se puede equivocar”; ya que anteriormente ingresó a emergencia con un diagnóstico y volvió a ingresar por otro, lo cual complicó su salud. Ahora que se encuentra en casa con su familia, la mamá está pendiente de la alimentación y le pregunta como 7 veces durante el día acerca de cómo se encuentra, lo cual genera en él, tensión, puesto que le hace recordar que tiene una colostomía. Refiere que cuando piensa en su próxima cirugía, aparecen mareos, siente el latir de su corazón un poco más fuerte y empieza a mover ambas piernas, mientras está sentado en la sala (ansiedad 8/10) y luego le pasa después de 5 segundos, y se pone a rezar. Asimismo, piensa “no se van a absorber los nutrientes y me voy a enfermar” ya que le han hecho una resección de la porción de su intestino delgado, indica que no duerme bien por mantenerse en una sola postura. Se siente poco atractivo. Piensa “si me muevo se va a salir la bolsa de colostomía y puedo mancharme”, se

pone tenso, con dolor en la espalda y el cuello, le preocupa su salud, y no quiere que se complique; también enfatiza que ha bajado 4 kilos y le gustaría subir de peso rápidamente.

### **Historia Personal**

**Perinatal:** Señala que su madre tenía 20 años aproximadamente cuando estuvo embarazada de él. Durante el embarazo no hubo ninguna complicación, naciendo a los nueve meses por medio de un parto normal, refiere que su progenitora tuvo dolores fuertes al momento del parto, y que al nacer no tuvo contacto con ella; sino que estuvo un día en observación en la incubadora porque había tomado el líquido amniótico.

**Desarrollo Psicomotor:** refiere no haber tenido problemas psicomotores, teniendo una motricidad acorde a su etapa evolutiva, respecto al lenguaje, comenzó a hablar al año, logrando hablar fluidamente a los 5 años sin tener problemas para articular las palabras. Control de esfínteres a los 3 años y medio, sin embargo, por las noches refiere haberse orinado algunas veces hasta la edad de 9 años.

**Actitudes de la Familia:** manifiesta que su padre era de estar más tiempo trabajando, no había mucha comunicación, mientras que su madre era quien estaba en casa, era quien ponía las reglas en el hogar, recuerda que su madre siempre le ha engreído por ser el último hijo y sus hermanos mayores le protegían, le cuidaban.

**Conductas Inadecuadas de la Infancia:** Manifiesta haber tenido problemas con el control de esfínter hasta los 9 años, recuerda que se orinaba en la cama mientras dormía y su madre le decía que sus hermanos también tenían ese problema hasta los cinco años. Asimismo, indica no haber asistido al médico porque solo pasó el problema ya que su progenitora usaba métodos caseros como hacerle sentar en ladrillo algo caliente. Recuerda que su madre se preocupaba y sus hermanos no eran de molestarle por orinarse en la cama.

**Niñez:** Paciente refiere no recordar mucho su infancia, pero indica que siempre ha vivido en San Juan de Lurigancho con sus padres y sus dos hermanos mayores, expresa haber

sido tranquilo de niño, poco juguetón e introvertido socialmente, siendo poco conversador como los demás niños de su edad. En cuanto a la crianza, expresa que su padre era de pasar mayor tiempo trabajando y su madre era quien ponía las reglas y los límites en casa, refiere “la atención que recibíamos eran por igual, no ha habido preferencias, a veces mi mamá recurría a la violencia, usaba la correa cuando hacíamos travesuras, no recuerdo que travesuras hacíamos”. Asimismo, recuerda que a la edad de 9 años observaba que la relación entre sus padres era problemática, puesto que algunas veces se peleaban “un poco”, enfatiza que su madre era quien iniciaba la discusión, y ello le asustaba, se desesperaba y lloraba, por lo que sus hermanos eran de llevarlo a otro lugar para que se calme, entre hermanos se apoyaban. Recalca que esta situación entre sus padres duró aproximadamente un año, y luego a sus 16 años ya no le afectaba estos problemas.

**Adolescencia:** Manifiesta que durante esta etapa mejoró en sus relaciones interpersonales, aunque le costaba iniciar la conversación. Expresa que con sus hermanos eran de reírse, jugar, hacer bromas y ayudarse mutuamente. La relación con su padre era algo distante, aunque conversaban en el tiempo que no iba al trabajo, los temas que tocaban eran de fútbol y de las cosas que pasaban en el día, indica tener mayor confianza con la figura materna. Por otro lado, cuenta que la relación que tenía con sus amistades era buena, aunque a veces había problemas por piconería al apostar al jugar fútbol, pero era algo que pasaba después del juego, indica que a partir de los 16 o 17 años empezó a consumir eventualmente cerveza y vodka en las fiestas que iba con sus hermanos o amistades, niega consumo de drogas y de cigarros.

**Escolaridad:** Paciente refiere haber terminado el colegio a los 16 años de edad, y en la cual ha tenido calificaciones entre 11 y 13 durante la secundaria, a diferencia de la primaria que obtuvo buenas calificaciones, hace mención que tuvo que recuperar notas en tiempo de vacaciones cuando estuvo en primero y segundo de secundaria; ya que durante en ese periodo



se dedicaba a “tontear en vez de estudiar”, y pasaba mayor tiempo en los videojuegos y futbol con sus amigos. Refiere que le hicieron “bulliying pero no al extremo”, le escondían la mochila y buscaban la pelea, sin embargo estos episodios no eran frecuentes y lo arreglaba en el momento. Así también, expresa haber tenido llamadas de atención por parte de su tutor del colegio cuando no entraba a clase por jugar, por tareas incompletas o por tener el cabello un poco largo; lo cual ello hacía que después su progenitora le llame la atención. Terminando el colegio estuvo interesado en ingresar al ejército porque expresa haber querido ser oficial y le gustaba la vida castrense, con reglas y formalidad, así que estuvo estudiando medio año en una academia militar, pero al final no llegó a ingresar por problemas visuales y falta de conocimiento. Así que en el 2013 estudió en una academia y postuló en el 2015 a la Universidad Nacional de San Marcos a la carrera de ingeniería metalúrgica, estudiando dos años ya que se dio cuenta que no le agradaba y sacaba cursos a cargo, expresa que sus padres se molestaron ante la decisión de abandonar la carrera, pero luego aceptaron. Actualmente refiere estar estudiando en un instituto la carrera de diseño de interiores, pero ha reservado la matrícula por un año por temas de su salud que le impiden continuar.

**Trabajo:** Relata que empezó a trabajar desde los 21 años de edad en ventas, es de mantener buenas relaciones interpersonales con sus amistades, expresa que es de conversar con sus compañeros más cercanos en hora de almuerzo y de salir a veces a reuniones con ellos. Por lo general trata de que el ambiente laboral sea agradable. Actualmente no se encuentra laborando por el diagnostico que le aqueja; sin embargo, anteriormente ha estado realizando trabajos eventuales con sus primos en lo que es Autocad, enfatiza que es de cumplir a tiempo con lo que le solicitan hacer y no tener problemas posteriormente.

**Desarrollo Psicosexual:** Refiere haber tenido 5 enamoradas. Recuerda que su madre era de hablar de sexualidad, le decía que se cuide y sepa pensar, y evitar embarazos no deseados. Recuerda que la primera enamorada lo tuvo a los 13 años, siendo ella quien dio la

iniciativa y estuvieron un mes, indica: “fue ella quien me beso y me buscó, con ella conversábamos en el colegio a la hora de la salida, fue una relación fugaz”. Luego a los 14 años estuvo con su segunda enamorada por iniciativa de ella y estuvieron cinco meses, después a los 16 años tuvo una tercera enamorada y estuvieron juntos por 6 meses, terminando la relación después de concluir el colegio. Indica que la última relación sentimental ha sido hace poco, y fue por iniciativa de él cuando tenía 18 años, expresa que se puso nervioso cuando le propuso que sean enamorados, le gustaba porque tenían “buena conexión, los mismos gustos en salir, ver películas” aunque había celos por parte del examinado cuando él observaba las conversaciones que escribían sus amistades a ella. Manifiesta que la relación terminó hace tres años, estando triste como cuatro meses, ya que la enamorada buscó a otra persona, él era de llamar para ver si podía regresar con ella, recalca que esa situación no interfirió en el trabajo, ni en sus relaciones interpersonales.

**Actitudes Religiosas:** Su familia es cristiana, expresa que desde hace 14 días ha decidido seguir la religión de sus padres porque se siente más seguro y protegido por Dios.

**Relaciones Interpersonales:** Manifiesta que antes de la operación algunas veces iba a fiestas con amigos de confianza de la universidad y del instituto. Refiere tener amistades duraderas y de confianza, le agrada hacer sus actividades de manera individual porque le gusta que las cosas salgan a su manera, de lo contrario tiende a enojarse y se frustra. Señala que ante tal frustración se fastidia consigo mismo, “se nubla”, y en caso de llegar a mucha rabia es de coger la almohada con cólera para poder liberar sus tensiones, enfatiza que generalmente no es de demostrar su enojo con los demás, pero si tiende a expresar lo que piensa.

**Enfermedades y/o Accidentes:** Examinado refiere haber tenido varicela a los 7 años. Asimismo, respecto a sus padres refiere que su padre tiene antecedente de cáncer, y su madre sufre de depresión y ansiedad, también tiene antecedentes de cáncer e hipertensión arterial.

### **Historia Familiar**

**Papá:** Juan, de 65 años, carpintero, con grado de instrucción secundaria, religión cristiana. Examinado expresa que su progenitor es una persona seria, callada, pero cuando hay visitas en casa es alegre, la relación paterno filial señala que es buena, donde el progenitor está pendiente del estado de salud del evaluado actualmente.

**Mamá:** María, de 64 años de edad, con grado de instrucción secundario, ama de casa y de religión cristiana. Con características personales de ser alegre, comunicativa, confiable, de preocuparse cuando hay problemas en casa, tiende a ser nerviosa y a veces llora cuando hay problemas en casa. Asimismo, con respecto a la relación materno filial, paciente que refiere que es buena, ya que siempre está pendiente de todos y ahora está más atenta con él, le prepara los alimentos como ha indicado el nutricionista, le apoya y es cariñosa. Por otro lado, con respecto a la relación que tienen actualmente sus padres es que “ya no se agreden, ahora se toman como broma”, expresa que sus padres se han separado cuando él tenía 18 años, pero viven juntos, aunque ya no son pareja.

**Hermano 1:** Harry, de 40 años de edad, con grado de instrucción secundaria completa, de ocupación carpintero, y de religión católica. Con características personales de ser un poco serio, comprensivo y que le gusta que le obedezcan según lo manifestado por el examinado, teniendo una buena relación entre hermanos, indica: “es muy bueno conmigo, me conversa, de pequeño me ha protegido cuando a veces me molestaban en el colegio”.

**Hermano 2:** Joel, de 36 años de edad, con grado de instrucción secundaria completa, de ocupación carpintero, y de religión católica. Con características personales de ser una persona buena, alegre, confiable, conversador y brinda consejos al evaluado. Paciente que indica tener también una buena relación con su hermano, ya que con él conversa de las cosas que quiere estudiar, le aconseja, y le apoya.

