

**Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad
generalizada**

Ps. Liliana León Lizcano



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2019

**Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad
generalizada**

Ps. Liliana León Lizcano

**Trabajo de grado en la modalidad Monografía para optar el título de Especialista en
Psicología Clínica**

Asesora

Mg. Claudia Susana Silva Fernández

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2019

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a Dios que me guía por este camino, a mi esposo que ha creído en mí y me ha apoyado incondicionalmente, a mis hijos por su colaboración y a mis padres que con sus plegarias me han dado brisa en las horas de fuego. Gracias de corazón a todos por motivarme para ir alcanzado mi proyecto personal y profesional.

Agradezco infinitamente a mi asesora de prácticas Dra. Claudia Susana Silva Fernández por su colaboración incondicional, sus orientaciones y aportes científicos que me ayudaron en mi formación profesional.

Expreso mis agradecimientos a la universidad Pontificia Bolivariana que cuenta con un grupo de docentes valiosos, siempre habrá en mí una gratitud por la comprensión y conocimientos que me brindaron para fortalecerme en el ejercicio profesional de la psicología Clínica.

Contenido

	Pág.
Introducción	11
Marco conceptual	14
Objetivos terapéuticos.....	28
Objetivo General	28
Objetivos específicos.....	28
Metodología	29
Diseño.....	29
Participantes	30
Instrumentos	31
Procedimiento (Intervención y Evaluación).....	34
Intervención	34
Evaluación.....	36
Resultados	39
Descripción del caso clínico.....	39
Motivo de consulta	39
Antecedentes Personales	39
Dinámica familiar.....	40
Dinámica laboral	41

Análisis Funcional de la conducta.....	42
Evaluación sincrónica.....	42
Evaluación diacrónica.....	43
Listado de conductas problema.....	44
Hipótesis de origen.....	46
Hipótesis de mantenimiento.....	49
Impresión diagnóstica: desde el DSM.....	52
Diagnóstico diferencial.....	53
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).....	53
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.....	53
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos.....	53
Trastorno de ansiedad social.....	54
Trastorno obsesivo compulsivo.....	54
Trastorno por estrés postraumático y trastorno de adaptación.....	54
Trastorno depresivo, bipolares y psicóticos.....	54
Plan de intervención.....	55
Actividades terapéuticas por sesiones o por fases.....	57
Resultados de la intervención.....	62
Discusión.....	69
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	79
Referencias.....	80
Anexos.....	86

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Análisis de conductas problema en "X"</i>	44
Tabla 2. <i>Objetivos y técnicas desarrolladas por sesión</i>	55
Tabla 3. <i>Análisis diseño caso único de reversión A-B-A</i>	65

Lista de Figuras

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Familiograma paciente “X” –Interacciones familiares	41
<i>Figura 2.</i> Trastorno de ansiedad generalizada del paciente “X ”	49
<i>Figura 3.</i> Hipótesis de mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada del paciente “X”	52
<i>Figura 4.</i> Resultados de la prueba Millon III	63
<i>Figura 5.</i> Resultados comparativos pretest y postest de la prueba de ansiedad Idare	64
<i>Figura 6.</i> Efecto del tratamiento según diseño experimental de caso único que consta de tres fases A- B – A.....	67

Lista de Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Anexo 2. Historia clínica

Anexo 3. Auto- monitoreo de la preocupación

Anexo 4. Identificar errores de pensamiento

Anexo 5. Formulario de monitores de sensaciones físicas

Anexo 6. Lista de situaciones estresantes inoculación del estrés

Anexo 7. Registro de inoculación del estrés identificando creencia irracionales

Anexo 8. Tarjeta de finalización de prevención de recaídas

Anexo 9. Prueba Inventario Clínico Multiaxial de MILLON III

Anexo 10. Prueba de Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE)

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada

AUTOR(ES): Liliana León Lizcano

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Claudia Susana Silva Fernández

RESUMEN

El presente estudio de caso se basó en un proceso de intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto de 54 años de edad con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La intervención fue realizada en 13 sesiones diferenciadas en tres etapas: evaluación inicial, intervención psicológica y evaluación final. Durante la etapa de evaluación se utilizaron herramientas como la observación conductual, la entrevista no estructurada, y las pruebas de evaluación: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III) e Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo (IDARE). En la etapa de intervención se utilizaron técnicas del modelo cognitivo conductual como: reestructuración cognitiva, diálogo socrático, relajación progresiva, respiración diafragmática, inoculación del estrés, y entrenamiento en habilidades en solución de problemas. Ante el análisis de la eficacia de la terapia mediante el método pretest y posttest del proceso psicoterapéutico, se evidenció como resultados el cumplimiento de los objetivos propuestos, específicamente en la reducción de los síntomas de ansiedad y el mejoramiento del bienestar del paciente.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno Ansiedad generalizada, terapia cognitivo conductual, conductas problema, factores ambientales

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychotherapeutic process under the cognitive behavioral model to a patient with generalized anxiety

AUTHOR(S): Liliana León Lizcano

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Claudia Susana Silva Fernández

ABSTRACT

The present case study was based on a process of cognitive behavioral intervention applied to a 54-year-old adult diagnosed with generalized anxiety disorder (GAD). The intervention was carried out in 13 differentiated sessions in three stages: initial evaluation, psychological intervention and final evaluation. During the evaluation phase, tools such as behavioral observation, unstructured interview, and evaluation tests were used the Millon Multiaxial Clinical Inventory (MCMI-III) and the Anxiety Inventory: State-Trait (IDARE). In the intervention stage, cognitive behavioral model techniques were used, such as cognitive restructuring, Socratic dialogue, progressive relaxation, diaphragmatic breathing, stress inoculation, and problem solving skills training. Before the analysis of the effectiveness of the therapy by means of the pretest and posttest method of the psychotherapeutic process, the results of the proposed objectives were evidenced, specifically in the reduction of anxiety symptoms and the improvement of the patient's well-being.

KEYWORDS:

Generalized anxiety disorder, cognitive behavioral, problem behaviors, environmental factors.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema de salud mental con el que se ha visto afectada la población en general en los últimos años, conllevando a alteración en la funcionalidad de las personas. El desarrollo de este trastorno implica varios factores tales como genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (Newman, Leblanc, 2007 citado por Rovella y González, 2008), por lo cual es probable que esté presente de manera comorbida con otros trastornos que afectan la funcionalidad emocional de las personas, afectando con ello en mayor medida el bienestar de las personas que lo presentan. El trastorno de ansiedad generalizada TAG se caracteriza por una preocupación y ansiedad desbordada, constante y difícil de manejar, que deteriora su cotidianidad en las interacciones familiares, laborales y sociales; la ansiedad surge por percibir las situaciones como amenazantes, reaccionado defensivamente y afectando la parte conductual, cognitiva, emocional y fisiológica de la persona.

Estos estados de preocupación y ansiedad van agrupados con otros síntomas como inquietud, cansancio, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular, y problemas de sueño; además, es importante resaltar que los cambios no se pueden asignar a consecuencias fisiológicas de una medicina, ni a una enfermedad como el hipotiroidismo (American Psychiatric Association, 2014). El desarrollo del TAG parte de un factor biológico que se relaciona con el estrés genéticamente; también se involucra un factor psicológico de cómo los individuos ven el mundo de forma amenazante y no son capaces de reaccionar a situaciones que perciben como peligrosas,

por lo tanto estos comportamientos se refuerzan por factores ambientales relacionados a situaciones traumáticas o estresantes que pueden ser causadas por el sistema educativo, padres sobreprotectores, o poco afectivos, creando inseguridades en su etapa de niñez (Silbrava y Borkovec, 2006 citado García, Bados y Saldaña, 2012). En lo referente al mantenimiento del TAG, varios modelos teóricos aducen que puede ser por intolerancia a la incertidumbre, la cognición, connotaciones negativas a los problemas, inadecuado manejo a las situaciones emocionales, creencia sobre la preocupación, la evitación y pensamientos maladaptativas (García, Bados y Saldaña, 2012).

El tratamiento que ha tenido mayor efectividad en la reducción de los síntomas del TAG es el basado en el modelo cognitivo conductual que se “enfatisa en el papel de los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas” (Bados, 2008, p. 35). Por lo que su objetivo terapéutico es la desaparición o reducción de los síntomas o situaciones estresantes mediante el aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento. Este modelo ha demostrado ser eficaz para los trastornos de ansiedad y especialmente el trastorno de ansiedad generalizada ya que identifica, analiza y cambia los pensamientos, las emociones y las conductas inadecuadas por unas más adaptativas; por lo anterior, es importante resaltar que este modelo no se queda en discutir sobre los pensamientos y creencias irracionales, sino que los analiza de un manera lógica ajustándose a la realidad del individuo, para llegar a hacer una reestructuración cognitiva referente a esquemas y creencias maladaptativas (Pérez, 2014).

Partiendo de la anterior fundamentación, se llevó a cabo la presente monografía del área de Psicología Clínica, referente a un proceso psicoterapéutico de un adulto de 54 años de edad efectuado en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga – IFV UPB. Dicho proceso terapéutico se desarrolló en 13 sesiones cada 8 días que

involucraron actividades de evaluación, diagnóstico e intervención, aplicando el modelo cognitivo conductual, que adopta mecanismos racionales o funcionales para modificar la cognición, el comportamiento, la emoción y los estados fisiológicos, para que el consultante pueda manejar adecuadamente las situaciones que surgen en su vida cotidiana, mejorando su bienestar y repercutiendo en su calidad de vida. A continuación se presenta una contextualización de forma detallada del estudio de caso único realizado con el paciente.

Marco conceptual

El estudio de caso único que presenta la monografía requirió una revisión bibliográfica la cual muestra un análisis conceptual que parte de la Psicología Clínica, el trastorno mental, los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada, la terapia y técnicas de tipo cognitivo conductual respaldada por la terapia cognitiva de Aarón Beck y la calidad de vida. Además, se analizó la afectación y las causas biológicas, ambientales y de personalidad, que son influyentes en el trastorno de ansiedad generalizada; los anteriores aspectos se sustentarán a continuación.

En primer lugar, analizar un trastorno mental requiere una revisión previa de la disciplina que lo sustenta, en este caso de la Psicología Clínica, la cual, según Vera (2013), estudia la conducta y los procesos mentales de los individuos y en sus diferentes ámbitos aplicativos, se sustentada en la investigación implementando técnicas e instrumentos que facilitan la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, además ayuda a la prevención y promoción de las enfermedades mentales con el fin mejorar el bienestar de los individuos y su calidad de vida.

Ahora bien, en los últimos años ha surgido un enorme interés por abordar los problemas mentales que tienen la población en general es por esto que la Organización mundial de la salud, (OMS, 2017) analiza la salud mental de la población en general y se basa en el modelo de atención biopsicosocial enfocado en la salud integral donde analiza que los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la salud y en la enfermedades físicas y mentales de los individuos (Valencia, 2007).

De tal forma, la organización mundial de la salud (OMS, 2017) informa que los desastres naturales, el desplazamiento de grupos humanos, los refugiados, los individuos expuestos a la guerra, el terrorismo, son situaciones que desmejoran la salud mental de la población, creando un deterioro en su desarrollo físico, mental y social, que repercute en el bienestar de las personas, la sociedad y los países. Además comunicaron que la depresión y ansiedad son las enfermedades mentales con mayor prevalencia que afectan las interacciones en los contextos familiares, sociales y laborales, que a su vez deterioran la productividad y funcionalidad laboral; por lo que más de 300 millones de personas tiene un trastorno de depresión y 260 millones padecen los trastornos de ansiedad (OMS, 2017). Por lo anterior, la salud mental es un tema primordial de salud pública, en el que es necesario se promuevan los factores que protegen la salud y se logre prevenir los trastornos psicológicos, fundando un bienestar emocional y resiliencia en la población.

La promoción de la salud mental es esencial para un país como Colombia, que tiene dificultades psicosociales complejas como la violencia, el desplazamiento, el conflicto armado y los desastres naturales que impactan en la salud mental de la población facilitando el desarrollo de trastornos mentales que se caracterizan “por alteraciones en la cognición, la emoción o el humor o los aspectos integradores del comportamiento más elevado como las interacciones sociales o la planificación de las actividades futuras” (Giménez, 2011, p.1). Por otro lado, la connotación del medio ambiente social y cultural donde se encuentre el individuo son factores que pueden determinar un trastorno mental, puesto que la estructura social donde esté el sujeto influye en la salud y el bienestar del individuo y puede afectar su salud mental.

Ahora bien, un estado normal de bienestar que tiene la persona en lo psíquico y lo biológico, es decir no hay enfermedad según concepto del modelo biomédico, es la ausencia de los trastornos mentales, según el conductismo es la salud del comportamiento, para el enfoque cognitivo es la

adaptación a las exigencias internas y externas del medio y la concepción socioeconómica (Restrepo, Diego y Jaramillo, 2012). Según la ley de salud mental de Colombia, ley 1616 de 2013, es importante garantizar a sus ciudadanos la atención, promoción y prevención a las personas que no tienen una salud mental adecuada, es importante crear una prevención y una atención integral para la población, la salud mental para el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia es:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. (Ley 1616, 2013, p 1).

Es decir que la salud mental es un derecho prioritario que es fundamental para la salud pública y trasciende en el bienestar y la calidad de vida de sus ciudadanos. (OMS, 2013, citado por Ministerio de salud de Colombia, 2017). Por lo cual es necesario trabajar en la salud pública para la promoción de la salud mental, y garantizar que se pueda vivir apropiadamente para tener una calidad de vida; (Vosvick 2003, citado por Urzúa, 2010), afirma que la calidad de vida está determinada en un adecuado equilibrio del funcionamiento de la estructura social integrando elementos socioculturales que fortalecen a las personas y a la sociedad.

Por su parte, según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia en el país se han incrementado los trastornos mentales ya que en el 2003 el 40,1% de la población colombiana entre las edades de 18 y 65 años han presentado un trastorno mental en su vida, de los cuales han sido diagnosticados 16% en el último año y el 7,4 % en el último mes; a su vez los trastornos de ansiedad

están incidiendo notablemente con un 19,5% (Posada, 2013). Por otro lado, la encuesta de salud mental que realizó el Observatorio Nacional de Salud Mental (2015) informó que en la población adulta entre las edades de 18 a 44 años tienen algún trastorno mental de 9,6 % en los últimos 12 meses y se incrementa en 4% con enfermedades crónicas, 52,9% presentan señales de ansiedad; además 11,2% de la población de 45 años y más padecen un enfermedad mental y el 54,8% presentan uno o más señales de ansiedad. Estos datos son alarmantes porque los trastornos mentales, especialmente de ansiedad, son producidos por situaciones problemáticas como la violencia, la pobreza, las carencias afectivas, el desplazamientos forzado, que le generan sufrimiento emocional caracterizado por un nerviosismo sin razón, desconfianza, problemas fisiológicos (Posada, 2013).

Es de anotar que Colombia se encuentra en los cinco primeros lugares de problemas mentales y trastorno de ansiedad está en un cuarto lugar, estos trastornos afectan la población en general (Posada,2013); por lo que se puede afirmar que los trastornos mentales están deteriorando la calidad de vida de la población colombiana, creando un desmejoramiento en sus procesos cognitivos, conductuales, emocionales y físicos, ya que estos individuos van distorsionando la realidad y deteriorando sus interacciones de ahí que la ansiedad es una respuesta emocional negativa incitada por el miedo.

Es decir, que el trastorno de Ansiedad históricamente ha tenido gran connotación investigativa y suele estar relacionada a factores externos violentos y desastres naturales, creando un ambiente de aprensión, incertidumbre y un estado de ansiedad (Norris, 2005, citado Clark y Beck, 2012), debido a estas situaciones problemáticas se ha fundado un deterioro en la salud mental de la sociedad ocasionando una sintomatología de ansiedad y estrés postraumático.

Puchol (2003) afirma que la ansiedad se caracteriza por ser una reacción universal ante condiciones de alta demanda asociadas a desafíos y percepción de peligros, que suele diferir de un sujeto a otro de manera cualitativa y cuantitativa, por lo que las sensaciones de nerviosismo y agitación varían la experiencia de la persona. A su vez, Puchol (2003) comenta que la ansiedad afecta negativamente las habilidades de una persona para amoldarse a su contexto cotidiano, siendo una variable necesaria a intervenir en la salud de la persona.

Se ha identificado que los trastornos de ansiedad surgen en la adolescencia y prevalecen en la edad adulta, especialmente en su etapa productiva, y presentan ciertas particularidades que comparten como el miedo, la ansiedad y desequilibrios conductuales. Según la American Psychiatric Association (2014, p.189) “el miedo es una respuesta emocional o amenaza inmediata, real o imaginaria y la ansiedad es una repuesta anticipatoria o una amenaza futura”; por lo que el miedo es respuesta adaptativa o maladaptativa y la ansiedad es la preocupación de la amenaza, es de anotar que el miedo es un estado de alama que está presente para los trastornos de ansiedad y cabe resaltar que los componentes genéticos y fisiológicos son un predisponente para desarrollar la ansiedad.