### **Diagnóstico psicológico tradicional**

**Tabla 1**

*Criterios según el DSM V para el trastorno de adaptación*

<i>CRITERIOS DSM V</i>	<i>Presentes en el paciente</i>
<p><b>A.</b> Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.</p> <p><b>B.</b> Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p><b>C.</b> La alteración relacionada con el estrés no cumple con los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.</p> <p><b>D.</b> Los síntomas no representan el duelo normal</p> <p><b>E.</b> Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente post operado de laparotomía exploratoria y colostomía</li>   <li>• Miedo a morir en siguiente cirugía, ansiedad elevada que le dificulta dormir por las noches, presentando además respuestas fisiológicas: aumento de la frecuencia cardiaca, mareo y tensión.</li> </ul>

Especificar si:

**309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido:** predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza

**309.24 (F43.22) Con ansiedad:** predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

**309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido:** predomina una combinación de depresión y ansiedad.

**309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta:** predomina la alteración de la conducta.

**309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta:** predominan los síntomas emocionales (p.ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

**309.9 (F43.20) Sin especificar:** para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

### Diagnóstico funcional

**Tabla 2**

*Diagnostico funcional*

Conductas	Exceso	Debilitamiento	Déficit
• Mareo al pensar en su próxima cirugía	X		
• Aumento de la frecuencia cardiaca cuando piensa en su próxima operación	X		
• Tensión cuando recuerda que tiene que ser operado nuevamente	X		
• Insomnio	X		
• Miedo a morir durante la cirugía	X		
• Ansiedad ante la enfermedad	X		
• “Me siento poco atractivo”	X		
• “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”	X		
• “Pienso que no soy el mismo de antes”	X		
• “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”	X		

### Análisis funcional

**Tabla 3**

*Análisis funcional*

Estímulos Discriminativos (ED)	ORGANISMO (factores biológicos, psicológicos y socioculturales)	Conducta	Estímulos Reforzadores (ERf)
<p><b><u>ED Externos:</u></b> Observar la bolsa de colostomía en su cuerpo</p>	<p><u>Variables biológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Post operado de laparotomía exploratoria</li> <li>• Cambios en la alimentación</li> <li>• Pérdida de peso</li> </ul> <p><u>Variables psicológicas:</u> Madre con antecedente de ansiedad y depresión</p>	<p><u>Fisiológico:</u> Palpitaciones, mareo, tensión muscular</p> <p><u>Emocional</u> Miedo a morir durante la cirugía (8/10) Ansiedad ante la enfermedad (8/10) Tristeza (4/10)</p> <p><u>Cognitivo:</u> “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”, “Me siento poco atractivo”</p>	<p><b><u>ERf Externos</u></b> Madre pregunta frecuentemente ¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes?</p>

### 2.5.5. Evaluación Psicométrica

#### Informe psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE)

Apellidos y nombres : P. D. M. B.

Edad : 26 años

Fecha de nacimiento : 02/09/1995

Lugar de Nacimiento : Lima

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Domicilio del evaluado

Psicólogo : Milagros Saavedra Ajón

#### Motivo de consulta

Establecer características de personalidad

#### Instrumento aplicado

Cuestionario de personalidad de Eysenck

#### Resultados

**Tabla 4**

*Resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck*

<b>Dimensión</b>	<b>Puntaje directo</b>	<b>Puntaje percentilar</b>	<b>Diagnostico</b>
Extraversión	14	55	Tendencia a la Introversión
Neuroticismo	14	65	Tendencia al Neuroticismo
Psicoticismo	4	30	Tendencia al ajuste conductual
Mentiras	8	50	La prueba se valida

## **Interpretación de los resultados**

El evaluado presentó características de personalidad con tendencia a la introversión, es decir, es una persona que socialmente se muestra reservado, un poco retraído y disfruta de su privacidad, algunas veces prefiere que los demás tomen la iniciativa al hacer nueva amistad, por ejemplo recuerda que de niño no era tan conversador como los otros niños de su edad que se acercaban a él para jugar, aunque esta conducta mejoró durante la adolescencia a pesar que le costaba, puesto que tenía mayores amigos y se sentía más seguro de sí mismo. También es una persona que le gusta hacer trabajos de manera individual o de lo contrario suele realizar actividades en grupo con personas con quienes conoce y ya ha establecido un vínculo amical. También puede ser fiable, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas, actuando con formalidad y buenas maneras sociales.

Por otro lado, es una persona con tendencia a percibir situaciones de su entorno como amenazadoras, por lo que ello le conlleva a sentirse ansioso, preocupado por el futuro y en ocasiones le acompañan con molestias y dificultades corporales a consecuencia de la tensión psíquica vivida, un ejemplo de ello son las manifestaciones que presenta en su situación actual cuando expresa “Pienso que me voy a morir en mi próxima cirugía”, “no duermo bien”, “piensa que no se van absorber los nutrientes y se va a enfermar”. Asimismo, cuando no logra sus objetivos en actividades académicas o laborales su estado de ánimo tiende a cambiar por lo que se enoja y se frustra.

Se ajusta a las reglas sociales y familiares, se muestra respetuoso con la autoridad, empático, amable, responsable y reflexivo. Tiende con facilidad a adaptarse a las normas y pautas sociales establecidas.

## **Recomendaciones y/o sugerencias**

- Intervención individual en terapia cognitivo conductual para el abordaje de ansiedad.



## Informe Psicológico del Inventario de Ansiedad de Beck

Apellidos y nombres : P. D. M. B.

Edad : 26 años

Fecha de nacimiento : 02/09/1995

Lugar de Nacimiento : Lima

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Domicilio del evaluado

Psicólogo : Milagros Saavedra Ajón

### Motivo de consulta

Establecer el nivel de ansiedad del paciente

### Instrumento aplicado

Inventario de ansiedad de Beck

### Resultados

#### Tabla 5

*Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck*

Dimensión	Puntuación	Diagnostico
Ansiedad	23	Ansiedad moderada

### Interpretación de los resultados

A través de la prueba administrada se evidencia que el evaluado presenta indicadores de sintomatología ansiosa moderada al experimentar síntomas somáticos y afectivo-cognitivo,

como: incapacidad para relajarse, palpitaciones, mareo, nerviosismo, temblor en las piernas, miedo a que suceda lo peor, miedo a morir, sensación de inestabilidad e inseguridad física, molestias digestivas y abdominales. De las cuales estas manifestaciones vienen interfiriendo en su bienestar psicológico durante la última semana antes de la aplicación de dicho inventario.

### **Recomendaciones y/o sugerencias**

Intervención individual en terapia cognitivo conductual para el abordaje de ansiedad.

### **Informe Psicológico del Inventario de Depresión de Beck**

Apellidos y nombres : P. D. M. B.

Edad : 26 años

Fecha de nacimiento : 02/09/1995

Lugar de Nacimiento : Lima

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Domicilio del evaluado

Psicólogo : Milagros Saavedra Ajón

### **Motivo de consulta**

Establecer el nivel de depresión del paciente

### **Instrumento aplicado**

Inventario de depresión de Beck

## Resultados

**Tabla 6**

*Resultados del Inventario de Depresión de Beck*

<b>Dimensión</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Diagnostico</b>
Depresión	15	Depresión leve

### Interpretación de los resultados

Por medio de la prueba administrada se puede evidenciar un nivel de depresión leve, por lo cual, las conductas manifiestas por el evaluado no son significativas para realizar una intervención cognitiva conductual.

### **Informe Psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck**

Apellidos y nombres : P. D. M. B.

Edad : 26 años

Fecha de nacimiento : 02/09/1995

Lugar de Nacimiento : Lima

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Domicilio del evaluado

Psicólogo : Milagros Saavedra Ajón

### **Motivo de consulta**

Identificación de los pensamientos automáticos

### **Instrumento aplicado**

Inventario de pensamientos automáticos de Beck



Tristeza al percibir su cuerpo distinto	5	5	4	3	3	3	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Tabla 9**

*Línea base, registro de pensamientos automáticos*

<b>Conducta problema</b>	<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mier</b>	<b>Jue</b>	<b>Vie</b>	<b>Sab</b>	<b>Dom</b>	<b>Total</b>
“Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”	III	II	II	II	II	II	II	<b>15</b>
“Pienso que no soy el mismo de antes”	I	II	II	I	II	I	I	<b>10</b>
“Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”	II	II	I	II	I	II	II	<b>12</b>
“Me siento poco atractivo”	I	I	I	I	I	I	I	<b>7</b>

### **2.5.6. Informe Psicológico Integrador**

Apellidos y nombres : P. D. M. B.

Edad : 26 años

Fecha de nacimiento : 02/09/1995

Lugar de nacimiento : Lima

Estado civil : Soltero

Lugar de entrevista : Domicilio del evaluado

Psicólogo : Milagros Saavedra Ajón

### **Observación psicológica**

Paciente varón de 26 años de edad, quien se muestra lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Durante el tiempo de evaluación se muestra colaborador, es de mantener una

comunicación fluida con uso de un lenguaje entendible y coherente, sin mostrar signos de alguna dificultad en sus funciones cognitivas.

### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- Observación psicológica
- Entrevista psicológica
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck
- Autorregistros

### **Interpretación de resultados**

El paciente presenta características de personalidad con tendencia a la introversión, es decir, es una persona que socialmente se muestra reservado, un poco retraído y disfruta de su privacidad, algunas veces prefiere que los demás tomen la iniciativa al hacer nueva amistad, por ejemplo recuerda que de niño no era tan conversador como los otros niños de su edad que se acercaban a él para jugar, aunque esta conducta mejoró durante la adolescencia a pesar que le costaba, puesto que tenía mayores amigos y se sentía más seguro de sí mismo. También es una persona que le gusta hacer trabajos de manera individual o de lo contrario suele realizar actividades en grupo con personas con quienes conoce y ya ha establecido un vínculo amical. También puede ser fiable, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas, actuando con formalidad y buenas maneras sociales.

Por otro lado, es una persona con tendencia al Neuroticismo, es decir que tiende a experimentar ansiedad al percibir situaciones de su entorno como amenazadoras. Lo cual ello se puede evidenciar al momento de la evaluación al presentar un nivel de ansiedad moderada,

experimentando síntomas somáticos y afectivo-cognitivo, como: incapacidad para relajarse, palpitaciones, mareo, nerviosismo, temblor en las piernas, miedo a que suceda lo peor, miedo a morir, sensación de inestabilidad e inseguridad física, molestias digestivas y abdominales a consecuencia de la tensión psíquica vivida por su situación actual y por ende viene afectando su bienestar psicológico durante la última semana. También, cuando no logra sus objetivos en actividades académicas o laborales su estado de ánimo tiende a cambiar por lo que se enoja y se frustra.

Asimismo, esta persona suele ser proclive a preocuparse por el futuro, e interpretar de manera distorsionada los hechos o sucesos que presenta en su cotidianidad por medio de pensamientos automáticos de tipo: Filtraje, Sobregeneralización, Visión catastrófica y Falacia de recompensa divina. Los cuales, provocan una influencia negativa en sus emociones. En este sentido, se detalla los siguientes pensamientos que el paciente expresa, por ejemplo: “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Me siento poco atractivo” (filtraje); “pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “pienso que el doctor se puede equivocar al momento que me opere o se me puede complicar la operación” “pienso que me voy a morir durante la cirugía”, (visión catastrófica).

Se ajusta a las reglas sociales y familiares, se muestra respetuoso con la autoridad, empático, amable, responsable y reflexivo. Tiende con facilidad a adaptarse a las normas y pautas sociales establecidas.

### **Presunción diagnóstica**

Teniendo como referencia los resultados de la evaluación y los criterios diagnósticos del DSM V, se puede presumir el diagnóstico de trastorno de adaptación. 309.24 (F43.22) Con ansiedad.

## **Recomendaciones**

Intervención individual en terapia cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad.

### **2.6. Intervención**

#### ***2.6.1. Plan de intervención y Calendarización***

Se establece esquema de resumen del proceso de intervención cognitivo conductual aplicado a un paciente pos operado de colostomía:



**Tabla 10***Esquema de fase de evaluación*

<b>Fase</b>	<b>Duración</b>	<b>Sesión</b>	<b>Técnicas</b>
<b>Evaluación</b>	1 hora	Sesión 1 25/09/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación de la conducta</li> <li>• Entrevista psicológica</li> <li>• Encuadre terapéutico</li> <li>• Contrato terapéutico</li> <li>• Aplicación de pruebas psicológicas</li> <li>• Tarea: Autorregistro (línea base)</li> </ul>
		Sesión 2 09/10/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación de conducta</li> <li>• Entrevista psicológica</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Aplicación de pruebas psicológicas</li> <li>• Tarea: Autorregistro (línea base)</li> </ul>
		Sesión 3 23/10/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación de conductual</li> <li>• Entrevista psicológica</li> <li>• Aplicación de prueba psicológica</li> </ul>

Tabla 11

*Esquema de fase de intervención*

<b>Fase</b>	<b>Duración</b>	<b>Sesión</b>	<b>Técnicas</b>
<b>Intervención</b>	1 hora semanal	Sesión 4 (30/10/21)	Técnica de respiración diafragmática Técnica de distracción externa Tarea para casa
		Sesión 5, 6 y 7 (06, 13 y 20/11/21)	Técnica de relajación muscular progresiva Técnica de distracción externa Tarea para casa
		Sesión 8 (27/11/21)	Reestructuración cognitiva mediante el cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales Técnica de relajación muscular progresiva Tarea para casa
		Sesión 9, 10, 11 y 12 (04, 11, 18 y 22/12/21)	Reestructuración cognitiva mediante el cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales Tarea para casa
		Sesión final	Aplicación de pruebas psicológicas Autorregistros

## 2.6.2. Programa de intervención

### A) FASE DE EVALUACIÓN

**Tabla 12**

*Sesión 1*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades para la casa</b>
Evaluar al paciente	Observación de conducta Entrevista psicológica Encuadre terapéutico Contrato terapéutico Aplicación de pruebas psicológicas Autorregistro (línea base)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento del rapport y empatía</li> <li>• Determinar la frecuencia, duración, horario y lugar de atención</li> <li>• Llenado del consentimiento informado</li> <li>• Realizar las preguntas respectivas sobre la problemática del paciente desde el enfoque cognitivo conductual (motivo de consulta)</li> <li>• Aplicación del inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad de Beck</li> <li>• Explicación del llenado de la hoja de autoregistro.</li> <li>• Se realiza una retroalimentación de lo comentado dentro de la sesión a fin de reforzar la información brindada.</li> </ul>	Se indica al paciente que registre durante 7 días la intensidad percibida de las emociones de ansiedad, miedo y tristeza por medio de la escala de unidades subjetivas de disturbio (SUDS 1 – 10) a fin de obtener la línea base.

**Tabla 13***Sesión 2*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Evaluar al paciente	Observación de conducta Entrevista psicológica Psicoeducación Aplicación de pruebas psicológicas Autorregistro (línea base)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza las preguntas respectivas a fin de explorar conductas problema desde el enfoque cognitivo conductual (problema actual y desarrollo cronológico del problema)</li> <li>• Devolución de información con el autorregistro de línea base de la frecuencia de emociones.</li> <li>• Explicación del trastorno de adaptación y sintomatología ansiosa.</li> <li>• Aplicación del Cuestionario de personalidad de Eysenck.</li> <li>• Explicación del llenado de la hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos distorsionados (Anexo2).</li> </ul>	<p>Se le indica al paciente que lea de lectura “Los pensamientos negativos”, introducción al modelo ABC. El cual se le envió por correo electrónico.</p> <p>También se pide al paciente que registre durante una semana aquellos pensamientos que le perturban e indique cuantas veces en el día se repite cada pensamiento (uso de autorregistro para la línea base)</p>

**Tabla 14***Sesión 3*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Evaluar al paciente	Observación de conducta Entrevista psicológica Aplicación de prueba psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explica al paciente lo que se va a trabajar durante la sesión</li> <li>• Se continua con la evaluación respectiva, donde se obtiene información de la historia personal y familiar del paciente</li> <li>• Posteriormente se realiza la explicación del inventario de pensamientos automáticos para su llenado por el paciente.</li> <li>• Se da por concluida la fase de evaluación; donde se hace una breve devolución de la información encontrada al paciente durante las sesiones anteriores.</li> </ul>	Se le indica que para la siguiente sesión tendrá que estar vestido con ropa cómoda.

## B) FASE DE INTERVENCIÓN

**Tabla 15**

*Sesión 4*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Disminuir las respuestas fisiológicas como: el aumento de la frecuencia cardiaca, mareo, tensión e insomnio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de respiración</li> <li>• Técnica de distracción externa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pregunta al paciente sobre su estado general y como ha estado en el transcurso de la semana.</li> <li>• Se explica sobre el entrenamiento de la técnica de respiración (el por qué y para qué de la técnica).</li> <li>• Se realiza el entrenamiento práctico con el paciente en la técnica de respiración.</li> <li>• Se explica el uso de la técnica de distracción externa.</li> <li>• Se elabora un listado de al menos 5 actividades que disfrute el paciente como parte de la técnica distractora, se da algunos ejemplos y luego se solicita que el paciente proponga.</li> </ul>	<p>Se indica al paciente que practique la técnica de respiración, dos veces en el día durante 15 minutos y anote en la hoja de registro como se sintió (SUDS 1 al 10) antes y después de la práctica.</p> <p>Se indica que en el transcurso de la semana vea una película agradable ante alguna situación displacentera.</p>

**Tabla 16***Sesión 5*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de relajación muscular progresiva</li> <li>• Técnica de distracción externa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar sobre su estado general, como ha estado en el transcurso de la semana, y si ha presentado nuevos acontecimientos de su consulta médica y nutricional.</li> <li>• Explicar sobre el entrenamiento de la técnica de relajación muscular progresiva.</li> <li>• Realizar el entrenamiento práctico con el paciente sobre la tensión y relajación de algunos grupos musculares a trabajar (músculos de las manos, brazos, cuello, espalda, hombros).</li> <li>• Se procede a comentar acerca de la actividad distractora dejada y se refuerza la utilidad de la técnica como medida de afrontamiento a corto plazo.</li> </ul>	<p>Practicar la técnica de relajación muscular progresiva con los grupos musculares trabajados, dos veces en el día, así como la anotación respectiva en la hoja de registro de cómo se sintió antes y después de la práctica.</p> <p>Ejecutar actividades placenteras como técnica distractiva (salir a caminar por el parque de su casa).</p>

**Tabla 17***Sesión 6*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de relajación muscular progresiva</li> <li>• Técnica de distracción externa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar sobre su estado general y como ha estado en el transcurso de la semana, asimismo se hace una breve discusión sobre las tareas realizadas en casa.</li> <li>• Se continúa con el entrenamiento de la técnica de relajación muscular progresiva abordando los grupos musculares faltantes (músculos de la cara, muslos, glúteos, pantorrillas y pies), comprobando la adecuada ejecución de la técnica.</li> <li>• Continuar con las actividades de disfrute, a elección del paciente como parte de la técnica distractora</li> </ul>	<p>Práctica diaria de la técnica de relajación muscular progresiva dos veces en el día, así como la anotación respectiva en la hoja de registro de cómo se sintió antes y después de la práctica.</p> <p>Elegir alguna actividad de la lista de actividades agradables como técnica distractiva ante situaciones que considera desagradables.</p>



**Tabla 18***Sesión 7*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de relajación muscular progresiva</li> <li>• Técnica de distracción externa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar sobre su estado general y como ha estado en el transcurso de la semana, preguntar la presencia de alguna novedad en los controles médicos y próxima intervención quirúrgica.</li> <li>• Discusión sobre las tareas realizadas en casa, reforzando el logro del manejo de los síntomas de ansiedad; lo cual se va evidenciando en las hojas de autorregistro.</li> <li>• Realizar el entrenamiento completo de la técnica de relajación muscular progresiva</li> <li>• Continuar con actividades que disfrute hacer como parte de la técnica distractora y se propone su continua utilización en situaciones futuras en las que sea necesario.</li> </ul>	<p>Práctica diaria del entrenamiento en relajación muscular progresiva con su respectivo registro de la intensidad de la emoción presente antes y después de la práctica.</p> <p>Ejecutar actividades placenteras como técnica distractiva (ver videos por la web acerca de actividades de Autocad).</p>

**Tabla 19***Sesión 8*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de miedo a morir durante la cirugía.	<p>Reestructuración cognitiva (cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales)</p> <p>Relajación muscular progresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación sobre el enfoque cognitivo conductual, (explicación de la relación entre pensamiento distorsionado y el estado emocional y conductual), teniendo como conclusión: “lo que pensamos de nuestros problemas influyen en lo que sentimos y en lo que hacemos” (se le muestra la hoja de autorregistro de línea base donde se plasman los pensamientos que el paciente había registrado).</li> <li>• Se practica el modelo ABC a través de ejemplos prácticos, donde el paciente crea pensamientos alternativos en cada ejemplo, con un contenido más racional y adecuado a la situación.</li> <li>• Luego se procede con la reestructuración cognitiva, donde se hace preguntas como, por ejemplo: “¿Cuál es la evidencia en la que te basas para pensar que te vas a morir durante la cirugía? ¿Qué pruebas hay de que el resultado va a tener el desenlace que dices? Entonces, ¿Qué pasaría si decides no operarte? ¿Dejarías de sentir miedo? Pensamiento racional: “Toda cirugía tiene sus riesgos, eso no significa que pueda morirme”.</li> <li>• Al finalizar se realiza la relajación muscular progresiva con algunos grupos musculares.</li> </ul>	<p>Se entrega material con la explicación del modelo ABC y los principales pensamientos distorsionados.</p> <p>Practicar la reestructuración en casa</p> <p>Continuar con la práctica de la técnica de relajación muscular progresiva.</p>

**Tabla 20***Sesión 9*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
<p>Modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”</p>	<p>Reestructuración cognitiva (cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da inicio a la sesión con algunos comentarios relativos a la semana que ha transcurrido y el análisis y discusión sobre la lectura realizada en casa, resolviendo de esta manera las dudas del paciente y concatenando la sesión anterior.</li> <li>• Se trabaja la modificación del pensamiento distorsionado, cuestionando la credibilidad del pensamiento, por medio del cuestionamiento socrático, examinando evidencias y descubrimiento guiado: ¿Qué probabilidades existen de que el hecho que no se absorben los nutrientes, te vayas a enfermar? ¿Si sucediera lo más improbable y realmente te enfermes, Cuán terrible resultaría? - Probablemente los síntomas de cansancio y falta de energía pueden ser indicadores de algún tipo de afecciones físicas y psicológicas y puede tener muchas explicaciones, por lo tanto, no necesariamente los síntomas de cansancio y falta de energía signifique que te vas a enfermar. Permitiendo un análisis más objetivo de lo que realmente puede estar afectando al paciente. Asimismo, se cerciora que el paciente este aprendiendo la técnica.</li> </ul> <p>Pensamiento racional: “Es normal que los nutrientes se absorban menos después de la cirugía, y no por eso me voy a enfermar”.</p>	<p>Practicar la reestructuración: Se entrega material de algunos tipos de pensamientos distorsionados a fin de que el paciente practique en casa y pueda realizar el análisis del pensamiento distorsionado, siguiendo las técnicas aprendidas.</p> <p>Practicar la relajación muscular progresiva y hacer el autorregistro.</p> <p>Se entrega hoja de autorregistro con los pensamientos automáticos manifestados en la fase A, a fin de que el paciente anote la cantidad de veces que se presentan aquellos pensamientos en el transcurso del día.</p>

**Tabla 21***Sesión 10*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
<p>Modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que no soy el mismo de antes”</p>	<p>Reestructuración cognitiva (cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales)</p>	<p>Se revisa el estado actual del paciente y se pasa a revisar el resultado obtenido de la práctica en casa. Él paciente explica que preguntas utilizó para cuestionar el pensamiento y las consecuencias de ello.</p> <p>Se continua con la reestructuración cognitiva del pensamiento que le aqueja, y se le realizan preguntas que persiguen la búsqueda de objetividad, la valoración de la utilidad, el análisis de las consecuencias y la búsqueda de pensamientos alternativos a fin de que el paciente se dé cuenta de los errores interpretativos que puede estar cometiendo.</p> <p>Se formulan preguntas, tales como: Cuando dices que no eres el mismo de antes, ¿Qué quieres decir realmente? “que mi cuerpo no es como antes, veo una parte de mi intestino en mi barriga, me pone nervioso verlo, quizás la gente se va a dar cuenta” ¿Cuál es el problema de no ser el mismo de antes? - ¿Cómo te afectaría lo que piense la gente? ¿Por qué te importa tanto lo que pueda pensar la gente?</p> <p>Pensamiento racional: “Internamente sigo siendo el de antes, aunque mi cuerpo haya cambiado temporalmente”.</p>	<p>Practicar la reestructuración</p> <p>Continuar con la relajación muscular progresiva haciendo el autorregistro de la intensidad de la emoción antes y después de la técnica</p> <p>Continuar con el registro diario de la frecuencia de los pensamientos automáticos que refirió en la línea base.</p>