Por su parte, los factores Biológicos de la ansiedad se relacionan a varios elementos que están presentes en el ser humano, como son las emociones, la preocupación y el aislamiento, además se presentan en periodos a corto o largo tiempo y deterioran la parte psicosocial y fisiológica (Akiskal, 1985 citado Sierra, Ortega, y Zubeidati, 2003). Los individuos que presentan un trastorno de ansiedad ven su entorno como una amenaza, ya que su percepción es inadecuada, además, puede presentar pánico, inseguridad, tensión, intranquilidad, problemas de memoria y (Sierra, Ortega, y Zubeidati, 2003).

Biológicamente, se puede inferir que la ansiedad es una respuesta normal que avisa al organismo sobre una situación para protegerse; en situaciones normales no se perciben síntomas pero cuando surge una situación imprevista la persona presenta intranquilidad y retraimiento, además presenta problemas fisiológicos (Pérez de la Mora, 2003). Por lo anterior, la ansiedad es una respuesta a una situación que avisa al organismo de una advertencia o alarma para manejar el peligro que ocurre, pero en algunos individuos se desborda la situación creando una patología.

Por otro lado, es importante precisar que el sistema nervioso se activa ante situaciones consideradas alarmantes, implicando el funcionamiento de diferentes áreas y sistemas biológicos. Por ejemplo, el sistema límbico que es llamado el cerebro emocional y está compuesto por el tálamo, hipocampo, amígdala y partes del hipotálamo, influye en las funciones cognitivas como lo es la memoria y la atención, así como en respuestas fisiológicas asociadas al miedo; el sistema límbico se relaciona con la creación de gran parte de impulsos básicos como las emociones, el miedo, la rabia, placer (Quijada, 2014).

La Corteza cerebral ha evolucionado, las funciones que realiza son pensar, imaginar, planificar, lenguaje, entre otras, es decir interpreta la información que llega del ambiente y de la parte interna de su organismo; hace parte de ella los lóbulos prefrontal y frontal que se encargan de las funciones ejecutivas y analizan las emociones que experimentan los sujetos (Pascual, Catalán, y Fuentealba, 2003). Las funciones cerebrales se activan cuando el individuo tiene un estímulo y lo toma la amígdala donde surge una emoción, es este caso un mecanismo de miedo que da una respuesta defensiva, de ahí que los recuerdos emocionales que conllevan al miedo.

Por su parte, la predisposición genética de la ansiedad parte de la duplicación prolongada de la zona del cromosoma 15 y tal vez se hallan de 20 a 60 genes esto es debido a un problema llamado contigüidad y esto fenómeno induce a tener el trastorno de ansiedad (Estival, 1995 citado

Pujol, 2001). Además el fenómeno de la duplicación cuenta con un 7% de los individuos por un aumento de genes ocasionado por un alto número de conexiones neuronales que conllevan a un estado de alarma o sensibilidad de ahí que el ambiente, la personalidad y el carácter influirían para tener cualquier trastornos de ansiedad (Estival, 1995 citado Pujol, 2001).

Igualmente, las causas ambientales son otros de los componentes que predisponen o mantienen el origen del trastorno de ansiedad, ya que esta patología es una respuesta que se da a un estímulo interno o externo y depende de percepción de la situación como amenazante, por lo que los factores que se dan en el contexto familiar crean estados de vulnerabilidad. Por ejemplo, la forma de criar a los hijos caracterizada por la sobreprotección y la autoridad o en otros casos por la desprotección, crean mecanismos complejos para enfrentar la cotidianidad (Bruch, Gorsky, Collins y Berger, 1989, citado por Sierra, Zubeidat y Fernández, 2006). Los pacientes que presentan estos trastornos informan que sus progenitores eran demasiado sobreprotectores o no demostraban su afecto, por lo cual no daban soporte emocional y sus interacciones eran inadecuadas (Sierra, Zubeidat y Fernández, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que la familia es la institución que fortalece la salud y mejora la calidad de vida de sus integrantes; la familia es dinámica y cambiante según la etapa vital que se encuentre, cuando no se da una interacción adecuada entre sus integrantes y no se cumplen los roles determinados crean conflictos al interior de ella generando problemas psicológicos a sus integrantes. Además la separación de los padres genera niveles de estrés que afectan su estado físico y mental de todos los integrantes, particularmente en los hijos, creando en ellos “sentimientos de abandono, rechazo culpabilidad, miedos, baja autoestima e inadaptación personal, familiar, escolar y socia” (Vargas, 2014, p.1). Es decir que los problemas familiares en algunas situaciones crean traumas a hijos repercutiendo en cualquier etapa

de su vida; además, los adultos también pueden desarrollar cualquier trastorno de ansiedad que puede ser producido por pérdidas, separaciones, desplazamiento, violencia, desastres naturales, enfermedades, problemas económicos, etc.

Así mismo los niños y adolescentes que han presentado eventos traumáticos tienen una gran probabilidad de padecer depresión y algún trastorno de ansiedad iniciando con inhibir la conducta y concibiendo problemas en sus interacciones, especialmente en el contexto educativo; en la etapa adulta presentan una baja autoestima llegando a efectuar valoraciones inadecuadas de las situaciones vividas (Kendler., 2000 citado Kendler, Meyers y Prescott, 2000 citado, Reti., 2002, citado Osma, García y Botella, 2014).

Por otro lado, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presenta un estado constante de ansiedad que trae la preocupación excesiva, siendo este componente el principal factor que caracteriza al trastorno de ansiedad generalizada, en el que la preocupación trae pensamientos e imágenes maladaptativas e incontrolables manteniendo niveles de vigilancia ante situaciones cotidianas (Clark y Beck, 2012). Así mismo el trastorno va creando síntomas físicos o mentales deteriorando el funcionamiento diario de su entorno ambiental específicamente en el ámbito familiar, educativo, laboral y social por lo cual empiezan a tomar condiciones negativas de afrontamiento y de evitación que van relacionados con nerviosismo, intranquilidad y tensión muscular; igualmente este trastorno va creando problemas conductuales como indecisión, evitación, entre otros (Caballo, Salazar, y Carrobbles, 1995).

Según estudios epidemiológicos informan que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los más recurrentes que puede surgir en cualquier etapa de la vida tendiendo a ser crónico; este trastorno ansiedad generalizada es atendido en medicina general por lo cual hay una prevalencia aproximadamente de 3% y en consulta de atención primaria está entre 5% a 7 %,

teniendo una mayor preponderancia en personas de edades de 40 a 50 años y con menor incidencia los mayores de 60 años (Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2013).

Así mismo el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según el manual diagnóstico DSM – IV -TR (APA, 2000) destacó que la preocupación era generalizada y afecta diferentes contextos de la vida de la persona (Caballo, Salazar, y Carrobbles, 1995). Según el DSM-5 y CIE-10, el trastorno o ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación exagerada de su vida diaria que debe tener al menos tres o más de los seis síntomas: inquietud, fatiga con facilidad, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, además los problemas físicos deterioran su funcionamiento social y laboral; a su vez las alteraciones del TAG no se relacionan a un medicamento o problemas médicos (Caballo, 2002).

Es decir, que los pacientes que presentan el trastorno de ansiedad generalizada TAG no resisten la incertidumbre y el manejo emocional, todo lo ven como amenazante; es decir que las imágenes mentales las percibe negativamente y baja su actividad fisiológica predisponiendo un estado constante de preocupación y sus niveles de ansiedad y preocupación varían constantemente (Caballo, 2002). Además, los adultos con este trastorno se preocupan constantemente de las situaciones de su vida cotidiana, es decir las responsabilidades que conllevan cualquier actividad que vayan a realizar, igualmente presentan un deterioro a nivel psicosocial, familiar y labor.

Por lo anterior, hay diferentes causas que inciden en el desarrollo o mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como las afecciones biológicas, ambientales y temperamento por lo cual los trastornos de ansiedad son recurrentes con familiares de personas diagnosticadas con TAG que en familias que no tiene individuos que tengan el trastorno. Se ha observado que la mitad de los pacientes que presentan el trastorno de ansiedad generalizada, tienen un familiar diagnosticado con un trastorno de ansiedad y no prevalece en familias que no tengan esta

patología. Probablemente el aprendizaje vicario y al tener menos mecanismos autoridad en su desarrollo del ciclo de vida que ayuden a afrontar con tranquilidad las situaciones futuras por lo cual estos componentes que se generan en la familias conlleva a entender cómo surge el trastorno de ansiedad generalizada por lo cual el factor ambiental influye en contexto familiar (Caballo, Salazar, y Carrobes, 1995).

Es de anotar que el sistema familiar está determinado por roles, cuando estos roles no se cumplen satisfactoriamente se crean conflictos que al transcurrir el tiempo pueden generar problemas físicos y psicológicos. Los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) han informado en sus consultas que las vivencias que tenían cuando eran niños o adolescentes eran negativas como rechazo, descuido de la madre en el cuidado de sus hijos y poca afectividad, creándoles sentimientos de sufrimiento y conductas inadecuadas de evitación que refuerzan su preocupación (Vargas, 2014); esto crea un impacto negativo en el bienestar de los individuos.

Por lo cual, es importante precisar el concepto de calidad de vida, que está determinado por “el bienestar físico, mental y social tal como lo percibe cada individuo o grupo y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy y Anderson, 1980, p. 7 citado Ardila, 2003, p. 163), es decir una satisfacción general, conforme al funcionamiento adecuado de diferentes áreas esenciales para la vida de la persona y la sociedad; al analizar este concepto y ponerlo en contexto nos damos cuenta que la población general posee falencias frente al nivel de calidad de vida, ya que algunas personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas y afectivas, repercutiendo en las enfermedades mentales y aumentando el índice de éstas.

Es de anotar, que en los años 90 se empezaron a realizar estudios sobre este trastorno para mirar el desempeño en sus contextos en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada

(TAG); por ejemplo en los Estados Unidos se realizó un estudio sobre epidemiología de los trastornos mentales por Epidemiologic Catchment Area, en el que los pacientes fueron diagnósticos según del DSM III. Los pacientes con TAG evidenciaron deterioro de su calidad de vida, generando un malestar significativo; también se encontró que estos pacientes tenían mayor número de hospitalizaciones, ingesta de medicamentos y ausencias laborales, además se informó que la calidad de vida es baja y está más deteriorada cuando se tiene comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Henning y col, 2007citado Giselle, 2008).

Por lo anterior, se evidencia que la calidad de vida de las personas que presentan el trastorno de ansiedad generalidad TAG y los que tienen un cuadro de comorbilidad se ve afectada en sus funciones e interacciones familiares, laborales y sociales, por lo cual no hay un bienestar integral para esta población; siendo necesario que los pacientes que tiene el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) sean beneficiados de un proceso psicoterapéutico en el que se le permita “al paciente a modificar los pensamientos irracionales emociones, conductas y respuestas fisiológicas inadecuadas por unas más estables y si se vaya siendo funcional en cualquier actividad que se desempeñe”(Puerta, y Padilla, 2011, p.252).

Por consiguiente, la terapia cognitivo conductual, se basa en varias técnicas que ayudan a modificar cogniciones y las conducta irracionales frente a situaciones vitales, como son la reestructuración cognitiva que cambia los pensamientos y creencias irracionales, la relación progresiva que ayuda a minimizar las sensaciones de la mente y el cuerpo, la inoculación del estrés que ayuda a controlar las situaciones problemáticas o estresantes, y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, que “es un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar de mejor modo posible (minimizando o controlando) las demandas internas y ambientales” (Vásquez, Crespo, y Ring, 2003, p.426). Es por esto que esta terapia cognitivo conductual crea mecanismos racionales

y eficaces para cambiar o modificar conductas, pensamientos y emociones de los pacientes, con el objetivo que sean funcionales en cualquier contexto que se desempeñen.

El modelo cognitivo de Beck es un antecedente del modelo cognitivo conductual, el cual fue creado en los comienzos de los años 60 para el tratamiento de la depresión, con el fin de modificar pensamientos y conductas desadaptativas, es decir, esta terapia cognitiva analiza cómo las situaciones afectan las emociones y el comportamiento de los sujetos, por lo que “todas las perturbaciones psicológicas tienen común una distorsión de pensamiento que influyen en el estado de ánimo en la conducta del paciente”(Beck, 2011, p.17), es decir que los pensamientos afectan el estado de ánimo. Este modelo cognitivo es integrador, donde el terapeuta va de la mano con el paciente con el objetivo de ir identificando los pensamientos irracionales; por lo cual, este modelo de Beck propone la técnica de reestructuración cognitiva, que busca modificar los esquemas del pensamiento desadaptativos para así cambiar o sustituir por otros más apropiados, y reducir o eliminar la perturbación emocional conductual del paciente (Bados y García, 2010).

En la terapia cognitivo conductual se utiliza la técnica de relajación que ayuda al paciente a reconocer su estado fisiológico y la tensión; se utilizan varios procedimientos como la relajación sin tensión, donde el paciente va aliviando sin tensar ningún grupo de músculos. Otro procedimiento es la imagen relajante, en el cual el paciente con anterioridad crea un suceso relajante y va visualizando la escena hasta llegar a un esto de comodidad. También utiliza la relajación provocada donde el paciente trabaja la respiración profundamente para alcanzar la tranquilidad y un control emocional. Finalmente la relajación controlada por estímulos, donde el terapeuta repite la palabra relajante 20 veces y después la repite el paciente hasta llegar un nivel de relajación (Caballo, 1998). Estas técnicas de relajación son importantes ya que el paciente va

reconociendo sus estados de ansiedad y va disminuyendo la tensión y creando habilidades para afrontar su preocupación.

Otra técnica cognitivo conductual que se utiliza es la resolución de problemas, que ayuda al paciente a mejorar los pensamientos, las conductas y las emociones, por lo cual se analiza la situación inadecuada y se van creando refuerzos positivos para ir disminuyendo la hostilidad o evitar la situación; por lo que esta técnica implica modificar ciertos cambios de la cotidianidad del paciente y a su vez va fortaleciendo la toma de decisiones, que es importante para los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada ya que ellos tienden a evitar las situaciones que le causan incomodidad.

Estas técnicas cognitivas conductuales ayudan a reducir los síntomas donde se analizan las creencias, los esquemas cognitivos que son consecuentes con los estados amenazantes que se disparan a posibles situaciones, de ahí que esto influye para crear pensamientos irracionales al no tener un afrontamiento adecuado y generando emociones que pueden ser positivas o negativas y varían en intensidad; por lo que las emociones influyen en el comportamiento y en las reacciones fisiológicas de los individuos y son condicionadas por las experiencias que pueden ser inadecuadas creando un malestar y deteriorando la salud mental de las personas.

Al analizar la efectividad de modelo cognitivo de Beck, es menester citar una investigación en la facultad de Psicología de la universidad de Barcelona en el 2012, sobre una paciente femenina de 36 años de edad que tenía el trastorno de ansiedad generalizada TAG, en la que se aplicó la terapia cognitiva de Beck. En el proceso terapéutico se tuvo en cuenta la información suministrada por ella, autorregistros, psicoeducación y relajación en lo referente a la respiración controlada; en los resultados se demostró que estas técnicas fueron eficaces para reducir la sintomatología de la paciente. Es de anotar que la reestructuración cognitiva fue lenta, ya que la paciente poco

reflexionaba sobre sí misma, esto le generaba más preocupación por lo que se identificó como un patrón resistente de pensamiento que fluctuaba en su ciclo de vida siendo más efectivos los experimentos conductuales y exposiciones imaginarias (García, Bados y Saldaña, 2012); estas dos últimas técnicas fueron importantes para el tratamiento ya que le ayudaron a la paciente a mejorar la incertidumbre y tener confianza, repercutiendo favorablemente en su estado de ánimo, creando nuevas actividades en lo personal y social además la técnica más importante fue relajación aplicada que ayudó a mejorar su ansiedad y aprender manejar las situaciones. En conclusión, el modelo cognitivo de Beck es esencial para el trastorno de ansiedad generalizada porque se aplican varias técnicas que ayudan a reducir o extinguir los episodios de ansiedad y preocupación y a su vez va disminuyendo los pensamientos irracionales para que el sujeto vaya controlando las situaciones y sea más tolerante es decir que el paciente sea funcional y objetivo al hacer apreciaciones en su contexto familiar, educativo, social y laboral.

Objetivos terapéuticos

Objetivo General

Reducir los síntomas asociados a un trastorno de ansiedad generalizada en un paciente masculino de 54 años de edad mediante un proceso de evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual.

Objetivos específicos

Establecer el diagnóstico clínico en el paciente teniendo a consideración el análisis funcional del modelo cognitivo conductual y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5)

Desarrollar un plan de tratamiento psicológico utilizando las principales técnicas terapéuticas del enfoque cognitivo conductual para disminuir los síntomas y mejorar la funcionalidad del paciente

Identificar el efecto de la intervención terapéutica aplicada en el paciente mediante la evaluación pre y pos-test.

Metodología

Este trabajo se basa en un estudio de caso único donde se realiza una evaluación e intervención clínica teniendo en cuenta las técnicas e instrumentos asociados al análisis y atención del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) bajo el modelo cognitivo de Beck que parte de premisa “El modo que pienso afecta sobre el modo que siento” (Clark y Beck, 2012, p.67), es decir que los sujetos reconocen cómo sus pensamientos afectan su parte emocional, por lo cual este modelo tiene un connotación en la que analiza la situación y sus desencadenantes (efectos). Este modelo cognitivo parte de la *situación* que activa el trastorno (externa, físicas, fantasías), la cognición (pensamientos automáticos) que generan una valoración ansiosa (verbales o imaginarias), los sesgos donde surgen las *creencias intermedias* (supuestos, reglas y actitudes) y las *creencias nucleares* o esquemas nucleares (lo que se piensa de mismo, sobre los otros y sobre el mundo) y de esto surge las respuestas o sentimiento (fisiológicas, emotivas y conductuales) (Clark y Beck, 2012). Así, el estudio de caso se centró en permitir en el paciente el reconocimiento de sus distorsiones cognitivas y modificarlas mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Diseño

En el presente estudio de caso único, se aplicó el diseño experimental de caso único de reversión, que consta de tres fases llamadas A- B - A, en el cual se aplica la línea fase (A) se identifica la conducta del consultante, se aplica el tratamiento para la línea de base (B), para

terminar se aplica la tercera fase (A) de retirada utilizando autorregistros y la evaluación para verificar si fue efectivo el tratamiento; ésta última fase es relevante ya que comprueba si hubo un mejoramiento en la conducta en el paciente (Arnau, 2001).

En el desarrollo de la primera y tercera fase se tuvo a consideración la evaluación psicológica mediante la aplicación de entrevista clínica, pruebas psicométricas, autorregistros y observación conductual, donde se identificó la historia de vida y la sintomatología el paciente, así como el impacto del proceso terapéutico. En la segunda fase se aplicaron técnicas desde el modelo cognitivo-conductual. Y en la retirada se tiene en cuenta los mismos instrumentos utilizados en la primera fase.

Participantes

Según la ley 1090 de 2006 en su numeral 5 nos informa sobre:

Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad (Ley1090, 2006, p 3).

Por lo cual no será revelado el nombre del paciente y algunos datos serán guardados en confidencialidad para proteger su intimidad.

El consultante participante del estudio de caso se denominará durante el contenido del trabajo como “X” quien era un hombre de 54 años de edad, residente de la ciudad de Bucaramanga, con nivel de escolaridad de bachillerato incompleto (noveno grado), empleado en actividad de panadería, de estrato socioeconómico 2, estado civil casado y padre de dos hijos adultos (26 y 30 años de edad). Paciente solicita intervención Psicológica en el Instituto Familia y Vida seccional UPB Bucaramanga.

Instrumentos

En la consulta psicológica se aplicaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento informado: es un documento que hace parte del quehacer del psicólogo y se fundamenta en lo ético y legal, es un derecho que tienen los pacientes para estar informado sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el profesional de la salud requiera para su atención, además en él se defiende la protección de la información, así como la aclaración ética de informar a entidades de protección en caso que le paciente atente contra su integridad o la de terceros (Berro, 2013). En este documento también se informó al consultante que la intervención psicológica estaría bajo acompañamiento de un psicólogo asesor, puesto que el servicio de atención psicológica tendría un carácter académico. (Anexo 1). Este documento era aplicado en la primera sesión siendo parte del encuadre terapéutico. Los consultantes manifiestan con este documento la aceptación o rechazo del proceso de atención psicológica, en el caso expuesto se obtuvo la autorización de la participación voluntaria e informada de “X”.

Entrevista no estructurada o entrevista abierta: donde “se produce la máxima interacción y libertad posible entre el entrevistado y el entrevistador” (Taguenga y Vega, 2002, p. 61); por lo cual esta herramienta fue importante puesto que a través de ella se pudo recopilar información demográfica, conocer los antecedentes personales y las dinámicas familiar, laboral y social en el consultante, con el fin de empezar a identificar los objetivos terapéuticos.

Historia clínica: Es un documento en el cual se recopila toda la información que se necesita para el proceso terapéutico, ahí se encuentran las particularidades clínicas del paciente según las diferentes áreas de funcionamiento, así como la evolución terapéutica por sesiones. (Gonzales y Cardentey, 2015). Es un documento legal en el que está registrada la actividad del proceso terapéutico de manera clara y organizada (Ver anexo 2).

Autorregistros: esta herramienta de evaluación que se utiliza en el modelo cognitivo conductual, especialmente en la técnica de reestructuración cognitiva, se caracteriza por llevar un monitoreo de las situaciones que le causan malestar al consultante, registrando la emoción y los pensamientos irracionales que se activan ante ellas (Dados y García 2010). En el desarrollo del caso clínico se realizó:

- A. *Autorregistro de monitoreo de preocupaciones*, siendo de gran ayuda en el proceso terapéutico del paciente “X”, debido a que le permitió identificar y analizar las situaciones desde los pensamientos y consecuencias que conllevaban a la preocupación, permitiéndole la reestructuración cognitiva (Anexo 3).
- B. *Registro de errores de pensamiento*, donde el consultante “X” fue identificando los pensamientos irracionales que le generaban malestar (Anexo 4).
- C. *Registro de monitoreo de sensaciones físicas*, para identificar cuáles sensaciones fisiológicas le generaban más incomodidad en los episodios de crisis de ansiedad (Anexo 5).

- D. *Registro de inoculación del estrés*, para monitorear las situaciones más estresantes a las menos estresantes (anexo 6).
- E. *Registro de inoculación del estrés identificando las creencias irracionales*, con el fin de crear alternativas para manejar adecuadamente los problemas que le generaban estrés (anexo 7).
- F. *Registro o tarjeta de finalización y prevención de recaídas (tarjeta de apoyo)*, la cual empleará el consultante en caso de experimentar un retroceso (anexo 8).

Estos registros fueron importantes porque se pudo tener una mayor visualización del caso, el consultante X empezó a tener una mejor eficacia al empezar a reconocer los errores de pensamiento e ir modificando su conductual.

Inventario clínico multiaxial de millon (MCMI-III): es un instrumento para evaluar el trastorno mental de personalidad y síndrome clínico conociendo las dificultades emocionales y conductuales de la persona evaluada, consta de 175 ítems en el cual hay respuestas falsas y verdaderas; evalúa 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control. Se aplica a partir de los 18 años, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos. En su escala de validez el puntaje de 0 es válido, si es 1 es cuestionable y si es más de 1 se invalida la prueba; además si no se contestan 12 ítems o más se invalida la prueba. Además, presenta cuatro categorías: patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves y consta de cuatro perfiles de puntuación donde 60 es normal, cuando se pasa la línea del corte 75 hay gravedad de 75 a 85 es crónico y moderadamente grave de personalidad y de 85 es superior para el trastorno de personalidad (Anexo 9). Este instrumento se empleó durante el proceso terapéutico en una

evaluación inicial para la determinación de la impresión diagnóstica (Cardenal, Ortiz y Sánchez, 2008). (Anexo 9).

Inventario de ansiedad estado-rasgo IDARE: en esta prueba se miden las dimensiones de ansiedad determinadas de Estado (cómo se siente el individuo en ese momento) y de Rasgo (cómo se siente generalmente la persona); consta de 20 ítems y se aplica a personas con nivel educativo medio, profesional o en adelante, teniendo una duración de aplicación entre 15 a 20 minutos. La prueba tiene cuatro opciones de respuesta, para Estado es: 1= no en absoluto, 2= un poco ,3= bastante y 4= mucho; y para escala Rasgo es: 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente y 4= casi siempre. En la interpretación de resultados se presenta un nivel bajo es menor o igual a 30, medio o moderada de 30-44 y alto 45 o más (Spielberger y Díaz 1975). Este instrumento se usó para el pre y pos-test, siendo útil en la evaluación del impacto terapéutico (Anexo 10).

Procedimiento (Intervención y Evaluación)

Intervención

El paciente “X”, ingresa por solicitud de atención psicológica directa, no fue remitido por ninguna institución, acudiendo al Instituto de Familia y Vida-UPB; el tratamiento psicoterapéutico consistió en trece (13) sesiones de una intensidad de 45 minutos cada una y de tiempo entre sesiones de 8 días, se presentan las fases de seguimiento establecidas:

Fase de intervención inicial: se realizó durante 4 sesiones en las cuales se hizo la apertura de la historia clínica, se identificó el motivo de consulta, se estableció el diagnóstico clínico teniendo en cuenta el análisis funcional del modelo cognitivo conductual y la aplicación de dos pruebas

psicométricas: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) e Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo (IDARE) y corroborando con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (SM -5).

Fase de intervención: Se aplicaron 6 sesiones cada 8 días, se planeó y aplicó el modelo cognitivo conductual y algunas consideraciones del modelo cognitivo de Aaron Beck; se aplicaron las siguientes técnicas como diálogo socrático, reestructuración cognitiva, técnica en habilidades en solución de problemas, inoculación del estrés, respiración diafragmática, relajación progresiva, autorregistros y psicoeducación.

Fase de evaluación final: se realizó el cierre psicoterapéutico y la prevención de recaídas en las sesiones 11, 12 y 13 bajo el énfasis de la psicoeducación de lo trabajado en las sesiones, y la entrega de unas tarjetas para reforzar lo aprendido y se aplicó la prueba Ansiedad: Estado-Rasgo (IDARE) para el pre test.

Evaluación

En las dos primeras sesiones terapéuticas se hizo la apertura de la historia clínica bajo el enfoque de evaluación funcional del caso, se procedió a firmar el consentimiento informado según la normatividad vigente, y se recopilaron los documentos que exige el instituto como: la cédula de ciudadanía y un recibo de servicios públicos. Se aplicaron las siguientes herramientas de evaluación clínica: la entrevista no estructurada (abierta), la observación conductual que permitió conocer ciertos pensamientos, comportamientos, aptitudes además se utilizó los autorregistro y la prueba psicométrica como:

El Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-III) se aplicó ya que el paciente presentaba dificultades emocionales y conductuales, además para conocer algunos rasgos de personalidad y corroborar el trastorno de ansiedad generalizada. Ante los resultados de la prueba se determinó que para los Patrones Clínicos de Personalidad, el consultante “X” presenta un indicador sugestivo para esquizoide característico por algunos rasgos como interacciones sociales inadecuadas, actitud evitativa, temor de ser juzgado por los demás, miedo a ser rechazado, dificultad al hablar en público. Por otro lado, referente al rasgo de antisocial el consultante en algunas ocasiones ha infringido las normas en su entorno laboral siendo violento con su jefe inmediato y compañeros; y sobre el sesgo agresivo sádico, el paciente presenta algunos sesgos de irritabilidad. No presentó ningún estilo o trastorno de personalidad grave para la escala de síndrome clínico. En la escala de síndrome clínico sí presentó una escala de indicador moderado que revela la presencia del rasgo en la prominencia de Trastorno de ansiedad (Escala A) por lo cual el paciente mostró una

sintomatología ansiosa, inquietud y percepción de la realidad de una forma amenazante. En la escala de síndromes clínicos graves, no presunto un indicador o nivel de perturbación psicótica, presenta una escala de indicadores sugestivos para el Trastorno del pensamiento y delusional, por lo que el consultante “X” percibe el mundo como incierto y amenazante (Anexo 9).

Así mismo se aplicó el Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo (IDARE) con el objetivo de medir las dos dimensiones de ansiedad, por lo cual se necesitaba saber cómo respondía el paciente “X” a una situación determinada para la escala de Estado donde se pudo determinar que el paciente se encuentra en un estado de ansiedad alto, presentando sentimientos de tensión y aprensión a situaciones cotidianas; y para la escala de Rasgo que evalúa cómo se siente generalmente ante las situaciones percibidas como amenazantes, se determinó que se encontraba en un rasgo alto, lo cual el paciente responde todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no estos estados deterioran su funcionamiento físico, emocional, conductual y psicológico por lo que el consultante tiene dificultades para desenvolverse en los diferentes contextos (familiar, laboral y social).

Por otro lado, al identificar la presencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se procedió a utilizar el diálogo socrático y autorregistros de monitoreo de preocupación para analizar los pensamientos desadaptativos y cambiarlos por unos más racionales, por lo cual se le pidió al cliente que anotara las situaciones que le generaban ansiedad, realizando una valoración de estas y registrando cualquier respuesta conductual a partir de las mismas; por lo cual este registro ayudó a conocer qué situaciones le creaban un malestar a “X” y aportó al análisis funcional. Es de anotar que estos autorregistros ayudaron al paciente a que analizara sus pensamientos ansiosos en cuanto a la sobreestimación y catastrofización, es decir la exageración de una posibilidad de que suceda algo amenazante y lo valore como terrible (Clark y Beck 2012).

También se realizó un registro de riesgo o incertidumbre, para modificar las creencias inadecuadas que le causaban preocupación, en el cual el consultante anotaba las situaciones que le generaban preocupación, el por qué de esa preocupación, midió el nivel de incertidumbre y la respuesta de incertidumbre; además se realizó un registro de los errores de pensamiento ansioso con el objetivo que el paciente los identificara señalando cuáles eran los pensamientos irracionales más recurrentes reconociéndose los pensamientos catastróficos, saltar a conclusiones, visión del túnel y propensión a la aproximación. Así mismo se analizó con el consultante cada pensamiento y se reinterpretó por pensamientos alternativos y realistas que no le generaran una incomodidad exagerada sino que fueran tolerables.

De igual manera, se realizó un monitoreo de las sensaciones físicas que le generaban las situaciones activadoras de ansiedad como dificultad para respirar, tensión muscular, sudoración, náuseas, temblores, debilidad, palpitaciones y dificultad para permanecer en pie, por lo cual se trabajó con el paciente las conductas de seguridad para disminuir la ansiedad como evitar la confrontación, hablar lentamente, relajación mediante la respiración profunda.

Así mismo, en la última sesión 13 se aplicó el post test para mirar la evolución del paciente utilizando la prueba Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo (IDARE) con el objetivo de medir las dos dimensiones de ansiedad (estado y rasgo). En la *Escala de estado* se pudo determinar que el paciente obtuvo 44 puntos por lo cual se encontraba en un estado para ansiedad medio, es decir que el paciente “X”, presenta una condición emocional moderada a situaciones cotidianas. En la *Escala de Rasgo*: obtuvo 44 puntos por lo cual se encuentra rango medio, lo cual significa que el paciente “X”, responde de una forma moderada a cualquier situación estresante o no.

Resultados

Descripción del caso clínico

Consultante “X” de 54 años de edad, de género masculino, reside en la ciudad de Bucaramanga, nivel de escolaridad de noveno grado, empleado como panadero, su estrato socioeconómico 2, estado civil casado y padre de dos hijos varones adultos; paciente solicita intervención Psicológica en el Instituto Familia y Vida seccional UPB Bucaramanga.

Motivo de consulta

Paciente manifestó “me preocupo demasiado, siento incomodidad en mi forma de reaccionar frente a los problemas en mi hogar y en el trabajo y exploto con facilidad”.

Antecedentes Personales

Consultante “X” informó que creció en una familia nuclear y describiendo su niñez y adolescencia como “dura” referente a carencias emocionales y económicas, por lo cual presentaba una situación precaria en alimentación, educación, vestimenta, salud y afecto; además fue abusado sexualmente a la edad de 7 años. Su padre abandonó a la familia, esto lo afectó significativamente creándole un sufrimiento afectivo y emocional; además su madre ingresó a la prostitución para

poder mantenerlos a él y sus hermanos. También informó que su madre y su hermana eran alcohólicas, lo cual le generaba tristeza y en algunas ocasiones rabia, además en su etapa de adolescencia y juventud tenía que trabajar para ayudar a su familia, lo que imposibilitó poder realizar una carrera profesional. Se casó, pero su matrimonio ha presentado conflicto, se siente menospreciado por su esposa y engañado; además las relaciones con sus hijos son conflictivas y de alejamiento.

Dinámica familiar

El paciente “X” tiene una familia clasificada como reconstruida o mixta, conformada por su esposa de 51 años y sus dos hijos varones, uno adoptado de 30 años y el otro de 26 años, y un nieto de 4 años. Se evidencia que la dinámica familiar es conflictiva con su esposa y sus hijos, especialmente con el hijo menor; manifiesta que la esposa tiene predilección por el hijo mayor, además es permisiva en el cuidado y crianza que debe tener su hijo hacia su nieto. En el sistema familiar se identificaron relaciones vinculares negativas donde predomina el conflicto y distanciamiento de sus integrantes, evidenciando una inadecuada comunicación entre todos los integrantes del sistema familiar. Por lo anterior, se incrementa la preocupación del consultante “X”, lo que le causa aprensión y miedo, además desconfianza y sentimientos de desesperanza.