**Tabla 22***Sesión 11*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
<p>Modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”</p>	<p>Reestructuración cognitiva (cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da inicio a la sesión con algunos comentarios en relación a su estado actual del paciente y se tiene conocimiento próxima programación de cirugía con el fin de restablecer el tránsito intestinal. Asimismo, se supervisa la programación de actividades realizadas en casa.</li> <li>• Se realiza una reflexión sobre los cambios que viene presentando. Se pide la opinión de la técnica aprendida y los beneficios que ha observado desde su aplicación. Se pone énfasis en los cambios emocionales y conductuales que observa a través del cambio cognitivo y de las consecuencias positivas que tiene.</li> <li>• Se procede con la modificación del pensamiento que le aqueja a través de preguntas que permitan cuestionar la credibilidad de dicho pensamiento. Se formulan preguntas: ¿Qué te hace pensar que el doctor se va a equivocar al momento que te opere? Supongamos que sucediera lo poco probable y se equivoque el doctor, ¿Qué tan terrible sería? ¿Es realista suponer que el doctor se equivocará cuando te opere?</li> </ul> <p>Pensamiento racional: “Esta operación es para restablecer mi intestino; ya no tengo una enfermedad, creo que para el doctor será fácil”</p>	<p>Practicar la reestructuración</p> <p>Continuar con la técnica de relajación muscular progresiva con algunos grupos musculares con su previo registro.</p> <p>Seguir con el autorregistro diario de la frecuencia de los pensamientos automáticos registrados en la fase A.</p>

Tabla 23

## Sesión 12

Objetivo	Técnicas utilizadas	Procedimiento	Actividades
<p>Modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Me siento poco atractivo”</p>	<p>Reestructuración cognitiva (cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da inicio a la sesión con algunos comentarios relativos a la semana que ha transcurrido y se verifica la realización de las tareas planteadas, se observa la utilización de la técnica cognitiva en situaciones problema surgidos durante la semana.</li> <li>• Se pregunta estado actual y se hace un recuento del progreso, reforzando las técnicas aprendidas a modo de afrontamiento ante su situación actual.</li> <li>• Se prosigue con la reestructuración cognitiva con el ultimo pensamiento que le aqueja hasta que dicho pensar pierda credibilidad, también se pone énfasis en los cambios emocionales y conductuales que genera el cambio cognitivo. Se formulan preguntas:          ¿Crees que eres una persona poco atractiva?, ¿Por qué lo piensas?, bien haremos una lista de razones que te hacen atractivo y otra lista de razones que te hacen poco atractivo, ¿Qué observas en ambas listas que se hizo? Entonces... ¿Qué opinas? En todo caso imaginemos en el supuesto planteado que eres poco atractivo, ¿Qué pasaría?... puede que durante un tiempo te sientas un poco decepcionado, pero eso no significa que otras personas te rechacen, ¿Qué opinas?</li> </ul> <p>Pensamiento racional: “Sigo siendo atractivo”.</p>	<p>Se propone la continua utilización de las técnicas aprendidas en situaciones futuras en las que sea necesario.</p> <p>Continuar con la relajación muscular progresiva y su registro correspondiente.</p> <p>Se pide que realice el último registro de esa semana en cuanto al autorregistro de la frecuencia de la presencia de aquellos pensamientos que le aquejaban.</p>

**Tabla 24***Sesión final*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Actividades</b>
Cierre de la sesión	Aplicación de instrumentos psicológicos  Autorregistros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da inicio a la sesión con algunos comentarios relativos a las semanas transcurridas y se verifica la utilización de la técnica de relajación muscular progresiva y la técnica cognitiva, en situaciones problema, surgidos durante la semana.</li> <li>• Se aplica las pruebas psicológicas correspondientes (el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck) a fin de corroborar la disminución de la sintomatología ansiosa</li> <li>• Se realiza una retroalimentación de todo lo aprendido para culminar la intervención terapéutica, donde se muestran los autorregistros de todas las prácticas de relajación muscular progresiva trabajadas en casa a fin de que el paciente se dé cuenta del progreso de la disminución de la sintomatología ansiosa. De igual manera se enseña y se compara la frecuencia de los pensamientos registrados y el cambio producido en su estado emocional y conductual en el presente, reforzando las técnicas aprendidas a modo de afrontamiento ante su situación actual. Asimismo, se afianza la utilización de actividades placenteras como técnicas distractivas como medida de frente a corto plazo.</li> </ul>	Se propone la continua utilización de las técnicas aprendidas en situaciones futuras en las que sea necesario.

## **2.7. Procedimiento**

El estudio del presente caso ha tenido una duración de 3 meses, desarrollándose un total de 09 sesiones de intervención y 3 sesiones en cuanto a la evaluación psicológica del problema actual. Siendo las sesiones de manera presencial y algunas sesiones vía virtual a través de la plataforma Zoom. Durante este tiempo se ha establecido una adecuada alianza terapéutica, se evaluó y aplicaron técnicas cognitivo conductuales para el abordaje de la sintomatología ansiosa en un paciente post operado de laparotomía exploratoria con colostomía temporal.

## **2.8. Consideraciones éticas**

En la presente intervención se protegió la privacidad y confidencialidad respecto a los datos personales del paciente participante. Donde esta persona aceptó su participación voluntaria en el proceso terapéutico y se le detalló el procedimiento a seguir, tanto en el tratamiento como en el hecho de conocer que los resultados del estudio del caso y las implicaciones de éste tienen utilidad netamente académicos, por lo cual, no recibiría ningún beneficio económico, a lo cual el participante manifestó estar de acuerdo.



### III. Resultados

#### 3.1. Análisis de resultados

#### Disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente adulto colostomizado a través de la Intervención cognitivo conductual

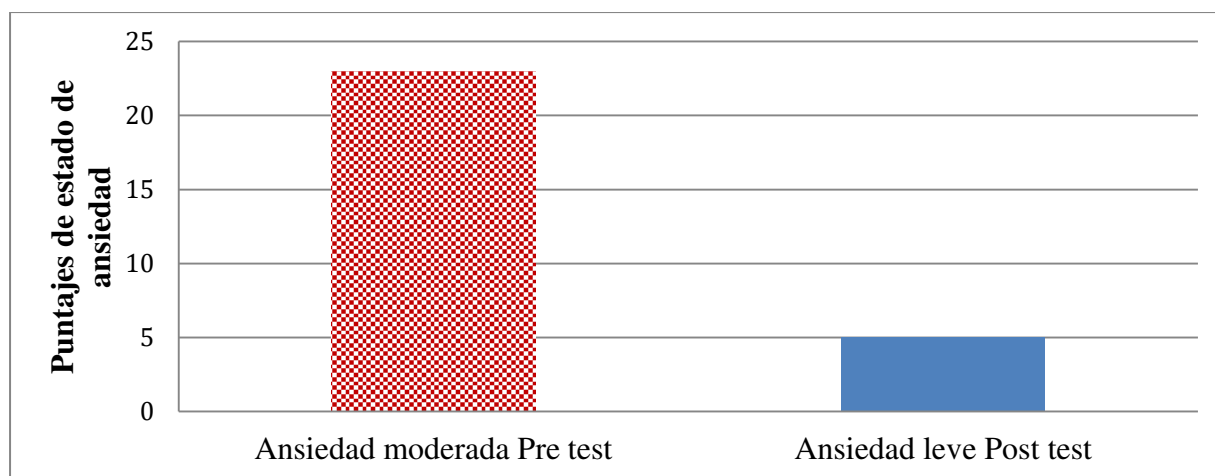
Como se puede observar, en la tabla 25 se expone los resultados obtenidos del paciente según los niveles de ansiedad reportado al inicio y después de la intervención cognitivo conductual; en la cual se aprecia en el pre test una puntuación de 23 que le ubicaba en un nivel moderado a diferencia del post test que obtuvo una puntuación de 5, encontrándose dentro de un nivel bajo de ansiedad. Evidenciándose de esta manera la disminución de la sintomatología ansiosa en el paciente.

**Tabla 25**

*Resultados pre y post test del Inventario de Ansiedad de Beck*

Variable	Pre test	Post test
Ansiedad	23 Ansiedad moderada	05 Ansiedad baja

Figura 1. *Resultados pre y post test del Inventario de ansiedad de Beck*



**Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad en un paciente colostomizado a través de la técnica de relajación muscular progresiva y distracción externa.**

En la tabla 26 se observa el registro de intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad, medida a través de la Escala de unidades subjetivas (SUDS 1 – 10) en un paciente con una ostomía intestinal durante el proceso de tratamiento psicoterapéutico. Donde se observa que el paciente registró una intensidad de la respuesta emocional de ansiedad línea base de 8 y en la sesión final de 2, evidenciándose la disminución de dicha respuesta por medio de la técnica de relajación muscular progresiva y distracción externa al finalizar el tratamiento.

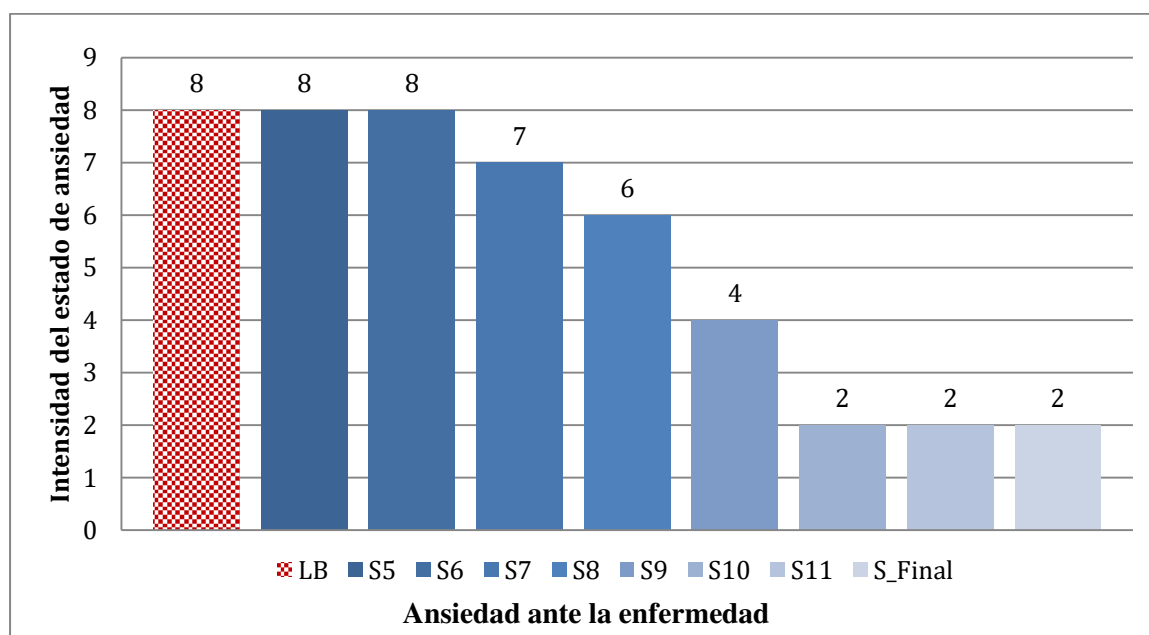
**Tabla 26**

*Resultados del registro de intensidad de la respuesta emocional de ansiedad*

Respuestas emocionales	Fase A			Fase B					
	LB	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S_Final
Ansiedad ante la enfermedad	8	8	8	7	6	4	2	2	2

Nota: LB= línea base; S=registro por sesión

Figura 2. Resultados del registro de la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad



**Disminuir la intensidad de la respuesta emocional de miedo a morir durante la cirugía en un paciente colostomizado mediante la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva.**

En la tabla 27 se observa el registro de intensidad de la respuesta emocional de miedo a morir durante la cirugía, medida a través de la Escala de unidades subjetivas (SUDS 1 – 10) en un paciente colostomizado. Dando como resultado una intensidad de la respuesta emocional línea base de 8, en contraste con la sesión final de 2, apreciándose la disminución de la respuesta emocional de miedo a través de la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva al finalizar el tratamiento.