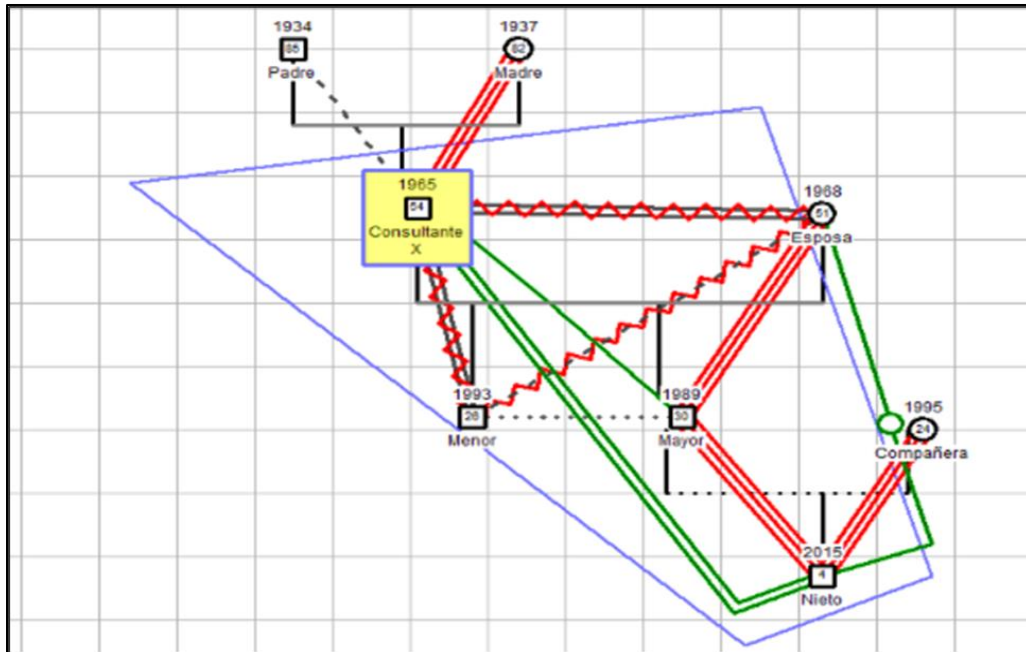


Figura 1. Familiograma paciente "X" –Interacciones familiares

Dinámica laboral

El paciente realiza sus labores productivas en actividad de panadería, ante la cual le han llamado la atención sus jefes inmediatos debido a falencias en sus resultados; además ha sido agresivo con sus compañeros de trabajo debido a su actitud defensiva y sus pensamientos irracionales alrededor de la desconfianza hacia los demás, esto ha creado un aislamiento, actitud predispuesta y ánimo irritable. Las problemáticas relacionales con sus compañeros de trabajo han deteriorado su productividad y han influido en el desmejoramiento de su salud creando respuestas fisiológicas derivadas de situaciones estresantes y exacerbando estados de alergias, asma y problemas estomacales, por lo cual estas condiciones médicas le han traído incapacidades laborales. Por lo anterior, en el ámbito laboral "X" presentaba síntomas de ansiedad y angustia excesiva.

Análisis Funcional de la conducta

Evaluación sincrónica

El paciente manifiesta que su estado de ánimo ha desmejorado significativamente, hace un año presenta verbalizaciones entorno de su familia y su parte laboral referente a “nada me sale bien, me preocupo demasiado, tengo temor y a veces me siento muy triste y explotó con facilidad, no tengo el apoyo de mi esposa y hasta ahora me doy cuenta de eso” “estoy preocupado por mi trabajo ya que no me llevo bien con ningún compañero, ni mi jefe, lo cual es incómodo”, “estas situaciones me tienen mal”, “estoy siempre a la defensiva porque ellos son malintencionados, desconfió de ellos, esto me genera muchas inquietudes”.

Lo anterior denota pensamientos irracionales en su discurso y la presencia de creencias irracionales de corte mágico arraigadas culturalmente respecto a hechizos, secamientos y rezos; esto lo predispone a estar siempre alerta y a desconfiar especialmente de su esposa, además le generan emociones maladaptativas como tristeza, abatimiento, angustia e irritabilidad, así mismo denota cansancio y agotamiento y ha generado episodios de atracones de carbohidratos conllevando a aumento de peso (especialmente cuando discute con su esposa por engaños que ella le ha hecho y por nuevas actividades que tiene que realizar en sus sitio de trabajo).

Presenta dificultad para concentrarse y no expresa su opinión ya que le teme al rechazo. Se siente culpable por el distanciamiento de su hijo generándole sentimientos de impotencia y angustia, además se observa en el consultante “X” que no tiene confianza en sí mismo y en sus capacidades, lo cual le genera infelicidad.

En su relaciones laborales denota conductas inadecuadas tendientes a la ofensa, desaprobación, ira, retraimiento, dolencias físicas como asma, alergia, problemas digestivos y sensaciones fisiológicas como cansancio, pérdida de sueño, dolores musculares, fatiga, palpitaciones, náuseas, sudoración excesiva, tartamudeo por lo cual todas estas situaciones traumáticas ocurridas al paciente X son predisponentes que causan inadaptaciones en cualquier ámbito de su vida.

Evaluación diacrónica

El paciente “X” creció en una familia nuclear con carencias emocionales y económicas ya que no suplían sus necesidades básicas y hubo ausencia de figura paterna por separación de sus padres. La madre ingreso a la prostitución para poder mantener el hogar. Su madre y hermana tuvieron problemas de alcoholismo y a la edad de 7 años fue abusado sexualmente; todas estas situaciones lo afectaron emocionalmente generando sensación de rechazo, humillación, violencia, descuido por parte de la madre, y poca afectividad, lo cual influyó en el paciente “X” para crear emociones tendientes al sufrimiento y conductas inadecuadas de evitación asociadas a estados de ansiedad y preocupación excesiva. Además, en su etapa de adolescencia y juventud tenía que trabajar para ayudar a su familia, lo cual le imposibilitó para poder realizar una carrera profesional conllevando a frustración y sentimientos de abatimiento e irritabilidad, se casó hace 29 años pero su matrimonio ha sido problemático ya que se observa desamor, desconfianza e independencia personal y temor.

Listado de conductas problema

Teniendo en cuenta lo expuesto se observan ciertas características conductuales, cognitivas, fisiológicas que han deteriorado el bienestar y funcionamiento del paciente “X” en sus diferentes ámbitos (familiar, laboral y social)

Tabla 1. *Análisis de conductas problema en “X”*

Antecedentes	Cognitiva	Respuesta	Fisiológica	Consecuencias
Factores que preceden a la conducta y ámbito funcional		Conductual y Emocional		Que ocurrió como resultado de la conducta
Mi padre nos abandonó”.	“mi padre no me quería”	Llanto y tristeza.	Náuseas y dolores estomacales	Sentimientos de culpa
“Mi madre se volvió alcohólica y era poco afectuosa”.	“Será que mi madre se irá, ya no me quiere.”	Llanto e irritabilidad	Dolos gástrico y presión en el pecho	preocupación e inseguridad exacerbada
-“Me abusaron y no me cuidaron”.	“Yo no debí haber nacido”	Pesadillas, llanto y sentimientos de ira	Sudoración, nerviosismo, Dolores estomacales y urgencia de orinar.	Evitación social y conductual
“No estudié”.	“Me siento un fracasado.”	-Rabia, y molestia	Aumento del apetito	Exigencia en actividades laborales
“No se manejar mi salario”.	“-Soy un inútil”.	Inquietud, y incertidumbre y molestia	Sudoración y dolor de cabeza.	“-Evitación de situaciones con implicación de gasto de dinero
“Visitar a mi familia paterna”.	“-No me abrirán la puerta o me recibirán mal.”	-Tristeza y temor	Sudoración y palpitations	Sentimientos de soledad y evitación a contacto social

Antecedentes Factores que preceden a la conducta y ámbito funcional	Cognitiva	Respuesta Conductual y Emocional	Fisiológica	Consecuencias Que ocurrió como resultado de la conducta
“Liquidación laboral de mi hijo”.	-“Estoy preocupado que tal mi hijo bote la plata de la liquidación o lo roben o hasta lo maten”.	Intranquilidad y preocupación”.	Insomnio de conciliación y migraña”	Desconfianza y la comunicación agresiva con el hijo
“Tengo que ahorrar para mi vejez”.	“Si no ahorro desde ya cuando sea viejo mi vida será incierta.”	Nerviosismo e intranquilidad	Cansancio, insomnio de conciliación y migraña.	Aumento de la incertidumbre y preocupación.
“Mi hijo menor no me contesta cuando le hablo”.	“Mi hijo me detesta y no me quiere porque no lo ayudé”.	Tristeza	-Presión en el pecho y problemas de sueño.	Aumento de la incertidumbre.
“Salir a vacaciones”.	“Estoy intranquilo que tal llegue de vacaciones y me cancelen el contrato de trabajo.”	Intranquilidad y desespero	insomnio de conciliación, indigestión, dolor muscular	Inconformidad e molestia con clima laboral
“No estar de acuerdo con mis compañeros sobre la política”.	“Me quieren humillar y se quieren burlar de mi”.	Rabia, agresividad	Temblores, dificultad para respirar, boca seca	Agresiones verbales y alejamiento del grupo de trabajo.
“Una nueva máquina de trabajo”.	“Tengo que aprender e funcionamiento del horno si no dirán que soy un inútil.”	Intranquilidad y molestia	Sudoración, palpitaciones, pérdida de sueño, dolor muscular, migraña y problemas para concentrarse	Aumentó su nivel de ansiedad y preocupación.

Antecedentes Factores que preceden a la conducta y ámbito funcional	Cognitiva	Respuesta Conductual y Emocional	Fisiológica	Consecuencias Que ocurrió como resultado de la conducta
“Nuevo cambio de producto”.	“Haré mal el proceso, dirán que soy un inservible mis compañeros”.	Intranquilidad y molestia	Nauseas, dificultad para respirar, problemas de atención y pérdida de sueño.	Desconfianza de sus capacidades
“Pertener a un grupo”.	“Pienso que me rechazarán”	Sensación de nerviosismo, soledad, tristeza y vacío.	Temblores, sudoración, palpitaciones, dolor gástrico y resequedad en la boca	Subestimar la capacidad para afrontar las interacciones sociales.
“Leer y reflexionar”.	“Se burlarán de mí y dirán que Soy un mediocre si no leo bien y no analizo el texto”.	Sensación de intranquilidad y vulnerabilidad	Aumento del ritmo cardiaco, temblores, dificultad para permanecer de pie y boca seca.	Evitación social

Hipótesis de origen

La vulnerabilidad que el paciente ha presentado en su vida en lo referente a las carencias emocionales, económicas, ser abusado sexualmente a tan corta edad, el abandono de la figura paterna, trabajar en la etapa de adolescencia, y convivir con madre y hermana alcohólicas crearon en el paciente “X” una hipersensibilidad producida por los episodios de estrés que han deteriorado su área psicológica y fomentado el desarrollo de concepciones de su mundo como amenazante, creando una incapacidad para enfrentar las situaciones. De tal forma, los síntomas se han mantenido

creando un estado de ansiedad y preocupación exagerada por diversas situaciones como miedo a quedarse sin pareja, no poder cancelar las deudas, no poder ahorrar en el futuro, la pérdida del empleo, el no llevarse bien con sus hijos, el no poder comunicarse bien y no decir lo que piensa, relaciones inadecuadas en su sitio de trabajo, el miedo a la frustración, estar siempre alerta a las ofensas para contrarrestarlas, la irritabilidad, la desconfianza que tenía con sus compañeros de trabajo, el no estar atento sobre los procesos de su cargo, náuseas, palpitaciones sudoración, temblores, problemas de sueño; todas estas circunstancias generaron un deterioro significativo a nivel físico y mental.

Según García, Bados y Saldaña (2012), la intolerancia a la incertidumbre, la evitación emocional, el sesgo cognitivo la connotación negativa a las situaciones, la ausencia de habilidades para manejar las situaciones amenazantes, y las creencias que se dan a la preocupación, son factores que predisponen el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada, creando un inadecuado funcionamiento en el ámbito familiar, laboral y social.

Otro factor importante que se observó en el paciente "X" es la baja tolerancia a la incertidumbre, el cual predispone a no funcionar adecuadamente en distintas situaciones de la cotidianidad; además la preocupación cómo se observó en el paciente "X" consideraba que este estado era normal, por lo cual las creencias eran rígidas y no objetivas respecto a la preocupación. Otro aspecto que se observa en el paciente "X" es que no era efectivo para solucionar los problemas, esto influía en su nivel de preocupación según; referente a ello Zurilla, Nezu, Maydeu, (1998) citado por Rousch, Rovella, Morales de Barbenza y González (2011) afirmaban que los sujetos al no ser efectivos en solucionar los problemas se empiezan a sentir fracasados, a dudar sobre sus capacidades y a ver las situaciones como amenazas, de ahí surge la evitación cognitiva donde el paciente "X" estaba predispuesto a las situaciones del futuro dándole un significado catastrófico, por lo que no le gustaba

realizar nuevas actividades lo que mantenía y reforzaba su preocupación y ansiedad por el temor a ser criticado o rechazo.

Por otro lado, las sensaciones somáticas como náuseas y palpitaciones, a lo cual Reiss (1991) citado Rousch, Rovella, Morales de Barbenza y González (2011), informa que la sensibilidad de la ansiedad generaba incomodidad, temor por las sensaciones que surgieran y estas son catalogadas como problemas físicos o psicológicos. Así mismo Taylor (1999) citado Rousch, Rovella, Morales de Barbenza y González (2011) afirmaba que estas sensaciones somáticas eran valoradas y vinculadas con los estado de ansiedad donde había un aumento de la frecuencia cardiaca, temblores, cambios cognitivos referente a quedarse con la mente en blanco y las derivaciones sociales que causaban rechazo y humillación.

Teniendo en cuenta la historia de vida del paciente “X” referente a su estado de vulnerabilidad, se pudo vislumbrar cómo se desarrolló el trastorno donde han surgido situaciones que han predispuerto al paciente como los problemas familiares, especialmente las relaciones conflictivas que tiene con su esposa, por lo que el paciente “X” ha tenido una predisposición negativa en la cognición y la conducta. Además, las interacciones laborales que se caracterizan por agresiones verbales, desconfianza, irritabilidad, e intolerancia lo predisponen considerablemente a crear un estado de preocupación y ansiedad afectando el funcionamiento en sus situaciones rutinarias; se concluye que al experimentar todas estas situaciones problemáticas se desencadena el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

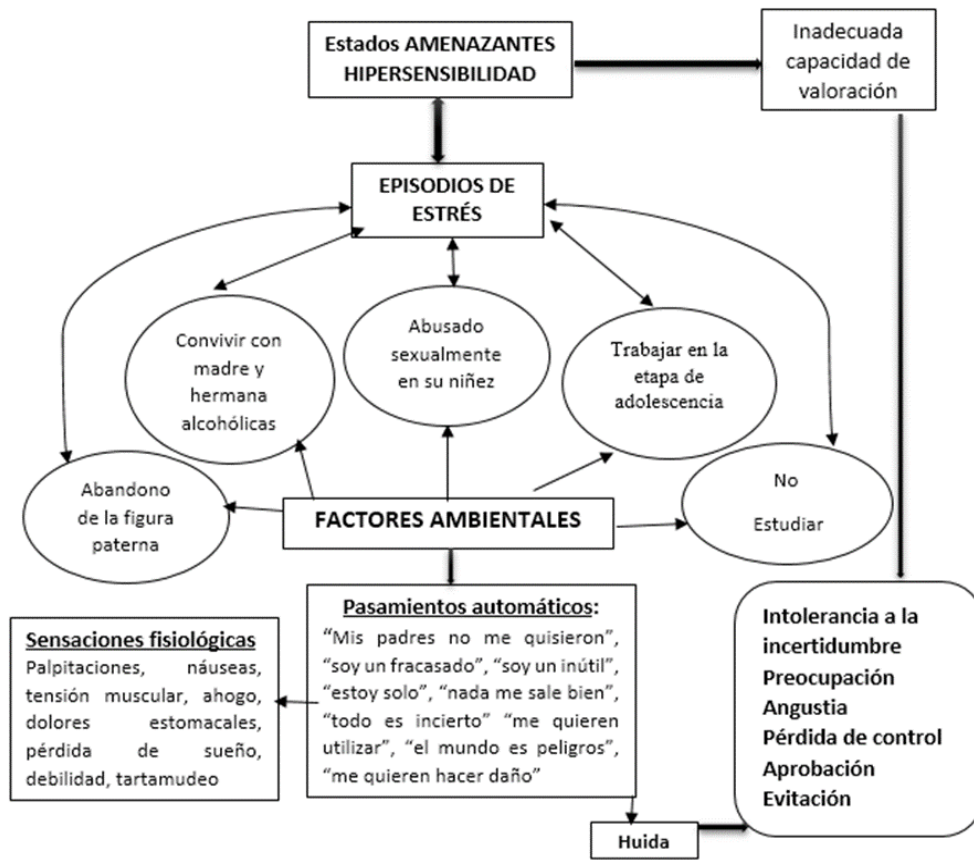


Figura 2. Trastorno de ansiedad generalizada del paciente "X"

Hipótesis de mantenimiento

Al identificar las situaciones problemas que ha tenido el paciente en su ciclo de vida, se plantea que las percepciones de lo que ha vivido han influido en sus emociones y la conducta, es decir que las situaciones aversivas en su niñez y adolescencia aportaron al desarrollo de pensamientos irracionales que se han mantenido reforzado con nuevas situaciones referente a su contexto familiar, laboral y social. Desde el modelo cognitivo de Aaron Beck, en el cual la preocupación del paciente surge por las experiencias, las cuales van influyendo en la personalidad del paciente "X" mediante la creación de unos esquemas cognitivos de la supervivencia y protección asociados a objetivos de

la realización del sujeto (Clark y Beck, 2012); por lo tanto, las metas como lo manifestaba el paciente “X” en tener una familia con dinámica estable y sana, estudiar y ser profesional, al no cumplirse hay una vulneración y se crea una reacción a la preocupación e incertidumbre, en la cual se van fundando unos esquemas inadecuados donde hay una indefensión o baja confianza y una amenaza, por lo que estos elementos van agudizando la aparición del trastorno de ansiedad generalizada.