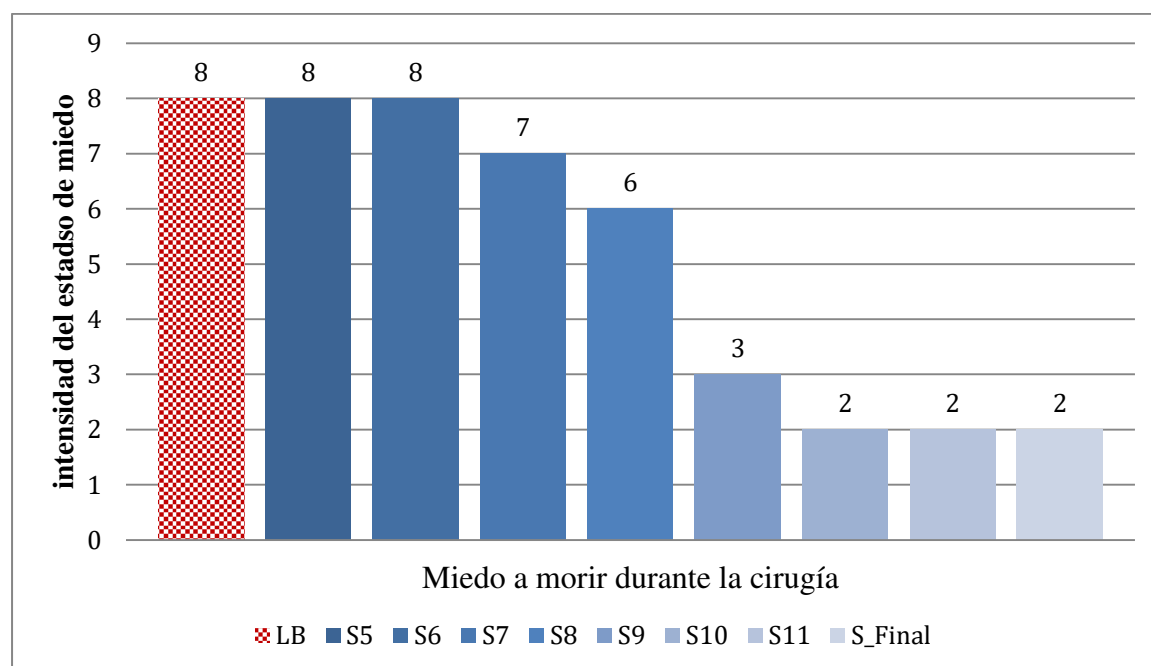
**Tabla 27**

*Resultados del registro de intensidad de la respuesta emocional de miedo*

Respuestas emocionales	Fase A			Fase B					
	LB	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S_Final
Miedo a morir durante la cirugía	8	8	8	7	6	3	2	2	2

Nota: LB= línea base; S=registro por sesión

Figura 3. Resultados del registro de la intensidad de la respuesta emocional de miedo



**Modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”, “Me siento poco atractivo” en un paciente colostomizado mediante la reestructuración cognitiva.**

En la tabla 28 se observa el registro de frecuencias de los pensamientos distorsionados identificados a partir del autorregistro de línea base. Observándose que el pensamiento “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes” tiene una mayor frecuencia registrada ( $f=15$ ), seguida del pensamiento “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere” ( $f=12$ ), luego continua el pensamiento “Pienso que no soy el mismo de antes” ( $f=10$ ) y por último “Me siento poco atractivo” ( $f=7$ ). Evidenciándose la disminución en la frecuencia de dichos pensamientos y la modificación de los mismos, respecto a la línea base y la sesión final; lo cual indica una disminución en la frecuencia de los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva al culminar el tratamiento de intervención.

**Tabla 28**

*Resultados del registro de frecuencias y modificación de pensamientos automáticos*

Pensamientos distorsionados	Fase A				Fase B		Pensamientos racionales
	<i>f</i> LB	S9	S10	S11	<i>f</i> S12	S_Final	
“Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”	15	8	3	2	0	0	“Es normal que los nutrientes se absorban menos después de la cirugía, y no por eso me voy a enfermar”.
“Pienso que no soy el mismo de antes”	10	7	5	2	1	1	“Internamente sigo siendo el de antes, aunque mi cuerpo haya cambiado temporalmente”.
“Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”	12	10	9	5	1	1	“Esta operación es para restablecer mi intestino; ya no tengo una enfermedad, creo que para el doctor será fácil”

“Me siento poco atractivo”      7      6      4      2      0      0      “Sigo siendo atractivo”.

Nota: LB= línea base; S=registro por sesión; f=frecuencia

Figura 4. Resultados del registro de frecuencia de pensamientos automáticos

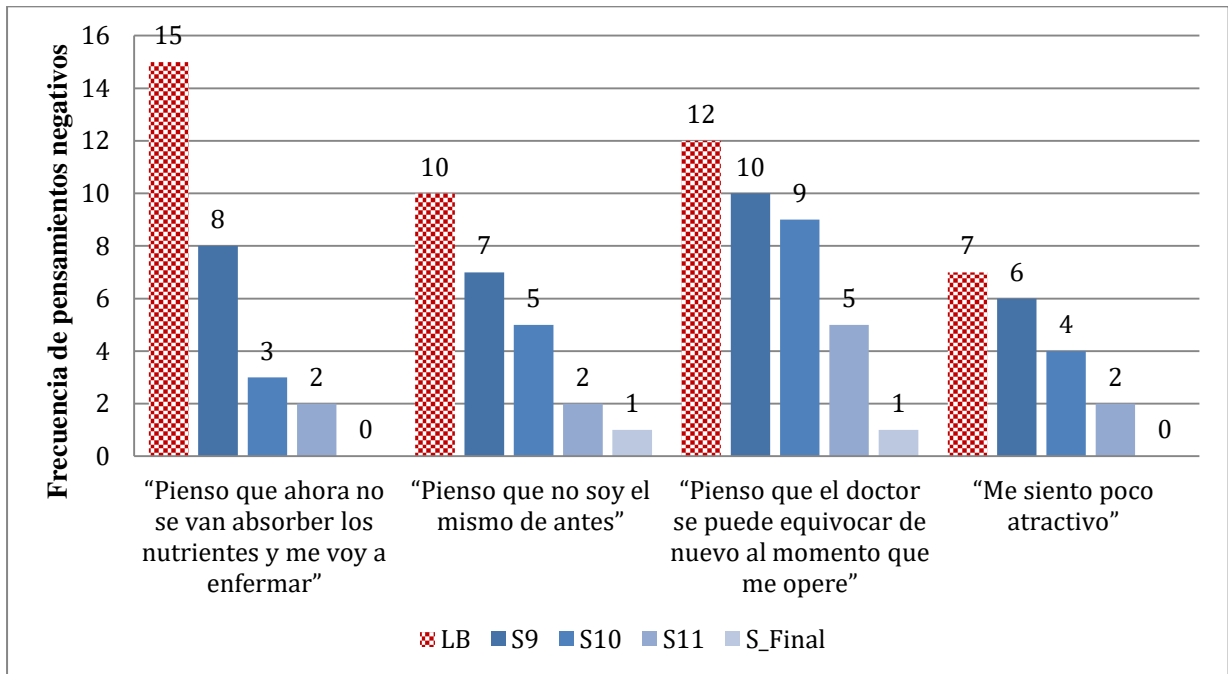
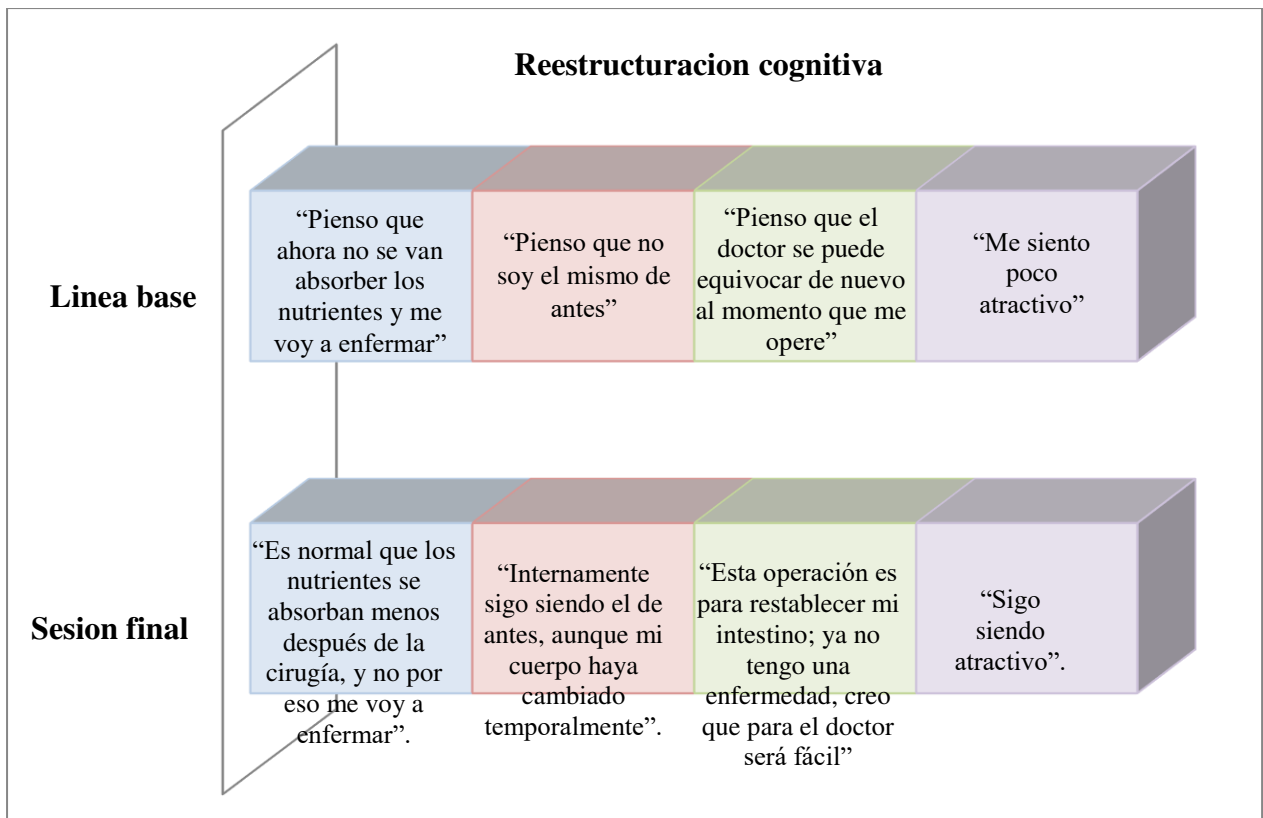


Figura 5. Resultados de la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados



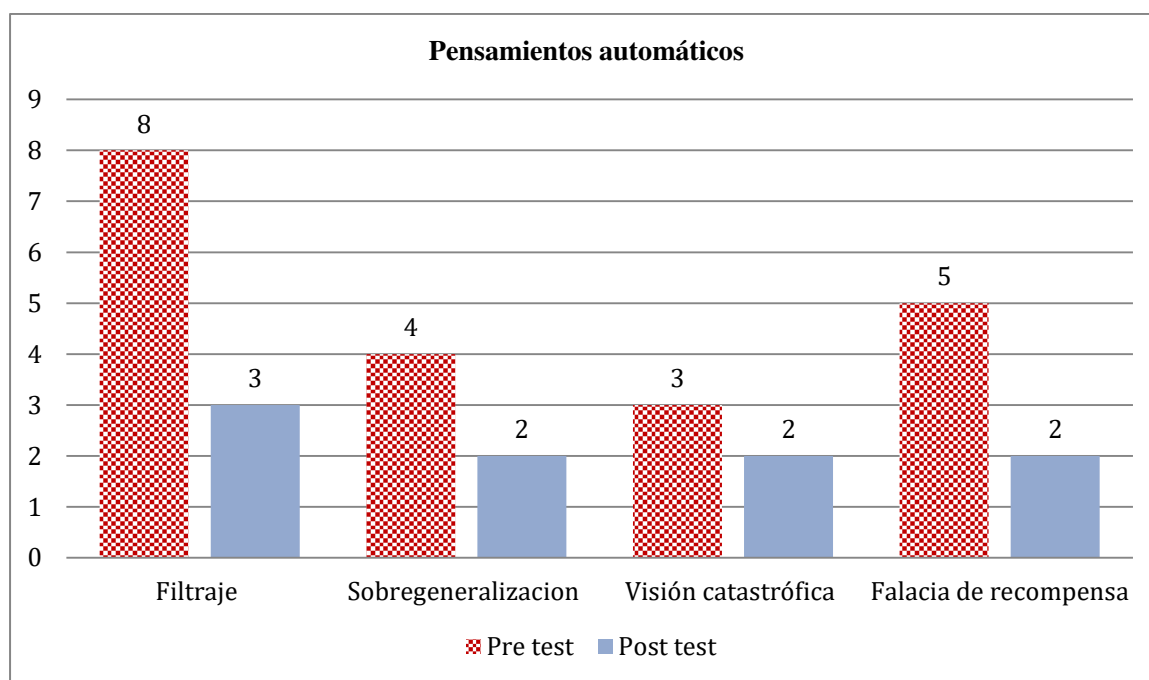
En la tabla 29 se aprecia los resultados obtenidos del inventario de pensamientos automáticos de Beck; donde se aprecia que el pensamiento automático de filtraje presenta un puntaje directo de 8 con diagnóstico severo, a diferencia de los demás tipos de pensamientos que tienen como diagnóstico regular; de los cuales en el post test se evidencia que estos tipos de pensamientos disminuyeron al finalizar el tratamiento.

**Tabla 29**

*Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck*

Pensamiento automático	Pre test		Post test	
	Puntaje	Diagnóstico	Puntaje	Diagnóstico
Filtraje	8	Severo	3	Regular
Sobregeneralización	4	Regular	2	Bajo
Visión catastrófica	3	Regular	2	Bajo
Falacia de recompensa	5	Regular	2	Bajo

Figura 6. Resultados del pre test y post test del inventario de pensamientos automáticos de Beck



### 3.2. Discusión de resultados

La eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales en el tratamiento de pacientes con problemas clínicos y de la salud viene siendo estudiada mediante revisiones meta-analíticas que explican su efectividad en tratamientos bajo este enfoque (Sánchez et al., 1999). En este sentido, el presente trabajo académico utilizó algunas técnicas cognitivo conductuales para abordar el trastorno de adaptación por ansiedad que presentó un paciente con una ostomía intestinal, logrando de esta manera alcanzar los objetivos planteados que se describen a continuación:

Respecto al objetivo principal, el cual fue disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente adulto colostomizado a través de la Intervención cognitivo conductual, se logró reducir la sintomatología ansiosa en el paciente, por medio de la utilización de las técnicas de psicoeducación, respiración, relajación muscular progresiva, distracción externa y reestructuración cognitiva, evidenciándose de esta manera resultados positivos con la aplicación de la Intervención Cognitivo conductual. De manera similar, coinciden estos hallazgos con lo trabajado por Acevedo (2017), quien realizó una investigación a fin de determinar los efectos de la intervención cognitivo conductual en personas con cáncer colorrectal, donde los resultados indicaron que al juntar técnicas de psicoeducación sobre la enfermedad, técnicas de relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, manejo del enojo, comunicación asertiva permitía la adherencia al tratamiento y a la reducción de la sintomatología postraumática. Por otro lado, Sánchez et al. (2006) realizó una investigación para determinar la eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos, donde se obtuvo que mediante la explicación de la naturaleza del estrés y ansiedad, la técnica de relajación progresiva, la técnica de relajación autógena, estrategias cognitivas como solución de problemas, promoción de la asertividad y comunicación, permitieron reducir los niveles de ansiedad relacionada con la enfermedad en

pacientes que acuden a un hospital. De manera que se puede evidenciar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en pacientes con características similares al presente caso de estudio.

En relación a los objetivos específicos, se planteó disminuir las respuestas fisiológicas del aumento de la frecuencia cardíaca, mareo, tensión e insomnio a través de la utilización de la técnica de respiración y la técnica de distracción externa, cuyo efecto fue provocar el descenso de la activación fisiológica e intentar focalizar la atención del paciente en actividades que desvíen la atención de las sensaciones desagradables. De igual manera, se estableció disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad a través de la técnica de relajación muscular progresiva y distracción externa; dando como resultado una evolución favorable, logrando la disminución de la respuesta emocional y en consecuencia a ello el descenso de las respuestas fisiológicas, cumpliendo por lo tanto con ambos objetivos; ya que, existe una relación directamente proporcional entre las variables a tratar. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Cheung et al. (2003) donde comprueban que el uso del entrenamiento de la técnica de relajación muscular progresiva permitió la disminución significativa en el estado de ansiedad en pacientes con cáncer colorrectal después de la cirugía de una ostomía intestinal, mejorando de esta manera la calidad de vida en los dominios de la salud física, salud psicológica, preocupaciones sociales y medio ambiente. De igual manera, Renzi et al. (2000) realizaron una investigación que tuvo como finalidad evaluar los efectos del uso de las técnicas de relajación en el manejo postoperatorio en pacientes proctológicos; en la cual se evidenció que las técnicas de relajación permitieron reducir el dolor después de la cirugía, de tal manera que mejoraba significativamente la calidad de sueño, y por lo tanto la reducción de la ansiedad y una consiguiente relajación muscular.



Por otro lado, con respecto al siguiente objetivo específico de disminuir la intensidad de la respuesta emocional de miedo a morir durante la cirugía a través de la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva; se logró disminuir la respuesta emocional y cognitiva que le generaba frente a la situación de ser operado nuevamente y restablecerse el tránsito intestinal. En este sentido, Carapia-Sadurni et al. (2011) explicaron que la existencia del miedo según el contexto que implica una intervención quirúrgica, era generador del incremento de síntomas ansiógenos, por lo que algunos pacientes podían presentar miedo al dolor, a lo desconocido, a los cambios corporales, o a la posibilidad de morir, entre otros factores, por lo cual a través del tratamiento en psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo lograron una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía, debido a la intervención psicológica efectuada.

Como objetivo específico final, se propuso modificar los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”, “Me siento poco atractivo” en un paciente adulto colostomizado mediante la reestructuración cognitiva. Este objetivo se logró; para lo cual, se brindó al paciente información y habilidades para modificar los pensamientos distorsionados, reestructurándolos de tal manera que puedan ser racionales y realistas, y por ende logren disminuir la frecuencia de aquellos pensamientos poco funcionales. Estos resultados coinciden con Aranda (2013) quien comprobó que la técnica de reestructuración cognitiva, junto con otras técnicas como la de relajación, técnicas en afrontamiento y tareas de auto ayuda lograron reducir los síntomas de ansiedad en pacientes colostomizados que experimentaban un trastorno adaptativo mixto, de tal forma que se logró fortalecer la capacidad de identificar y modificar aquellos

pensamientos irracionales, enfatizando que un estoma no es sinónimo de minusvalía, sino de una oportunidad de continuar viviendo.

Otra investigación realizada por Orozco et al. (2016) permitió evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual en pacientes que habían sido sometidas a una mastectomía radical, las cogniciones que estaban más presente fueron las que estaban relacionadas a la muerte, preocupación por el futuro de su familia y su posterior apariencia; por lo que se buscó la identificación de pensamientos disfuncionales para generar pensamientos alternativos más adaptativos en cuanto al padecimiento en general y la cirugía. Por lo cual, los resultados arrojaron un efecto significativo para la reducción en la sintomatología ansiosa, siendo la psicoeducación y la reestructuración cognitiva una de las herramientas de gran importancia para abordar las cogniciones que más reportaban las pacientes.

Por otro lado, Mateo (2022) realizó un análisis de caso con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa de un paciente con cáncer frente a los procedimientos médicos que tenía que someterse, las técnicas que se emplearon fueron la técnica de psicoeducación, técnica de relajación, autorregistro, desensibilización sistemática, dialogo socrático, escala conductual de tensión y entrenamiento en solución de problemas; dando como resultado la disminución de la sintomatología ansiosa, siendo la técnica de respiración una herramienta eficaz para la autorregulación ante situaciones displacenteras, mientras que la psicoeducación junto a la reestructuración cognitiva permitió despejar dudas sobre el tratamiento y frente a las emociones que estaba experimentando, lo que permitió al paciente una mejor adaptación a la enfermedad y pudo ser capaz de modificar pensamientos desadaptativos.

En consecuencia, se puede establecer que la intervención cognitivo conductual permite reducir la sintomatología ansiosa; siendo además eficaz y útil en el ámbito clínico con pacientes con características similares al presente trabajo académico.

### **3.3. Seguimiento**

En cuanto al seguimiento, no se pudo realizar propiamente, ya que el paciente se desligó del proceso de seguimiento, debido a que iba ser intervenido nuevamente a fin de restablecer el tránsito intestinal y su posterior cierre de la colostomía. Por lo cual, el paciente indicó que, para ser programado quirúrgicamente en el hospital, tenía que culminar con las interconsultas en las diferentes especialidades tales como: gastroenterología, cirugía, psicología, nutrición, entre otros. Lo cual, no permitió que se continuara asistiéndolo, y el paciente optó por continuar asistiendo al Servicio de Psicología del hospital, llevando de tal manera un manejo integral con las especialidades que requería en ese momento.

## **IV. Conclusiones**

1. La intervención cognitivo conductual permitió disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente adulto colostomizado.

2. A través de la técnica de respiración y distracción externa, se pudo disminuir las respuestas fisiológicas como: el aumento de la frecuencia cardiaca, mareo, tensión e insomnio en un paciente adulto colostomizado.
3. El paciente fue capaz de disminuir la intensidad de la respuesta emocional de ansiedad ante la enfermedad a través de la técnica de relajación muscular progresiva y distracción externa.
4. Se logró disminuir la intensidad de la respuesta emocional de miedo a morir durante la cirugía en un paciente adulto colostomizado mediante la reestructuración cognitiva y la técnica de relajación muscular progresiva.
5. La reestructuración cognitiva permitió que el paciente disminuyera la frecuencia de los pensamientos distorsionados tales como: “Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar”, “Pienso que no soy el mismo de antes”, “Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere”, “Me siento poco atractivo”, así como la modificación de los pensamientos distorsionados presentes en el paciente entre el periodo de post cirugía y etapa del restablecimiento del tránsito intestinal.

## **V. Recomendaciones**

1. Elegir las técnicas aprendidas a lo largo de la fase de tratamiento y aplicarlas según las dificultades que puedan presentarse a futuro.

2. Continuar con la utilización de la técnica de relajación diafragmática y distracción externa frente a situaciones del momento que le generen ansiedad y/o experimente sensaciones fisiológicas que causen molestia.
3. Seguir con la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva ante situaciones que le generen tensión durante mucho tiempo, y le ayude a reducir los niveles de ansiedad, continuando con sus actividades cotidianas.
4. Mantener el uso de la reestructuración cognitiva mediante el cuestionamiento socrático, examinando evidencias y generando alternativas racionales, las cuales le seguirán ayudando a reevaluar los pensamientos distorsionados de manera más cuidadosa y racionalmente frente a situaciones cotidianas de la vida.
5. Continuar con los controles por el área de psicología, después de la intervención quirúrgica del restablecimiento del tránsito intestinal.