Clark y Beck (2012) afirman que los esquemas irracionales por no realizar sus objetivos, van creando pensamientos intrusivos que imposibilitan realizar una acción siendo de contención para poder realizar sus objetivos, por lo cual estos pensamientos se vuelven negativos; además estos pensamientos intrusivos van creando sesgos negativos hacia el futuro como lo expone el paciente “X” ante afirmaciones como “tengo que ahorrar porque si no mi vejez será difícil”, fundando una amenaza hipotética sobre su situación, es decir creando pensamientos ansiosos y estados de preocupación en cualquier instante de su cotidianidad. Así mismo como lo manifestaba (Koerner y Dugas, 2006 citado Clark y Beck, 2012), un estado de incertidumbre se manifiesta en los pensamientos intrusivos y la preocupación creando un deterioro fisiológico referente a los problemas de sueño, como lo manifestaba el paciente “X” que situaciones incontrolables como las discusiones con su esposa o enfrentamientos verbales en el trabajo, aumentaba la preocupación y aparecían los problemas fisiológicos, como las náuseas, fatiga, palpitaciones y disminuía la calidad de sueño, síntomas que a su vez sostenían e incrementaban el estado de preocupación por lo cual estos pensamientos intrusos ansiosos automáticos crean una amenaza precaria.

Clark y Beck (2012) siguiendo el modelo cognitivo, anuncian cuatro esquemas que están presentes en el trastorno de ansiedad generalizada y hacen parte de la situación del paciente “X” como lo es: el esquema de amenaza general en el cual el paciente manifiesta “si me quedo sin

trabajo no sé qué haría”; el esquema de vulnerabilidad personal, en el que refiere “soy un fracaso no se manejar mi sueldo”; el esquema de intolerancia a la incertidumbre “mi hijo no contesta el teléfono que tal lo maten y le roben el dinero”; y el esquema de metacognición de la preocupación “me da miedo que mi esposa me deja esto me preocupa demasiado”. Estos esquemas mencionados son estructuras mentales que el paciente “X” ha elaborado del mundo que lo rodea, creando un estado de preocupación; de igual manera los pensamientos intrusivos generan niveles de preocupación en las acciones que realizaba generando un estado de vulnerabilidad y de incertidumbre al paciente “X”, por lo que estos esquemas son las construcciones mentales que el paciente ha hecho en su vida estableciendo unas creencias de incertidumbre de sí mismos, de los otros y el mundo que lo rodea

Las creencias que se identificaron son negativas donde se genera una intolerancia a la incertidumbre ya que el paciente “X” no sabe responder de otra manera y esta intolerancia es un disparador de la preocupación. Además se pudo observar en el paciente ciertas clases de creencias como las nucleares como “soy un inútil,” “soy un fracasado,” “las personas me rechazan” “me siento utilizado,” por lo que son representación profundas de sí mismo y difíciles de modificar y las creencias periféricas o intermedias donde el paciente informa que es un inútil, que se siente cansado, triste de que nada le sale como él quisiera; todo esto son creencias maladaptativas. Según (Clark y Beck, 2012) es importante analizar las creencias personales para observar cómo el paciente “X” percibe la amenaza y cómo las situaciones afectan el futuro incierto e incrementan la preocupación del paciente.

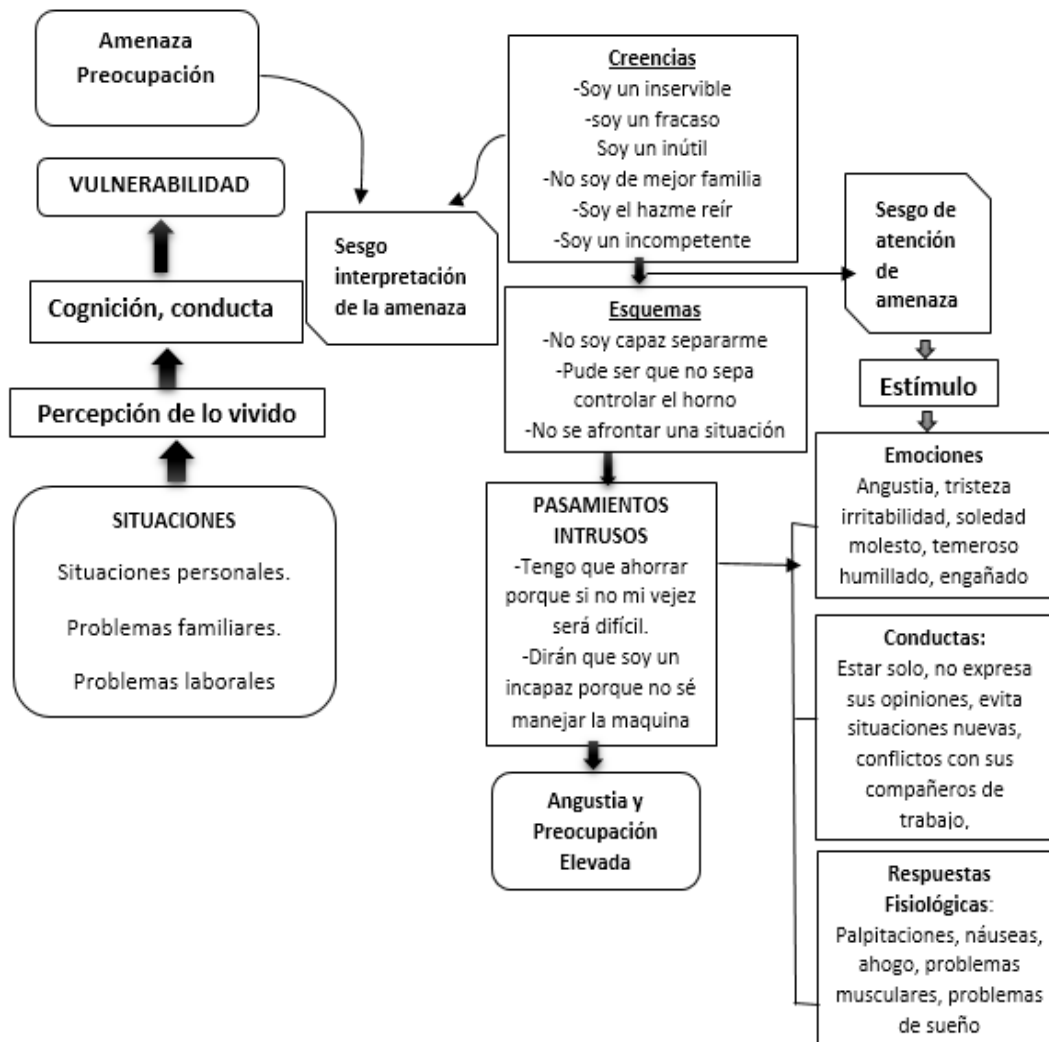


Figura 3. Hipótesis de mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada del paciente “X”

Impresión diagnóstica: desde el DSM

Se establece que el paciente “X” presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

300.02 (F41.1)

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Cumple los criterios: A, ansiedad y preocupación excesiva y ha estado presente en un periodo mínimo de seis meses afectando su actividades familiares, laborales y social, cumple el criterio B, en el cual es difícil de controlar la preocupación, así mismo cumple el criterio C, el cual presenta los seis síntomas mencionados como: Inquietud o nerviosismos, fatigado, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño para seguir durmiendo y el criterio de D, donde el paciente “X” por su alto nivel de ansiedad y preocupación ha generado malestares físicos que han causado un malestar, por lo cual han afectado las funciones normales de sus respectivos contextos.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Se descarta que el consultante presente este trastorno al analizar la historia no había una afección medica que alterara sus niveles de ansiedad y preocupación.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos.

Se descarta que el consultante presente este trastorno ya que el paciente “X” no consume medicamentos tóxicos, sustancias de drogas que provoquen la sintomatología de ansiedad.

Trastorno de ansiedad social.

El paciente no aplica para este trastorno aunque ya que la fobia social es por actividades sociales, mientras que el paciente “X” su ansiedad es generalizada y es la mayor parte de su tiempo.

Trastorno obsesivo compulsivo

Se excluye que el paciente presente este trastorno ya que él siempre está preocupado por las situaciones que vayan a venir, es decir se enfoca en las situaciones futuras.

Trastorno por estrés postraumático y trastorno de adaptación

Aunque tiene alguna sintomatología y recuerdos traumáticos no cumple con todos los criterios para ser diagnosticado con el trastorno por estrés postraumático, además no aplica para trastorno de adaptación ya que la ansiedad aparece por un evento traumático y no debe durar más de 6 meses cuando ha pasado la situación estresante por lo cual se descartan estos trastornos.

Trastorno depresivo, bipolares y psicóticos

Se descarta que el paciente presente estos trastornos aunque la ansiedad generalizada hace parte de estos trastornos, el paciente no cumple con los criterios además la ansiedad y preocupación es generalizada y está presente en el consultante “X” todos los días por situaciones cotidianas.

Plan de intervención

En el proceso psicoterapéutico se aplicaron en total 13 sesiones con una duración de 45 minutos con el paciente “X” además se establecieron los objetivos terapéuticos y el plan de intervención teniendo en cuenta la evaluación clínica en la que se infiere que el consultante “X” presenta un Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ante el cumplimiento de los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM -5, para la intervención se utilizó el modelo cognitivo conductual y algunas consideraciones del modelo de cognitivo de Beck que fueron eficaces para lograr los objetivos terapéuticos planteados. Por lo cual la terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) dio logros significativos en el paciente “X” debido a que identificó y modificó los pensamientos y las conductas asociadas a un estado de ansiedad y preocupación que eran difíciles de afrontar para el consultante “X”; por lo cual hubo una reducción de los síntomas y adherencia al tratamiento que repercutió en el bienestar y en la calidad de vida del consultante “X”.

A continuación se presentan los objetivos terapéuticos por sesiones y las herramientas y técnicas cognitivas - conductuales utilizadas en las sesiones.

Tabla 2. *Objetivos y técnicas desarrolladas por sesión*

Objetivo	Nº de Sesión	Técnicas cognitivo conductuales
Realizar la apertura de la historia clínica, firmar el consentimiento informado y conocer el motivo de consulta.	1	observación conductual Entrevista abierta
Continuar con la evolución de la historia clínica, donde se empieza a conocer la historia situacional referente a	2	Entrevista abierta Dialogo socrático

Objetivo	N° de Sesión	Técnicas cognitivo conductuales
aspectos personales y familiares y se explica la importancia de la adherencia al tratamiento.		
Enseñar al paciente distinguir su estado de preocupación y los pensamientos irracionales	3	observación conductual Diálogo socrático Autorregistro
Analizar el autoregistro y se aplicaron dos pruebas IDARE y MCMI-III	4	Diálogo socrático Pruebas psicométricas
Aplicar la técnica reestructuración cognitiva e identificar pensamientos y creencias irracionales cambiarla por unas más adaptativas.	5 -6-7	Reestructuración cognitiva Diálogo socrático Autorregistro
Implementar nuevas técnicas para el control emocional y realizar una psicoeducación para la técnica inoculación del estrés y además se implementa la relajación.	8 -9	Reestructuración cognitiva Diálogo socrático Autoregistro Psicoeducación Técnica Inoculación del estrés Respiración diafragmática
Aplicar nuevas técnica en habilidades en solución de problemas y exposiciones graduadas.	10	Técnica en habilidades en solución de problemas Inoculación del estrés Exposiciones graduadas
Implementar el post test, la finalización y prevención de las recaídas y seguir trabajando la técnica de inoculación del estrés en habilidades comunicativas verbales y no verbales.	11 -12 - 13	Inoculación del estrés Psicoeducación en habilidades comunicativas verbales y no verbales. Finalización y prevención de las recaídas (Formato de Indicaciones) Autoregistro post test aplicando la prueba Idare: estado - rasgo para ansiedad

Actividades terapéuticas por sesiones o por fases

En el proceso psicoterapéutico se desarrollaron 13 sesiones en las cuales se implantaron los objetivos terapéuticos y las técnicas cognitivo conductuales; a continuación se informa de una manera más detallada el proceso terapéutico.

Sesión 1, se realiza la apertura de la historia clínica en la cual se hace una entrevista abierta, para conocer las necesidades y las expectativas que tiene el consultante sobre el proceso terapéutico, así mismo se explica al consultante la importancia del consentimiento informado. Además en el transcurso de la sesión se va identificando el motivo de consulta en el cual el paciente informa que sus relaciones familiares y laborales son inadecuadas y se irrita con facilidad. Durante la observación conductual y la entrevista abierta van identificándose características importantes de su personalidad como la desconfianza, la impulsividad, la irritabilidad, la preocupación.

Sesión 2, al seguir indagando con la entrevista abierta surgen datos más complejos de los antecedentes personales y familiares del paciente, en los que hubo carencias emocionales y materiales en las etapas de niñez y adolescencia, de igual manera sus dinámicas familiares y de pareja son inadecuadas; también se halló que sus relaciones laborales son conflictivas generando un malestar emocional como ansiedad, enfado, agresividad verbal, desconfianza en su entorno laboral, sospecha de infidelidad conyugal y miedo a nuevos retos. Se realizó un diálogo escuchando sin cuestionar ni victimizar con el único interés de comprender la situación que estaba viviendo el consultante “X” y que entendiera que su historia personal era creíble y confiable para que llegara a tener confianza en sí mismo. Se utilizó el dialogo socrático para que revaluara las situaciones vividas que le habían causado dolor y le afectaban su cognición y comportamiento; por lo cual el paciente empezó a dar otra connotación adaptativa a los

situaciones vividas aliviando la tensión y malestar; además se le explicó al paciente de la importancia de la adherencia al tratamiento para tener resultados favorables para su salud y bienestar.

Sesión 3, teniendo en cuenta la observación conductual y diálogo socrático, surgieron nuevas problemáticas como dificultad para afrontar nuevos retos y situaciones estresantes en su cotidianidad, por lo cual se le indica al consultante de la importancia de cambiar los pensamientos desadaptativos y sustituirlos por otros más adecuados con el objetivo que vaya reduciendo las emociones y pensamientos que lo perturban; se dejaron tareas para la casa como el autorregistro donde anotó sus experiencias emocionales, conductuales y pensamientos que surgían en los diferentes entornos de interacción del paciente.

Sesión 4, se revisó su autorregistro y se formularon algunas preguntas al consultante por medio del diálogo socrático para que él mismo evaluara sus pensamientos negativos y llegara a una reflexión si son útiles para su vida. Se aplicó la prueba IDARE y MCMI-III

Sesión 5, se empezó a trabajar la reestructuración cognitiva y se tuvo en cuenta el diálogo socrático para que el consultante cuestionara sus pensamientos y se le dejó un autorregistro de tarea para la casa

Sesión 6, se observó en el paciente una actitud de colaboración y de reflexión. Se empezó a identificar con el consultante algunos pensamientos irracionales como la lectura de la mente y predicciones negativas y por medio del diálogo socrático, fue cuestionando y reconsiderando la validez de los pensamientos para cambiarlos por unos más adaptativos.

Sesión 7, se siguió utilizando en la sesión la técnica de reestructuración cognitiva, se observó en la paciente excesiva generalización referente a situaciones que ocurrieron en su hogar y sitio de trabajo, por lo cual le ha generado al paciente incomodidad, malestar emocional y afectaciones

físicas como: pérdida de sueño, tensión muscular y sudoración, además se siguió identificando pensamientos dicotómicos (si no hago bien el pan o no hablo bien soy un inútil) y pensamiento catastróficos (pensar que si hace las cosas mal su esposa lo ridiculiza o su grupo religioso) y se utilizó la técnica del diálogo socrático para ir interpretando adecuadamente sus pensamientos y creencias.

Sesión 8, Se observó en el consultante que la expresión facial es más receptiva y su postura indica atención de las indicaciones que se le hace; el paciente informó que tuvo problemas en el sitio de trabajo especialmente con su jefe, se siguió trabajando con el paciente el autorregistro donde se identificó la adivinación del pensamiento y catastrofizar referente a las situaciones estresantes ocurridas. Se empezó a trabajar con el paciente estrategias de control emocional referente a la técnica Inoculación del estrés, como la respiración diafragmática con el objetivo que el paciente vaya mejorando sus síntomas fisiológicos y emocionales.

Sesión 9, el paciente presentó una actitud de escucha y colaboración en las indicaciones, se observó que el paciente reflexiona y evalúa mejor sus pensamientos y emociones en lo referente a la visión del túnel “si las personas no me escuchan es que están haciendo otra cosa “y la propensión a la aproximación “si me cambian de puesto voy aprender más y tener nuevos compañeros de trabajo”. Se realizó psicoeducación teniendo en cuenta la técnica inoculación del estrés sobre las fases del estrés como alarma, resistencia, agotamiento y las consecuencias psicológicas, conductuales y físicas que esto conlleva, se dejó un registro de inoculación del estrés en cual el paciente anotará las situaciones menos estresantes hasta llegar a las más estresantes y se analizará en la próxima sesión.

Sesión 10, Se trabajó habilidades en solución de problemas en las que se analizaron situaciones estresantes y el consultante sugirió nuevas alternativas para mejorar la problemática. También el

consultante empezó a reflexionar y a generar nuevas ideas y llevarlas a la práctica en su contexto familiar y laboral, además se tuvo en cuenta la detección del pensamiento para tener un mejor control de pensamientos y emociones; se siguió trabajando la técnica de inoculación del estrés en estrategias de conducta, por lo que se analizaron algunas situaciones que le generaban preocupación como: realizar nuevos proyectos, hablar en público, no expresar los sentimientos a su esposa. Se empezó a examinar y reevaluar las situaciones donde el paciente fue dando otra connotación positiva a la situación y empezó a disminuir la preocupación. Se le sugirió al paciente que empezara a realizar exposiciones graduadas como participando en el grupo de oración en ciertas actividades como orar, leer, analizar textos bíblicos y comentarlos para el grupo. Se siguió analizando el registro donde se pudo observar que el consultante empieza a reflexionar sobre sus creencias, pensamientos, conductas y emociones, lo cual fue un avance significativo para el paciente.

Sesión 11, se hizo una contextualización con el paciente de todo lo realizado en el proceso terapéutico, se trabajó inoculación del estrés en habilidades en lo referente a la comunicación verbal y no verbal que le ayudaron al paciente a mejorar sus relaciones interpersonales, se dejó un autorregistro que se trabajó en la próxima sesión.

Sesión 12, se siguió trabajando inoculación del estrés en lo referente a habilidades sociales teniendo en cuenta la comunicación asertiva donde empezó a controlar sus emociones También se trabajó sobre prevención de recaídas preparando al consultante sobre la finalización del proceso terapéutico, se le dio un formato al paciente para que siga las indicaciones y lo utilice en varias situaciones actuales y futuras.

Sesión 13, se aplicó el post test de la prueba Inventario de la ansiedad rasgo-estado IDARE y se siguió trabajando con el consultante prevención de recaídas. El consultante realizó una tarjeta

de apoyo para anotar una situación que le generaba ansiedad y preocupación constante como era salir a vacaciones pensando que cuando llegara lo cambiarían de puesto o le terminarían el contrato de trabajo; el paciente empezó analizar las situaciones manifestando pensamientos adaptativos y connotaciones objetivas como “si me cambian de puesto aprenderé más y conoceré nuevos compañeros” y “si me cancelan el contrato colocare un panadería”, el paciente “X” informó que tendría en cuenta un listado de afirmaciones positivas como: “soy valioso, emprendedor, si puedo, pienso positivo”, también comentó que realizaría los ejercicios de relajación para controlar las tensiones y manifestó que podía tener un retroceso como “pensar que no hay solución a mi problema”, “pero puedo controlarme y aplicar lo aprendido para sentirme mejor”.

Resultados de la intervención

Teniendo a consideración el cumplimiento de los objetivos planteados para llevar a cabo el proceso terapéutico, se observa que los resultados fueron positivos, puesto que se estableció el diagnóstico teniendo en cuenta herramientas y técnicas de evaluación a través de las cuales se detectaron los síntomas y tuvieron respaldo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5).

Por lo cual se aplicó la prueba de Inventario Clínico Multiaxial de Millon III para corroborar los síntomas de un trastorno de ansiedad generalizada.

La puntuación obtenida a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, son válidas ya que tuvieron una puntuación de (0) y en la escala de sinceridad obtuvo (90) puntos, lo que denota que el paciente no minimiza ni exagera síntomas, la escala de deseabilidad social arrojó una puntuación de (60) lo que indica que el paciente no trata de mostrarse positivo y en la escala de devaluación obtuvo una puntuación de (70) indica que no intenta mostrar problemas emocionales. En los patrones clínicos de personalidad no presenta ningún patrón claro de personalidad por lo cual sus rasgos son sugestivos ya que sus puntuaciones están entre (38) a (64) y para tener un síndrome clínico que fuera patológico tendría que estar en el nivel de (75). En la escala de patología severa de personalidad no presenta ningún estilo o trastorno de personalidad grave para tener el trastorno debe estar entre (75) para gravedad o (85) descompensado. En la escala de síndrome clínico se observa una puntuación elevada de (75) puntos lo cual indica la presencia del trastorno de ansiedad y en la escala de síndromes clínicos graves no presenta ninguna perturbación psicótica para tener estos síndromes tiene que estar en una puntuación de (74) puntos

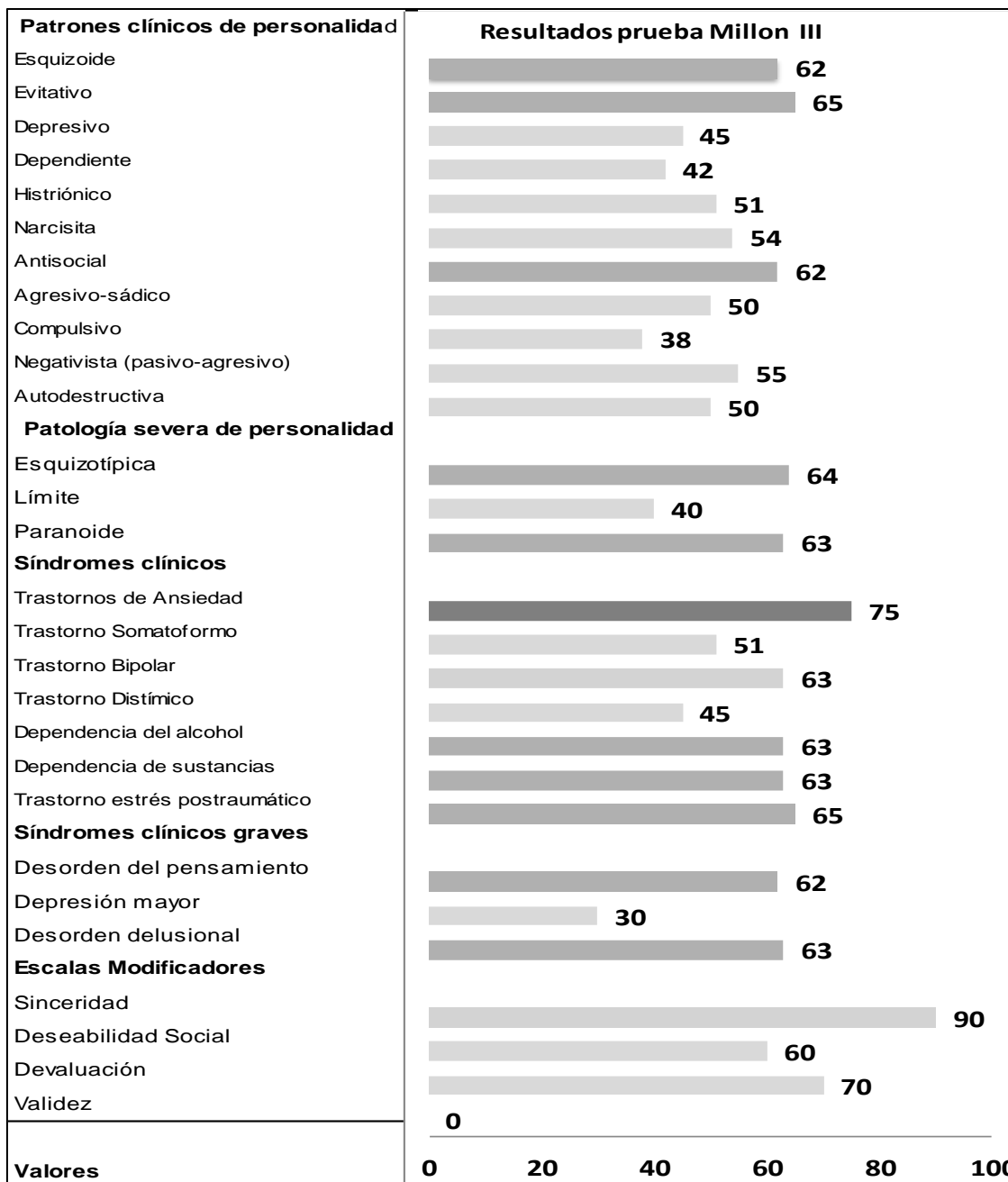


Figura 4. Resultados de la prueba Millon III

Lo anterior indica que el paciente “X” presentaba un trastorno de Ansiedad generalizada fundando una preocupación excesiva por diversas situaciones que deterioraban su salud física y mental afectando su ámbito familiar, laboral y social.

Por lo anterior se desarrolló un plan terapéutico apropiado para el paciente “X” aplicando el modelo cognitivo conductual para reducir los estados de ansiedad y preocupación cómo se evidencia al aplicar la evaluación de post test y la observación del estado mental del consultante “X”.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del pretest y postest de la prueba psicométrica inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE)

La puntuación obtenida a través del Inventario de ansiedad estado – rasgo para el pre – test del paciente donde obtuvo una calificación de 50 para estado y 49 para rasgo, evidencia que tenía un promedio superior alto. Finalizando el proceso psicoterapéutico se aplicó el post – test de la prueba ansiedad estado – rasgo, en la sesión número 13, donde hubo una reducción de los resultados al obtener para estado 44 puntos y para rasgo 44 puntos.

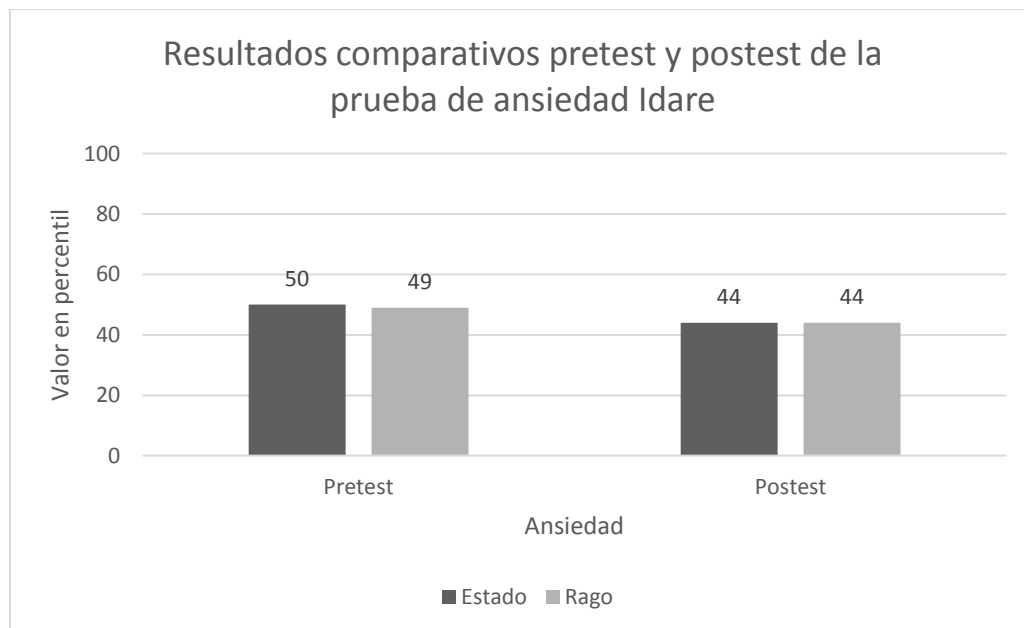


Figura 5. Resultados comparativos pretest y postest de la prueba de ansiedad Idare

Lo anterior indica que el paciente “X” presentó disminución en percibir las situaciones nuevas como amenazantes y controla gradualmente de sus sentimientos de ansiedad y preocupación; por lo que se infiere que la terapia ha producido cambios significativos y se han cumplido los objetivos terapéuticos.

Por otro lado, se hizo un análisis del diseño experimental de caso único con reversión que consta de tres fases A- B – A (como se informa en la tabla 3), en la primera línea de fase (A) se identificó los pensamientos y las emociones que predisponían a la preocupación teniéndose a consideración varias técnicas como la observación, los autoregistro y la evaluación psicométrica, cuyos resultados fueron corroborados con los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5, se pasa a la línea de fase (B) en la aplicación del tratamiento teniendo en cuenta el modelo cognitivo conductual y la última fase que es la línea de retirada (A) en la que se comprobó que el tratamiento y la prevención de recaídas ayudaron a modificar la conducta del paciente “X”.

Tabla 3. *Análisis diseño caso único de reversión A-B-A*

Línea Base (A) Identificación	Línea (B) Tratamiento	Fase (A) Retirada
Conducta		Conductas alternativas
Evaluación		Evaluación
<i>Preocupación e excesiva: anticipación aprensiva, miedo a la frustración y las situaciones las analiza como catastróficas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Reestructuración cognitiva -Registro de pensamiento -Monitora de Sensaciones -Técnicas de relación Técnicas de respiración - Trabajo con imagería -Habilidades en solución de problema -Inoculación del estrés 	<i>Control de la preocupación: suprimir perturbación, tolerar la frustración y modificar las situaciones amenazantes</i>

Se concluye la terapia cognitiva conductual fue importante en la reducción de la sintomatología y se cumplió con los objetivos planteados y los alcances propuestos de forma colaborativa entre la terapeuta y el paciente “X”; se observa en el consultante “X” tiene una mejor confianza para resolver situaciones actuales y futuras, presenta un mejor afrontamiento para controlar los estados de incertidumbre y preocupación, demuestra mayor seguridad y certeza para tomar decisiones, tiene mayor tolerancia a situaciones emocionales negativas: se concluye que el paciente “X” presenta niveles moderados para afrontar la ansiedad y preocupación y ser más funcional al relacionarse en su contexto familiar, laboral y social.

A continuación se observa el efecto del tratamiento según diseño experimental de tres fases A-B-A

En la figura 6 se observa el efecto que tuvo la intervención psicológica evaluado por el diseño experimental de tres fases A-B-A, el cual se midió a través de los autorregistros realizados por el paciente “X”, quien asignaba una valoración subjetiva relacionada con la intensidad percibida de la preocupación en una escala de 0 a 100; en la línea de base (A) 50 fue el valor máximo percibido, en la línea B de fase de tratamiento hay una reducción de los niveles de intensidad percibidos con un máximo de 40, y en la línea de retirada (A) se observa que hubo una reducción considerable de la intensidad con respecto a la línea de base inicial (A), indicando que hubo una efectividad del tratamiento ante un máximo de 35 y un mínimo de 30.

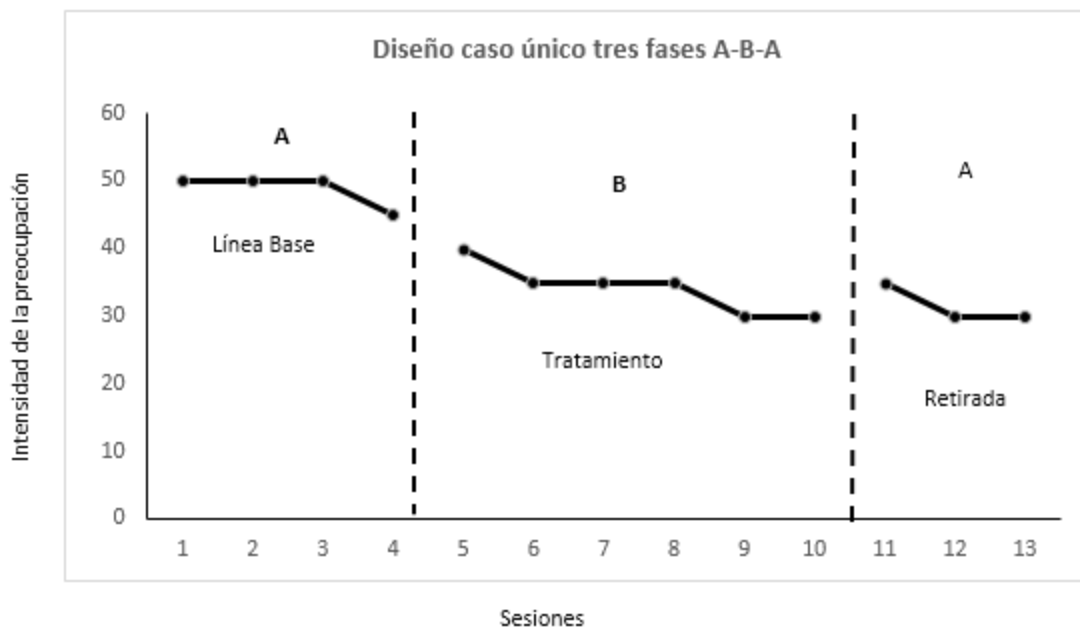


Figura 6. Efecto del tratamiento según diseño experimental de caso único que consta de tres fases A- B – A

Así mismo, en la fase de retirada (A) se realizó un seguimiento y prevención de recaídas que fue favorable donde se corroboró con la reducción de los síntomas, por lo que hubo una mejoría en su estado de preocupación que repercute en la calidad de vida del paciente “X”.