## **VI. Referencias**

Acevedo, J. (2017). *Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto* [Tesis de doctorado,

Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio institucional de la UANL.  
<http://eprints.uanl.mx/14343/1/1080243329.pdf>

Aranda, A. (2013). *Intervención psicoterapéutica cognitiva conductual grupal en pacientes ostomizados ambulatorios que presentan ansiedad y depresión asociadas a trastorno adaptativo* [Tesis de doctorado, Universidad de Panamá]. Repositorio institucional de la UP. <http://up-rid.up.ac.pa/3815/>

Arnau, J., Anguera, M., & Gómez, J. (1990). *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. EDITUM,  
[https://books.google.com.pe/books?id=TQtBbnk1LSoC&printsec=frontcover&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+en+ciencias+del+comportamiento&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwisndWL44\\_6AhV0ALkGHYvICicQ6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20ciencias%20del%20comportamiento&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=TQtBbnk1LSoC&printsec=frontcover&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+en+ciencias+del+comportamiento&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwisndWL44_6AhV0ALkGHYvICicQ6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20ciencias%20del%20comportamiento&f=false)

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Quinta Edición. Washington, APA.

Bernabel, O. (8 de octubre de 2018). *Mil pacientes nuevos al año con ostomias en el Perú*. Entrevistado por el diario Expreso. <https://www.expreso.com.pe/actualidad/mil-pacientes-nuevos-al-ano-con-ostomias-en-el-peru/>

Berroa, M. (2011). *Intervención psicoterapéutica individual de apoyo en un grupo de personas diagnosticadas con trastorno adaptativo mixto tendiente a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión*. [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional UP. <http://up-rid.up.ac.pa/488/7/maryam%20berroa.pdf>

Blasco, T. B. (1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la quimioterapia en pacientes de cáncer. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 41-62.  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97137/1/RevPsicolSalud\\_4\\_1\\_03.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97137/1/RevPsicolSalud_4_1_03.pdf)

- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. *Temas de psicología (entrevista y grupos)*.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1197799>
- Broks, E. (2022). *Terapia Cognitiva Conductual: Superar la ansiedad y la depresión, haz frente a los patrones de pensamiento negativo, controla tus emociones y cambia tu estado de ánimo a través de la psicoterapia eficaz*. Editorial Elizabeth Broks.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Vargas-de la Cruz, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 133-150. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631003.pdf>
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L., & Hernández-Ordóñez, M. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31550>
- Castejón, M. (1975). Colostomías. *Rev. méd. hondur [en línea]*, 43(2), 106-114. <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-2-1975-4.pdf>
- Castillo, M., & González, P. (2010). Estrés y ansiedad. Relación con la cognición. In P. Moreno & J. Saiz (Presidencia). *Congreso llevado a cabo en el XI Congreso Virtual de Psiquiatría, Tenerife, España*.
- Charúa-Guindic, L., Benavides-León, C. J., Villanueva-Herrero, J. A., Jiménez-Bobadilla, B., Abdo-Francis, J. M., & Hernández-Labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cirugía y cirujanos*, 79(2), 149-155. <https://www.redalyc.org/pdf/662/66221099008.pdf>
- Cheung, Y., Molassiotis, A., & Chang, A. M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer

- patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(3), 254-266. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00>
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee de Brouwer.
- Cruz-Morales, S. E., González-Reyes, M. R., Gómez-Romero, J., & Arriaga, J. C. (2003). Modelos de ansiedad. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 28(1), 93-105. <http://rmac-mx.org/wp-content/uploads/2013/05/Vol-29-n-1-93-105.pdf>
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclee de Brouwer.
- Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Departamento de Comunicación TEA ediciones (2019). Entrevista a Antonio Cano y Esperanza Dongil. *TEA Ediciones*. <https://web.teaediciones.com/inTEA-Entrevista-Esperanza-Dongil-y-antonio-Cano---Trastornos-de-ansiedad.aspx>
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Fontes, S., García, C., Quintanilla, L., Rodríguez, R., Sarriá, E. (2020). *Fundamentos de investigación en psicología*. Editorial UNED.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- Gamarra, A., & Vela, M. (2020). Primeras evidencias psicométricas del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) en universitarios peruanos. [Tesis de Licenciatura,



Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional Digital UPC.

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/653304>

Garay, C. J. (2016). *Terapia cognitivo-conductual y Psicofarmacología: Una guía para combinar tratamientos en salud mental*. Librería Akadia Editorial.

González, M. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 5, 9-21.

<https://gredos.usal.es/handle/10366/69050>

Gras, J. A., Argilaga, M. T. A., & Benito, J. G. (1990). *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. EDITUM, 1.

[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=TQtBbnk1LSoC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+en+ciencias+del+comportamiento&ots=NMdxu0B45R&sig=wrIiEUGnz0xpjhDtWm4tYEvIdA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20ciencias%20del%20comportamiento&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=TQtBbnk1LSoC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+en+ciencias+del+comportamiento&ots=NMdxu0B45R&sig=wrIiEUGnz0xpjhDtWm4tYEvIdA&redir_esc=y#v=onepage&q=Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20ciencias%20del%20comportamiento&f=false)

Hernández, M., Horga de la Parte, J., Navarro, F., & Mira, A. (2007). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*. <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.Pdf>.

Hernández, N. & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed.

[https://books.google.com.pe/books?id=EzlwZg\\_aH6AC&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitiva+conductual&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=terapia%20cognitiva%20conductual&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitiva+conductual&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=terapia%20cognitiva%20conductual&f=false)

- Ibáñez, M. (1995). Primeros datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPG-R). *repositori Universitat Jaume I*. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/80626>
- Jayarajah, U., & Samarasekera, D. N. (2017). Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients: a descriptive study. *Indian journal of psychological medicine*, 39(1), 63-68. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/0253-7176.198944>
- Jayarajah, U., Samarasekera, A. M., & Samarasekera, D. N. (2016). A study of postoperative anxiety and depression among patients with intestinal stomas. *Sri Lanka Journal of Surgery*, 34(2). [https://www.researchgate.net/profile/Dharmabandhu-Samarasekera/publication/307627500\\_A\\_study\\_of\\_postoperative\\_anxiety\\_and\\_depression\\_among\\_patients\\_with\\_intestinal\\_stomas/links/5b9f47c492851ca9ed10de9c/A-study-of-postoperative-anxiety-and-depression-among-patients-with-intestinal-stomas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dharmabandhu-Samarasekera/publication/307627500_A_study_of_postoperative_anxiety_and_depression_among_patients_with_intestinal_stomas/links/5b9f47c492851ca9ed10de9c/A-study-of-postoperative-anxiety-and-depression-among-patients-with-intestinal-stomas.pdf)
- Labrador, F., & López, A. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Mallqui, M. (2020). Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad. [Trabajo académico segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4399>
- Mateo, V. (2022). Intervención psicológica sobre la ansiedad en un paciente con diagnóstico de cáncer. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11655>
- Miguel-Tobal, J. J. (1995). Emociones negativas I: Ansiedad y miedo. *Manual de motivación y emoción*, 385-410. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/10955>

Ministerio de salud del Perú. (12 de diciembre 2021). *Salud mental*.

<https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>

Moreno, G. (2022). Adicción a las redes sociales y ansiedad en estudiantes universitarios de

Lima Metropolitana, 2021. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú].

Repositorio

Institucional.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1949>

Moreno, P. J. (2002). *Superar la ansiedad y el miedo*. Desclée de Brouwer.

Ñaupas, H., Palacios, J., Romero, H., & Valdivia, M. (2018). *Metodología de la investigación*

*cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U. <https://ebooks7->

[24.com/oAuth?il=8046](https://ebooks7-24.com/oAuth?il=8046)

Olivares, J., Macia D., Rosa, A. & Olivares-Olivares, P. (2014). *Intervención psicológica:*

*Estrategias, técnicas y tratamientos*. Ediciones Pirámide.

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales*

*comunes. Estimaciones sanitarias mundial*, 1–24.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>

Organización Panamericana de la Salud. (2020, 8 octubre). *No hay salud sin salud mental*.

<https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

Orozco, M., Russell, M., & Ramírez, E. (2016). Efecto de una intervención cognitivo

conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de

pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista Latinoamericana de*

*Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 1-8.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283055969002>

Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Editorial Paidotribo.

<https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=N2XMMtYpMvUC&oi=fnd&pg=>

[PA5&dq=T%C3%A9cnicas+de+relajaci%C3%B3n.+Editorial+Paidotribo&ots=iSeeI](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=N2XMMtYpMvUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=T%C3%A9cnicas+de+relajaci%C3%B3n.+Editorial+Paidotribo&ots=iSeeI)

[mLog8&sig=LIHWeaMNTMk03LBggFkNuPkjLJ0&redir\\_esc=y#v=onepage&q=T%C3%A9nicas%20de%20relajaci%C3%B3n.%20Editorial%20Paidotribo&f=false](https://mLog8&sig=LIHWeaMNTMk03LBggFkNuPkjLJ0&redir_esc=y#v=onepage&q=T%C3%A9nicas%20de%20relajaci%C3%B3n.%20Editorial%20Paidotribo&f=false)

Rafiei, H., Hoseinabadi-Farahani, M. J., Aghaei, S., Hosseinzadeh, K., Naseh, L., & Heidari, M. (2017). The prevalence of psychological problems among ostomy patients: A cross-sectional study from Iran. *Gastrointestinal Nursing*, 15(2), 39-44.  
[https://mag.scienceconnect.io/api/oauth/authorize?ui\\_locales=en&scope=affiliations+login\\_method+openid+settings&response\\_type=code&redirect\\_uri=https%3A%2F%2Fwww.magonlinelibrary.com%2Faction%2FoidcCallback%3FidpCode%3Dconnect&state=Xsr2n4MKxv1OLzgoVmaUTDx5vg4FmtV4QG1QKdfB6rc&nonce=8MFsSZr1NaWQgM3uANC7b6Mi5FzI6WOyBIvqJgWKb4M%3D&prompt=none&client\\_id=mag](https://mag.scienceconnect.io/api/oauth/authorize?ui_locales=en&scope=affiliations+login_method+openid+settings&response_type=code&redirect_uri=https%3A%2F%2Fwww.magonlinelibrary.com%2Faction%2FoidcCallback%3FidpCode%3Dconnect&state=Xsr2n4MKxv1OLzgoVmaUTDx5vg4FmtV4QG1QKdfB6rc&nonce=8MFsSZr1NaWQgM3uANC7b6Mi5FzI6WOyBIvqJgWKb4M%3D&prompt=none&client_id=mag)

Ramos, M. (2015). Programa educativo “Adecuándome a mi nueva realidad” y el nivel de adaptación al tratamiento de Ostomía en usuarios externos colostomizados de un Hospital Nacional del Callao-2015. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio Institucional Digital UNAC.  
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4381>

Renzi, C., Peticca, L., & Pescatori, M. (2000). The use of relaxation techniques in the perioperative management of proctological patients: preliminary results. *International Journal of Colorectal Disease*, 15(5), 313-316.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s003840000245>

Rojas, C. (2015). *Psicoeducación y concienciación para disminuir el maltrato psicológico*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional digital UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7839>

- Sánchez, A. (2018). Colostomías: impacto en la calidad de vida de los pacientes. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9180/Colostomias%20impacto%20en%20la%20calidad%20de%20vida%20de%20los%20pacientes..pdf?sequence=1>
- Sánchez, J., Olivares, J., & Alcázar, R. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas clínicos y de la salud en España. *Psicología Conductual*, 7(2), 253-281. <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7046.pdf>
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58(6), 540-46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2006/nn066b.pdf>
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 9(2), 133-170. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29211>
- Sanz, R., Miguel-Tobal, J., & Casado, M. (2011). Sesgos de Memoria en los Trastornos de Ansiedad. *Clínica y Salud*, 22(2), 187-197. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Sierra, L. (2004). Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía exploradora. *Rev Chil Cir*, 56(5), 504-507. [https://www.cirujanosdechile.cl/revista\\_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004\\_05/Rev.Cir.5.04.\(19\).AV.pdf](https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_05/Rev.Cir.5.04.(19).AV.pdf)
- Silva, N. M., Santos, M. A. D., Rosado, S. R., Galvão, C. M., & Sonobe, H. M. (2017). Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jTTPKyziQKFtPgwHpHvJBvm/?format=pdf&lang=es>

Strongman, K. (1995). Theories of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.

<https://www.psychology.org.nz/journal-archive/NZJP-Vol242-1995-1-Strongman.pdf>

Tamanes, S. y Martínez, C. (2000). *Cirugía. Aparato digestivo, aparato circulatorio, aparato respiratorio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

[https://books.google.com.pe/books?id=xV0\\_pX7xVD0C&pg=PR4&dq=Tamames,+S.+y+Martinez,+C.+\(2000\).+Cirug%C3%ADa.+Aparato+digestivo,+aparato+circulatorio,+aparato+respiratorio&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj62pC0oJD6AhVTA9QKHRM3BIUQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=Tamames%2C%20S.%20y%20Martinez%2C%20C.%20\(2000\).%20Cirug%C3%ADa.%20Aparato%20digestivo%2C%20aparato%20circulatorio%2C%20aparato%20respiratorio&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=xV0_pX7xVD0C&pg=PR4&dq=Tamames,+S.+y+Martinez,+C.+(2000).+Cirug%C3%ADa.+Aparato+digestivo,+aparato+circulatorio,+aparato+respiratorio&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj62pC0oJD6AhVTA9QKHRM3BIUQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=Tamames%2C%20S.%20y%20Martinez%2C%20C.%20(2000).%20Cirug%C3%ADa.%20Aparato%20digestivo%2C%20aparato%20circulatorio%2C%20aparato%20respiratorio&f=false)

Tobal, J. J. M., González, H., & Cano, A. (1996). Entrevista a Michael W. Eysenck. *Papeles del Psicólogo*, 65, (12). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=727>

Valpuesta, E. R. (2008). Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos, de JK. Fuller. *Enfermería Global*, 7(1). <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/2561>

Vásquez, I. (2008). *Técnicas de relajación y respiración*. Editorial: Madrid Síntesis.

Vidal, J. (8 de octubre de 2018). *Mil pacientes nuevos al año con ostomias en el Perú*. Entrevistado por el diario Expreso. <https://www.expreso.com.pe/actualidad/mil-pacientes-nuevos-al-ano-con-ostomias-en-el-peru/>

World Health Organization (2022). *World mental health report. Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

## VII. Anexos

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACION PSICOLOGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD.**

Asisto a una consulta psicológica privada para recibir terapia, las mismas que serán brindadas por un profesional psicólogo.

Tengo plena seguridad que al amparo de la ley N°20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a mi intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

#### EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha..... Hora..... N° Historia Clínica..... Quisiera  
dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto.....  
..... el mismo que es realizado por el psicólogo.....  
....., en condición de investigador de.....  
.....

Yo declaro haber sido informado de los procedimientos de la intervención del trabajo académico que se realizara y se han resuelto todas mis inquietudes de preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de la información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitan ratificar la eficacia de la terapia..... mediante una evaluación pre y post tratamiento.

-----

Firma o huella digital del paciente

D.N.I.....

-----  
 Firma o huella del profesional Psicólogo

que informa y toma el consentimiento

D.N.I.....

Fecha.....de.....del.....

Formato de Registro de entrenamiento de Relajación Muscular Progresiva

NOMBRE	
<b>REGISTRO DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA</b>	
MAXIMO DE RELAJACION (SUDS)	0.....3.....5.....7.....10 MAXIMO DE TENSION (SUDS)





## I. D. BECK

Nombre..... Edad..... 26.....

Fecha..... 25/09/2021.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

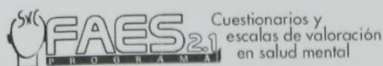
1.    0 No me siento triste.  
 1 Me siento triste.  
       2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
       3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
2.    0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro  
       1 Me siento desanimado respecto al futuro.  
       2 Siento que no hay nada por lo que luchar.  
       3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
3.    0 No me siento como un fracasado.  
       1 He fracasado más que la mayoría de las personas.  
       2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.  
       3 Soy un fracaso total como persona.
  
4.    0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
       2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
       3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
  
5.    0 No me siento especialmente culpable.  
       1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
       2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
       3 Me siento culpable constantemente.
  
6.    0 No creo que esté siendo castigado.  
       1 Siento que quizá esté siendo castigado.  
       2 Espero ser castigado.  
       3 Siento que estoy siendo castigado.

2

7. 0 No estoy descontento de mí mismo.  
① Estoy descontento de mí mismo.  
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.  
3 Me detesto.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.  
① Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.  
2 Continualmente me culpo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. ① No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.  
2 Desearía poner fin a mi vida.  
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo normal.  
① Ahora lloro más que antes.  
2 Lloro continuamente.  
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
11. ① No estoy especialmente irritado.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado continuamente.  
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
12. 0 No he perdido el interés por los demás.  
① Estoy menos interesado en los demás que antes.  
2 He perdido gran parte del interés por los demás.  
3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.  
① Evito tomar decisiones más que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3 Me es imposible tomar decisiones.
- ① 14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.  
① Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.  
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.  
① Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.  
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

① 9

Significativas (> 0,35)



BAI =       
 0-7 Ansiedad mínima  
 8-15 = A. Leve  
 16-25 = A. Moderada  
 restante = Grave

Identificación

Fecha 25/09/21

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensación de calor .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Terrores .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Temblores de manos .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Miedo a morir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Palidez .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rubor facial .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL:

23

A.F.

A.S.



**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**  
(Ruiz y Lujan, 1991)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: 26 Fecha: 09/10/2024

Responde Ud. en función de: Cómo piensa frecuentemente y como piensa en general, no en situaciones concretas

Items	Nunca pienso eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	<del>3</del>
2. Solamente me pasan cosas malas	0	<del>X</del>	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	<del>X</del>	2	3
4. Sé que piensan mal de mí	<del>X</del>	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	<del>X</del>	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	<del>X</del>	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	<del>X</del>	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	<del>X</del>	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	<del>X</del>	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	<del>X</del>	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	<del>X</del>	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	<del>X</del>	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	<del>X</del>	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	<del>X</del>	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	<del>X</del>
16. Es horrible que me pase esto	<del>X</del>	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	<del>X</del>	3
18. Siempre tendré este problema	<del>X</del>	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	<del>X</del>	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	<del>X</del>	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	<del>X</del>	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	<del>X</del>	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	<del>X</del>	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	<del>X</del>	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	<del>X</del>	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil.	0	<del>X</del>	2	3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	<del>X</del>	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	<del>X</del>	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	<del>X</del>	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	<del>X</del>	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	<del>X</del>	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	<del>X</del>	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	<del>X</del>	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	<del>X</del>	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	<del>X</del>	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	<del>X</del>	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	<del>X</del>	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	<del>X</del>	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	<del>X</del>	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	<del>X</del>	1	2	3
41. Soy un neurótico	<del>X</del>	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	<del>X</del>	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	<del>X</del>	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	<del>X</del>	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	<del>X</del>	3

DX: Filtraje (8) Severo  
 Sobregeneralización (4)  
 Visión Catastrófica (3) → Regular  
 Falacia de Recompensa Divina (5)

Registro de la Semana:

Fecha	Hora	Situación	Lo que piensa	Consecuencias
		A	B	C
		Situación, acontecimientos, hechos, sucesos o experiencia activadora de la vida real	Pensamientos, ideas, imágenes, creencias que tenemos acerca de A; es decir de como interpretamos la situación	Consecuencias emocionales, físicas y conductuales de nuestro pensar.
22/10/21	10pm	Estar operado y Obsesion la bolsa de Colostomía.	Pienso que ahora no se van absorber los nutrientes y me voy a enfermar.	Ansiedad
22/10/21	10pm	Después de la Cirugía y ver que tengo la bolsa de Colostomía.	Pienso que no soy el mismo de antes.	tristeza
22/10/21	10pm	Próxima operación para restablecer los intestinos.	Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere,	Ansiedad
22/10/21	10pm	mirar la bolsa de Colostomía en mi cuerpo.	Me siento poco atractivo	tristeza
22/10/21	10pm	Próxima operación para restablecer los intestinos.	Miedo a morir durante la cirugía	Miedo

**Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias**

Nombre: Lesión 8 Fecha: 27/11/2021

- Describe brevemente el pensamiento o valoración ansiosos: \_\_\_\_\_
- Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado cuando usted está ansioso entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): 70%
- Señale qué gravedad atribuye al resultado cuando usted está ansioso entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): \_\_\_\_\_

Pruebas favorables al Pensamiento o Valoración Ansioso	Pruebas que desconfirman el Pensamiento o Valoración Ansioso
1. Miedo a morir durante la Cirugía	1. No morí en la primera cirugía, ni tampoco en la segunda.
" Toda cirugía tiene sus riesgos, eso no significa que pueda morirme "	2. Mis exámenes después del alta del hospital, están normales (Laboratorio).
	3. El doctor me ha dicho que mi evolución es favorable para mi operación.

\* Se puede recurrir a páginas adicionales para registrar pruebas favorables y desfavorables.

- Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado tras considerar las evidencias entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): \_\_\_\_\_
- Señale qué gravedad atribuye al resultado tras considerar las pruebas entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): \_\_\_\_\_

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

- Sobre las bases de las evidencias y no en tus emociones ¿Qué probabilidad exista de q' puedas morir durante la cirugía? 1%

**Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias**

Nombre: Sesión 11 Fecha: 13/12/2021

1. Describa brevemente el pensamiento o valoración ansiosa: \_\_\_\_\_
2. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado cuando usted está ansioso entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): Nose, 50%
3. Señale qué gravedad atribuye al resultado cuando usted está ansioso entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): \_\_\_\_\_

Pruebas favorables al Pensamiento o Valoración Ansioso	Pruebas que desconfirman el Pensamiento o Valoración Ansioso
1. Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere.	1. El doctor tiene muchos años trabajando en el hospital
	2. El doctor es especialista en su trabajo (gastro-cirugía)
→ Esta operación es para restablecer mi intestino; ya no tengo una enfermedad, eso que para el doctor será fácil.	3. Hoy en día los doctores se capacitan más, con nuevas tecnologías
	4. No creo que se haya equivocado el doctor en la primera operación, quizás los exámenes en ese momento salieron diferentes.

\* Se puede recurrir a páginas adicionales para registrar pruebas favorables y desfavorables.

4. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado tras considerar las evidencias entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): \_\_\_\_\_
5. Señale qué gravedad atribuye al resultado tras considerar las pruebas entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): \_\_\_\_\_

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

volvamos a valorar el pensamiento ansioso "Pienso q' el doctor se puede equivocar de nuevo al momento q' me opere" ¿Qué probabilidad exista de que pueda ocurrir? 5%

**Comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias**

Nombre: Sesión 11 Fecha: 13/12/2021

1. Describa brevemente el pensamiento o valoración ansiosa: \_\_\_\_\_
2. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado cuando usted está ansioso entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): Nose, 50%
3. Señale qué gravedad atribuye al resultado cuando usted está ansioso entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): \_\_\_\_\_

Pruebas favorables al Pensamiento o Valoración Ansioso	Pruebas que desconfirman el Pensamiento o Valoración Ansioso
1. Pienso que el doctor se puede equivocar de nuevo al momento que me opere.	1. El doctor tiene muchos años trabajando en el hospital
	2. El doctor es especialista en su trabajo (gastro-cirugía)
→ Esta operación es para restablecer mi intestino; ya no tengo una enfermedad, eso que para el doctor será fácil.	3. Hoy en día los doctores se capacitan más, con nuevas tecnologías
	4. No creo que se haya equivocado el doctor en la primera operación, quizás los exámenes en ese momento salieron diferentes.

\* Se puede recurrir a páginas adicionales para registrar pruebas favorables y desfavorables.

4. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado tras considerar las evidencias entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá): \_\_\_\_\_
5. Señale qué gravedad atribuye al resultado tras considerar las pruebas entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe): \_\_\_\_\_

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

volvamos a valorar el pensamiento ansioso "Pienso q' el doctor se puede equivocar de nuevo al momento q' me opere" ¿Qué probabilidad exista de que pueda ocurrir? 5%