El impacto que tuvo el tratamiento en el paciente “X” en su ámbito familiar fue positivo, al empezar a manifestar adecuadamente las situaciones que le generaban malestar y al tener aumento de confianza en sí mismo, por lo cual no evita las responsabilidades como el manejar su dinero y tener un ingreso adicional para reducir la preocupación que le causaba la economía familiar; además empezó a realizar nuevas actividades con su esposa e hijos sin catastrofizar, ante lo cual las interacciones familiares mejoraron considerablemente. Por otro lado, en el contexto laboral empezó a controlar su preocupación cuando las demandas requerían un mayor esfuerzo y dedicación por parte del consultante “X”, además comenzó a ser proactivo al involucrarse con

nuevas labores que requería el cargo, participó en actividades culturales que ofrecía la oficina de recursos humanos; también la comunicación entre sus compañeros fue de respeto y las sensaciones fisiológicas de malestar empezaron a disminuir ya no estaba sintiendo tensión muscular, presión en el pecho, palpitations llegando a mejorar sus problemas de sueño.

Discusión

En este trabajo de investigación de caso único es importante resaltar la construcción de la alianza y la adherencia que el paciente “X” tuvo al proceso terapéutico, por lo cual se desarrollaron las capacidades que hacen parte del ámbito clínico en cuanto a evaluación e intervención, se lograron los objetivos planteados como la reducción de los síntomas, establecer un diagnóstico y diseñar un plan de tratamiento clínico acorde al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que presentaba el consultante “X”. En concordancia con lo anterior, se rescata lo planteado por (Prada, 2006) sobre la alianza terapéutica quien indica que es indispensable para obtener resultados favorables un acuerdo sobre las actividades terapéuticas, plantear unos objetivos y tener una relación empática entre el terapeuta y el consultante. Por su parte (Asay y Lambert, 1999 citado Prada, 2006) asignaron valores donde la relación empática tiene un 30% y los cambios del paciente un 40%, eventos fortuitos 15% y efecto placebo 15%, lo cual indica que la alianza terapéutica es indispensable, siendo cierta esta afirmación, por lo cual se deben tener varias estrategias para ir creando una alianza terapéutica. Es de anotar que al inicio de la intervención del paciente índice presentaba una relación de prevención y evitación para afrontar los retos que conllevaba el proceso terapéutico pero la intención de ayudar, la comprensión sin extralimitarse, la seguridad y la escucha sin juzgar creó efectos favorables para el proceso terapéutico.

Al emplear el análisis funcional en este estudio de caso único, se permitió tener una mejor percepción del trastorno mental que tenía el paciente “X”, puesto que esta técnica ayudó a determinar la conducta problemática llevando a la hipótesis explicativa de su comportamiento

disfuncional mediante el conocimiento de cuál era su causa y cuáles elementos de su historia personal, familiar, social y laboral eran antecedentes o consecuentes de sus respuestas maladaptativas; se estableció que las causas o antecedentes para el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada eran las experiencias de la infancia y de la adolescencia caracterizadas por la desatención de sus progenitores y el abuso sexual del que fue víctima a corta edad causando sentimientos de dolor y conductas de evitación reforzando la preocupación por sentirse desprotegido y rechazado por sus padres, además se observó que estas situaciones se habían mantenido en el tiempo reforzando con nuevas situaciones vividas como las interacciones inadecuadas en el entorno familiar caracterizadas por una mala comunicación, desconfianza, el desamor y en el contexto laboral enfrentamientos verbales, desaprobación y prevención que le imposibilita ser productivo.

Por lo cual el análisis funcional contribuyó a determinar las correlaciones entre la respuesta del consultante “X” y las variables que se relacionaban con su entorno. De acuerdo con la afirmación de (Carrillo, Marinho y Caballo, 2003) el análisis funcional es útil para implementar el tratamiento adecuado para los pacientes teniendo en cuenta las variable antecedente y consecuente con el fin de cambiar las conductas inadecuadas, cuando se aplican tratamientos estandarizados para ciertos diagnósticos se van creando etiquetas a los pacientes donde no se tienen en cuenta la diferencia situacional, la conducta y la cognición de cada paciente, problema que se evita con el análisis funcional.

Por otro lado, se observó en el paciente una intolerancia a la incertidumbre que le ocasionaba preocupación constante por diversas situaciones y especialmente del futuro. Es de aclarar que la preocupación sobre una condición humana, a lo cual (Borkovec, 1985 citado Clark y Beck, 2012) indica que los individuos tienen representaciones mentales de situaciones del pasado y del futuro

que les ocasiona estados amenazantes, lo que predispone el surgimiento de la preocupación; de ahí que el paciente “X” experimentaba pensamientos anticipados que tendían a catastrofizar, lo cual fue un factor determinante para el trastorno de ansiedad generalizada.

Tal como afirma (Mathews, 1990 citado Clark y Beck, 2012) la ansiedad generalizada es un estado mental hacia el futuro donde se visualizan situaciones amenazantes, de esta afirmación el consultante presentaba una predisposición exagerada hacia eventos futuros que afectaba su estado emocional y repercutía en su ambiente ocupacional. Según varios estudios de calidad de vida, en especial el de (Olatunji, 2007 citado Clark y Beck, 2012) informaban que el trastorno de ansiedad generalizada afectaba significativamente el bienestar de la persona que posee el trastorno, por lo cual se pudo evidenciar en “X” que su rendimiento laboral no era productivo y habían una incidencia de citas médicas que afectaba su economía por su anticipación aprensiva tenía problemas para concentrarse, afectando su calidad laboral y familiar, además los síntomas físicos le causaban malestares clínicamente significativos.

Ahora bien, las pruebas psicométricas fueron esenciales para determinar el trastorno de ansiedad generalizada, coincidiendo con los criterios clínicos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5; según (Souci y Vinet, 2013) la prueba inventario clínico multiaxial de millon III, fue importante en una investigación que realizaron para evaluar los patrones de personalidad y síndromes clínicos y analizar el funcionamiento psicológico de la población, por lo que este instrumento psicométrico les permitió dar un diagnóstico más acertado y válido creando estrategias de intervención conductuales para las instituciones penitenciarias. En el caso de la actual monografía, esta prueba fue de gran ayuda porque determinó algunos sesgos sugestivos pero que no fueron concluyentes para trastornos de personalidad, en la escala de

síndromes clínicos se identificó el trastorno clínico de ansiedad coincidiendo con el análisis funcional.

Se han realizado varios estudios sobre la importancia de la prueba inventario de ansiedad: Rasgo-Estado – IDARE como la presentada por (Siabato, Forero y Paguay, 2013) en el cual se realizó un análisis para estudiantes universitarios con el fin de medir los estados de ansiedad en el contexto académico, arrojando datos importantes para rasgo y estado donde se encontró que los estilos de personalidad están relacionados con las metas motivacionales y la cognición relacionada con la conducta interpersonal, además esta población de estudiantes tienden a presentar tensión y aprensión consciente percibida, por lo cual varía su rasgo de intensidad en el tiempo. Esta investigación fue significativa al ver la alternativa de valorar la evolución de los síntomas bajo la variable tiempo, siendo de utilidad para aplicarla pretest y posttest, con el fin de observar la evolución del paciente, arrojando datos concluyentes en la reducción de la ansiedad de estado rasgo, indicando que hubo eficacia en el tratamiento.

A nivel del plan terapéutico, se utilizó la terapia cognitivo conductual la cual trajo excelentes resultados, donde se determinó la conducta y la cognición maladaptativas del paciente “X”, se analizó cómo interpretaba y daba su valoración a las situaciones presentes y futuras, y se implementó el diálogo socrático. Según (Bados y García, 2010) plantear una serie de preguntas para que el paciente argumente y reconsidere sus pensamientos intrusos trae grandes beneficios, lo cual fue evidente en el paciente “X” para que diera respuestas lógicas a creencias y pensamientos maladaptativos y así fuera fortaleciendo su autoconcepto. Así, esta terapia ayuda a identificar los estilos de pensamientos irracionales que llegaban a conclusiones improductivas afectando las emociones, sensaciones fisiológicas y la conducta como lo informa (Carrobbles, 1995).

El Modelo cognitivo de Beck fue esencial para identificar los pensamientos y creencias automáticas que aceleraban al consultante “X” a un estado de preocupación por diferentes situaciones que le ocurrían en su contexto familiar, laboral y social, por lo que se utilizaron varias técnicas en especial la reestructuración cognitiva como parte esencial de la intervención terapéutica; lo anterior se relaciona con los resultados obtenidos en el estudio de (Padilla, 2014), donde se da como resultado terapéutico mediante el uso de la reestructuración cognitiva la reducción del estado de preocupación, una mayor disposición para relajarse, el aumento de la capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes y la obtención de pensamientos positivos. Así mismo la relajación y la exposición imaginaria son fundamentales como lo informan varios estudio en especial el realizado por (Rabat y Zinn 1992 citado Clark y Beck, 2012) donde 20 pacientes disminuyeron las puntuación para ansiedad; al igual que en la investigación citada, en el caso de “X” dichas técnicas aportaron a la de los síntomas para ansiedad estado y rasgo mediante el control de los estados emocionales y fisiológicos del paciente.

De igual manera, para recopilar la información de trabajo terapéutico fue indispensable utilizar los autorregistros, convirtiéndose en una herramienta esencial para monitorear las situaciones que le generaban malestar; así, tal como afirma (Clack y Beck, 2012) los autorregistros ayudan a recoger información de gran variedad de datos como de ansiedad, preocupación, sensaciones fisiológicas, pensamientos, creencias, habilidades y medir su intensidad, además que se pueden adaptar a las características particulares del paciente. De tal forma, esta herramienta fue útil en el proceso terapéutico, ya que a través de ella se pudieron identificar las situaciones que le causaban mayor preocupación, los pensamientos que afectaban las emociones, la conducta reactiva a las situaciones estresantes y los estados fisiológicos; por lo que esta recolección de datos ayudó a

tener una mejor conceptualización de la situación del consultante “X” para establecer de forma acertada un tratamiento que conllevara a la modificación en la cognición del paciente.

La inoculación del estrés fue útil para el paciente “X” puesto que aportó a crear estrategias de afrontamiento que mejoraron su estado emocional, tal como lo afirman (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Además, esta técnica fue flexible porque fomentó a analizar las características de cada situación de los individuos y los niveles de estrés que se querían corregir o extinguir, lo ayudó a tener una actitud más apropiada frente a situaciones perturbadoras. Esta técnica fomentó el cambio de las conductas irracionales por unas más adaptativas y la modificación de la cognición para dar nuevas valoraciones lógicas al entorno que lo rodea.

Frente a la investigación de (Orgilés, Méndez y Inglés, 2003) donde se realizó un análisis de eficacia para la terapia cognitivo conductual analizando los problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación creando un tratamiento favorable para las personas que presentaban este trastorno mental; la propuesta terapéutica que hicieron implicó la combinación de varias técnicas como la exposición situacional o imaginada y la solución de problemas, la cual dio resultados importantes en la modificación de la conducta y reducción de los síntomas. Esta propuesta terapéutica fue un modelo para establecer el tratamiento del consultante “X”, evidenciándose que ayudó al paciente en el control de sus síntomas.

Se concluye que el trabajo realizado de estudio de caso estuvo fundamentado por diferentes referentes teóricos que ayudaron a despejar ciertas dudas sobre el modelo cognitivo conductual, se evidenció efectos importantes en el proceso terapéutico y la combinación del modelo cognitivo de Aaron Beck; además la adherencia al tratamiento ayudó a alcanzar los objetivos propuestos que se orientaban en la disminución de los síntomas y el control de la preocupación, por lo cual esta terapia ha demostrado su efectividad en el caso de “X”.

Así mismo según (Clark y Beck, 2012), afirman que los sujetos con este trastorno tienden a catastrofizar generando emociones y pensamientos irracionales predisponiéndose a la preocupación cómo se observaba en el consultante “X”, ya que no creía en sí mismo imposibilitándole solucionar sus problemas familiares; al aplicar la psicoterapia se generó un refuerzo positivo para mejorar su autoconcepto llegando a tener sensación de seguridad que repercutía en el control de la preocupación y le generaba una reducción de la ansiedad, por lo cual interpretaba adecuadamente las situaciones estableciendo una mayor sensación de seguridad y autocontrol de sí mismo, es decir creó una mayor habilidad para afrontar las crisis familiares y laborales. Como afirma (Clark y Beck, 2012), las personas que padecen el trastorno de ansiedad generalizada tienen un deterioro en la reducción de su productividad y son una carga para las empresas por sus constantes incapacidades medicas como pasaba con el consultante “X”, por lo cual la psicoterapia fue importante porque “X” llegó a adquirir un control de afrontamiento para sustituir los pensamientos tendientes al fracaso y lograr alcanzar sus objetivos personales como fueron el involucrarse en nuevas actividades de la empresa sin entrar en conflicto con sus compañeros de trabajo, además su salud física y mental fue estabilizándose mejorando considerablemente su calidad de vida.

Conclusiones

Referente a la práctica clínica de la investigación de caso único se evidencia que los factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales que contribuyen al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). A su vez, el TAG se mantiene en el tiempo por distintas situaciones que predisponen a la persona a crear un estado de ansiedad y preocupación desbordada que desmejora su funcionamiento psicosocial. Cabe resaltar que el factor ambiental tuvo un papel relevante en la manifestación del trastorno del consultante “X”, donde la familia no fue un sostén de cuidado y protección que favoreciera su salud física y mental y facilitara su calidad de vida.

Por lo anterior, se infiere que las familias disfuncionales crean situaciones conflictivas y desmejoran el bienestar de sus integrantes, especialmente los niños y adolescente como lo ocurrido al paciente “X”, por lo cual no contó con una estabilidad emocional por parte de sus padres que le permitieran construir una relación de apego segura y tener condiciones adecuadas para poder satisfacer sus necesidades como alimentación, vestido, educación, salud, relaciones afectivas, comunicativas, conocer límites, roles, resolver conflictos, tomar decisiones adecuadas; y al no contar con estas condiciones en el sistema familiar el paciente “X” creaba modelos mentales inadecuados a todas las situaciones que percibía y las sobrevaloraba como amenazantes. Es decir, hay una sobre estimación irracional que afecta el funcionamiento cognitivo, emocional conductual y fisiológico y son predisponentes para adquirir el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Las pruebas psicométricas fueron esenciales para ir despejando dudas sobre los síntomas que refería el paciente y así determinar el diagnóstico corroborado con el manual diagnóstico y

estadístico de las enfermedades mentales DSM-5. Así mismo el análisis funcional fue un instrumento importante donde se determinaron las conductas problemas y diferentes componentes como fisiológicos, cognitivos, emocionales y motores, que forman parte de este trastorno, lo cual permitió obtener una mejor comprensión y se sentaron las bases para crear una adecuada intervención psicológica.

Es importante mencionar la adherencia que tuvo el paciente en el proceso terapéutico, así mismo la intervención psicológica fue enriquecedora donde se eligió la terapia más adecuada para la reducción de los síntomas y su funcionalidad, por lo cual se aplicó la terapia cognitiva conductual y se combinó con la terapia cognitiva de Aaron Beck; este conjunto de técnicas como la reestructuración cognitiva, la relajación, la respiración, la imaginación, la solución de problemas y la inoculación del estrés fueron eficaces para darle otra connotación positiva a las situaciones que le generaban incertidumbre, amenaza y evitación. Estas técnicas mencionadas, especialmente reestructuración cognitiva, generaron cambios importantes en el paciente X al identificar y cuestionar la validez de las creencias y pensamientos intrusos, modificándolos por unos adaptativos para ir disminuyendo o extinguiendo sus perturbaciones cognitivas y conductuales.

Fue importante el proceso de finalización y prevención de las recaídas porque permitió realizar una recontextualización de todo lo desarrollado en la intervención psicoterapéutica, por lo cual se utilizó la psicoeducación donde se le enseñó al paciente a ser su propio terapeuta en caso de un retroceso cuando se sintiera que estaba actuando disfuncionalmente en lo emocional y conductual, además se le indicó al paciente la evolución que había tenido con el mejoramiento de sus pensamientos, emociones y conductas, con el fin que tuviera una mayor confianza en sus capacidades al manejar situaciones actuales y futuras que surgirían en su cotidianidad. Además permitió observar por medio de situaciones disfuncionales que se plantearon en las sesiones cómo

controlaba su ansiedad y preocupación por lo que seguía manteniendo el progreso de la intervención terapéutica.

Recomendaciones

Hubo resultados favorables en el proceso terapéutico aplicando técnicas del modelo cognitivo conductual, sin embargo es indispensable realizar seguimientos cada 6 meses para mirar la eficacia del tratamiento mantenida en el tiempo o si se generó algún cambio funcional que deteriore su bienestar.

Es indispensable que el consultante aplique en su cotidianidad las técnicas aprendidas para no incurrir en recaídas y se consciente que esta condición médica es manejable y controlable. Por lo anterior, es primordial que el paciente siempre controle la validez y la utilidad de sus pensamientos para crear resultados adaptivas y ser funcional en cualquier contexto de su vida cotidiana.

Es esencial que el consultante realice actividades placenteras que le generen bienestar en su salud físico y mental. También es importante complementar las técnicas de relajación y respiración profunda con otras técnicas que se pueden utilizar fuera del ambiente clínico u hospitalario, es decir en el contexto cotidiano del paciente.

Hay mucho por aprender sobre este trastorno de ansiedad generalizada, es fundamental crear protocolos que identifiquen el desarrollo y mantenimiento del trastorno y establezcan los tratamientos más favorables. Además, teniendo a consideración el aumento de la incidencia del TAG y sus implicaciones funcionales, se hace necesario crear programas preventivos a toda la población en general aportando a contrarrestar los factores que predisponen la sintomatología para el trastorno de ansiedad generalizada.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-5. (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Latinoamérica de psicología*, 35(2), 161- 164.
- Arnu, J. (2001). Diseños de series temporales: técnicas de análisis. Barcelona: Ediciones universidad de Barcelona.
- Bados, A, y García, E. (2010). Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, J. (2011). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Becerra, A. (2012). Análisis funcional de casos psiquiátricos: su utilidad en la comprensión de la patología. *Norte de salud mental*, X (44), 75-79
- Berro, G. (2013). Consentimiento informado. *Revista Uruguaya de Cardiología*. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000100007
- Caballo, V. (2002 a). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Siglo XXI de España editores S.A
- Caballo, V. (1998 b). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastorno*. Madrid: Editorial Siglo XXI de España editores S.A
- Caballo, V., Salazar, I., y Carroble, J. A. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide.

- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Bilbao: Descree Brouwer
- Cardenal, V., Ortiz, M., y Sánchez, P. (2008). Informativo Inventario clínico multiaxial de Millon III. Recuperado de http://web.teaediciones.com/Ejemplos/Informe_MCMI-III_Caso_Ilustrativo.pdf
- Carrillo, G., Marinho, M.L., y Caballo, V. (2003). El papel del análisis funcional del comportamiento en el proceso de elección del tratamiento: estudio de un caso. *Psicología conductual* 11 (2), 335-350
- Ley N° 1090. Ministerio de la protección social del Congreso de Colombia, Bogotá, D. C., 6 de septiembre de 2006
- Ley N° 1616. Ministerio de la protección social del Congreso de Colombia, Bogotá D.C., 21 de enero de 2013
- Díaz, L. (2011). *La observación*. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Academia Nacional de Medicina. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
- García, S., Bados, A, y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245 -2582.
- Giménez, S. (2011). Salud Mental y Enfermedades Mentales. Recuperado de <https://www.medicina21.com/Articulos-V63.html>

- Giselle, V. (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100004
- Gonzales, R., y Cardentey, J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. *Médica Electrónica*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., & Inglés, C. (2003) La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología* 19(2)193-224. Recuperado https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf
- Osma1, J., García, A., y Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de Psicología*, 30(2), 1695-2294.
- OMS. (2017 a). Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Recuperado https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/
- OMS. (2017 b). Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/es/
- Observación nacional de salud mental. (2017). Guía metodológica para el observatorio nacional de salud mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Prada, G. (2006). Investigación, vínculo y cambio: ¿algo nuevo bajo el sol?. *Revista Internacional de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000386>

- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 1(2)157-163
- Pascual, R., Catalán, M., y Fuentealba, M. (2003). Rasgos de ansiedad alteraciones neuronales en la corteza prefrontal medial, ocasionadas por experiencias adversas tempranas. *Neuro-psiquiatr.* Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000300005
- Pérez de la mora, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad. *Bases biológicas.* Recuperado de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad.pdf
- Posada, J. A. (2013). Salud mental en Colombia. *Biomédica.* Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001
- Puchol, D. (2003). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *Psicología científica.* Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>
- Puerta J y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo conductual (TCC). Como Tratamiento Para la Depresión. *Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251 -257
- Pujol, X. (2001). Científicos españoles descubren el factor genético que predispone a la ansiedad. *El país.* Recuperado de https://elpais.com/diario/2001/08/10/sociedad/997394401_850215.html
- Quijada P. (2014). *Qué pasa en el cerebro de las personas con ansiedad* [Mensaje en blog]. Recuperado de <http://abcblogs.abc.es/cerebro/public/post/que-pasa-en-el-cerebro-de-las-personas-con-ansiedad-16457.asp/>

- Restrepo, O., Diego, A., Jaramillo. E., (2012).Concepciones de salud mental, en el campo de salud pública. *Faculta nacional de salud pública*, 30 (2). 202-211.
- Rousch, L., Rovella, A., Morales de Barbenza. C., y González, M. (2011).Procesos cognitivos de trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(2). 215 – 226
- Ruiz, A.M. y Lago, B. (2005).*Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Recuperado de https://www.academia.edu/34034354/Trastornos_de_ansiedad_en_la_infancia_y_en_la_adolescencia
- Ruz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012).*Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- El trastorno de ansiedad generalizada. (2013). Julio y agosto 2013. *Facultad de Medicina*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
- SiaBato, E.L., Forero. I.X., y PagUay., O. C. (013). Relación entre la ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Avances de la disciplina*, 7(2),87-98.
- Sierra, J.C., Zubeidat, I., y Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar E Subjetividade*,VI(2) 472-517. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27117044008>
- Sierra, J. C, Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 2175-3644. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Souci, M., Vinet E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del millon clinical multiaxial inventory III (MCMI-III) en población penitenciaria chilena. *Salud & Sociedad*.

- Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000200005
- Spielberger, C., y Díaz, R. (1975). Inventario de ansiedad: estado – rasgo. Editorial el manual moderno. México. Recuperado de https://cmapspublic.ihmc.us/rid=1M6S292K6-1PPPBSY-RB/manual_idare.pdf
- Taguena, J.A., y Vega, M. (2002). Técnicas de investigación social Las entrevistas abierta y semidirectiva. *Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, Nueva Época*. 1(1). P.61
- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. (Julio de 2013). Artículo de interés: El trastorno de ansiedad generalizada. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
- Urzúa, F. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista medicina de chile*, 138 (2). 358-365
- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Salud Mental* 30(2) 75 -80
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión *Médica Herediana* 25(2), 1729-214.
- Vásquez, C., Crespo, M., y Ring J.M. (2003). Estrategias de Afrontamiento. Medición. A. Bulbena, G. Barrios y P. Fernández (Eds.), *Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 426). Barcelona: A. Bulbena
- Vera, M. (2013). Concepto de Psicología [Mensajes en un Blog] Recuperado de <https://www.psicologiahoy.com/concepto-de-psicolog>.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me

encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he

Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2. Historia clínica

		<p align="center">FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>					
	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO							
Datos del Usuario							
Nombres y Apellidos		Edad		Género		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación					
Remitido por		Entidad (EPS)					

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO	
3.1 Motivo de Consulta	

3.2 Historial de la situación
3.3 Intentos previos para solucionarlo
3.4 Percepción de la situación desde el consultante
3.5 Redes de apoyo del/la consultante

5. ÁREA PERSONAL			
6. ÁREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)			
7. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA			
8. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL			
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales

				en el ámbito laboral	
Observaciones generales de la historia laboral					
9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES					
10. CONDUCTAS DE RIESGO					
Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática

Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
11.OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)					
12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)					
13. PLAN DE TRATAMIENTO					

Anexo 3. Auto- monitoreo de la preocupación

Formulario de Auto-Monitoreo de la Preocupación

Nombre ----- Fecha: desde ----- Hasta-----

Instrucciones: Por favor utilice este formulario para registrar los episodios de preocupación que experimenta diariamente a lo largo de la semana. Es importante cumplir el formulario tan pronto como le sea posible una vez ocurrido el evento a fin de aumentar la precisión de sus comentarios.

Fecha y hora estimada del día	Pensamientos intrusos y/o preocupación(Describe los pensamientos que tuvo al iniciarse la preocupación)	Contenido de preocupación(escriba brevemente el objetivo de sus preocupaciones que es lo que le preocupa)	Duración de la preocupación(Minutos o horas)	Nivel de angustia(0-100)	Resultado (¿Qué hizo para controlar la preocupación, para eliminarla que efectividad tuvo?)
-------------------------------	--	--	---	-----------------------------------	--

Anexo 4. Identificar errores de pensamiento

IDENTIFICAR ERRORES DE PENSAMIENTO

Nombre: _____ Fecha: _____

Indicaciones: Describir los errores de pensamiento cuando está en situaciones de crisis, favor concéntrese e identifique sus pensamientos aprensivos inmediatos.

Errores de pensamiento

Ejemplo de mis errores de pensamiento

Catastrofizar

Saltar a conclusiones

Visión del túnel

Propensión a la aproximación

Razonamiento emotivo

Pensamiento de todo o nada

Anexo 5. Formulario de monitores de sensaciones físicas**FORMULARIO DE MONITORIO DE SENSACIONES FÍSICAS**

Nombre: _____ fecha: _____

Instrucciones: a continuación encontrará un listado de las sensaciones físicas que puede experimentar en situaciones de crisis. Indique la intensidad de la sensación física durante el episodio de crisis. Rodee con un círculo la reacción física o sensación que advirtió en primer lugar durante el periodo de crisis.

Sensación física	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
------------------	---------	------	----------	-------	-----------

Músculos Tensos**Dolor muscular****Debilidad****Calambres, espasmos musculares****Adormecimiento(manos o pies)sensaciones de pinchazos****Hormigueo manos o pies****Náuseas****Calambres en el estómago****Indigestión****Sudoración****Urgencia de orinar****Diarrea****Cogestión Nasal**

Sequedad en la boca

Dificultad para respirar

Siente constreñida la garganta

Presión en el pecho

Dolor en el pecho

Palpitaciones

Arritmia

Temblores

Inquietud

Irritabilidad

Sacudones musculares

Mareo

Aturdimiento

Sensación de desmayo

Dificulta para permanecer de pie

Otras sensaciones: Cuales :-.....

Anexo 6. Lista de situaciones estresantes inoculación del estrés

INOCULACIÓN DEL ESTRÉS

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: una lista de las situaciones estresantes y ordenar verticalmente de la menos estresante a la más estresante.

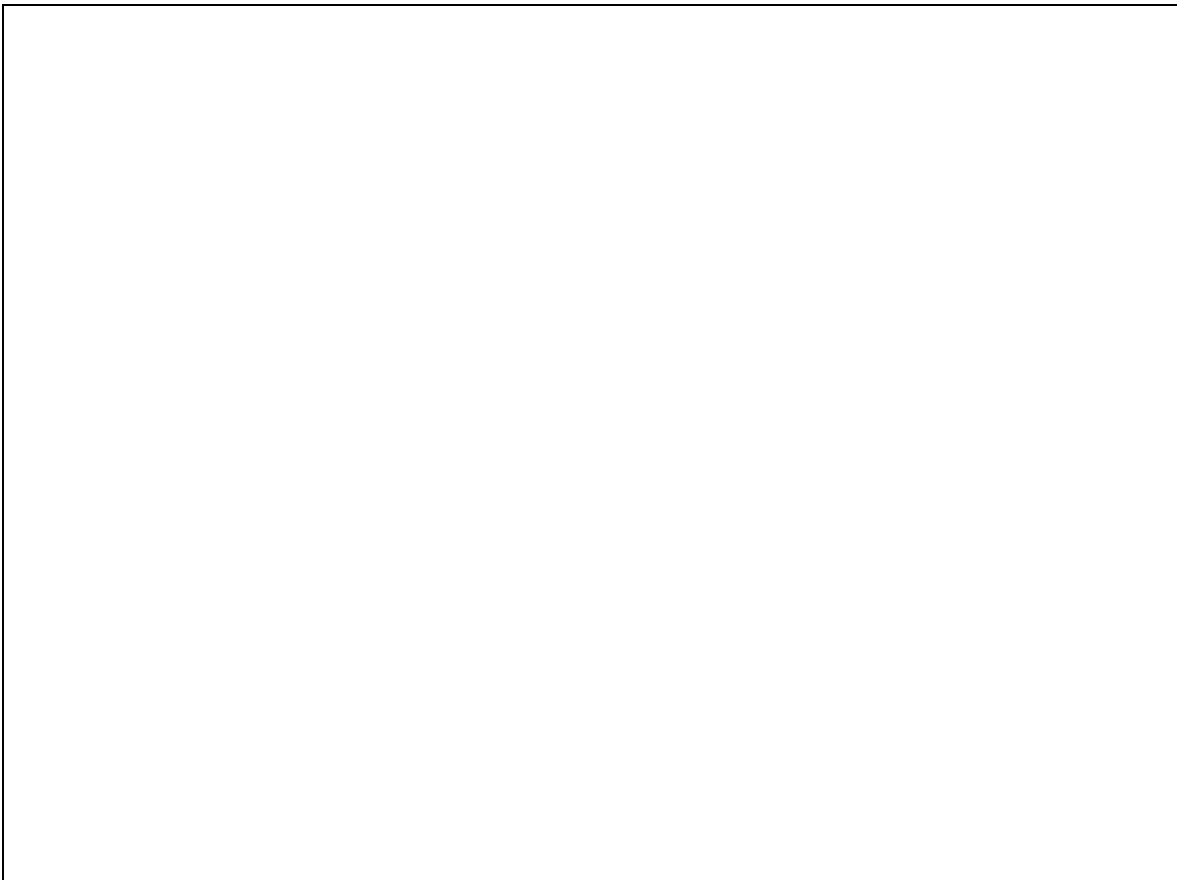
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Anexo 8. Tarjeta de finalización de prevención de recaídas

Finalización y prevención de recaídas

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Tarjeta de apoyo: que debe hacer en caso de experimentar un retroceso.



Anexo 9. Prueba Inventario Clínico Multiaxial de MILLON III



CUESTIONARIO

- 1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana**
- 2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir,**
- 3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.**
- 4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.**
- 5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.**
- 6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.**
- 7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.**
- 8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.**
- 9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.**
- 10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.**
- 11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.**
- 12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.**
- 13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.**

- 14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.**
- 15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.**
- 16. Soy una persona muy agradable y sumisa.**
- 17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.**
- 18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.**
- 19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.**
- 20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.**
- 21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.**
- 22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.**
- 23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.**
- 24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.**
- 25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.**
- 26. Los demás envidian mis capacidades.**
- 27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.**
- 28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.**
- 29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.**
- 30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.**
- 31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.**
- 32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.**

- 33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.**
- 34. Últimamente he perdido los nervios.**
- 35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.**
- 36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.**
- 37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.**
- 38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.**
- 39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.**
- 40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.**
- 41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.**
- 42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.**
- 43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.**
- 44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.**
- 45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.**
- 46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.**
- 47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.**
- 48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.**

- 49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.**
- 50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.**
- 51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.**
- 52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.**
- 53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.**
- 54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.**
- 55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.**
- 56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.**
- 57. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.**
- 58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.**
- 59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.**
- 60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.**
- 61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.**
- 62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.**
- 63. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.**
- 64. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.**
- 65. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.**
- 66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.**
- 67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.**
- 68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.**

- 69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.**
- 70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.**
- 71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.**
- 72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.**
- 73. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.**
- 74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.**
- 75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.**
- 76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.**
- 77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.**
- 78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.**
- 79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.**
- 80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.**
- 81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.**
- 82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.**
- 83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.**
- 84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.**
- 85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.**
- 86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.**
- 87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.**
- 88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.**
- 89. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.**

90. **Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.**
91. **El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.**
92. **Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.**
93. **Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.**
94. **La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.**
95. **A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes,**
96. **En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.**
97. **Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".**
98. **Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.**
99. **Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.**
100. **Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.**
101. **Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.**
102. **Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.**
103. **Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.**
104. **No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.**
105. **Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.**

- 106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.**
- 107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.**
- 108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.**
- 109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.**
- 110. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.**
- 111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.**
- 112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.**
- 113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.**
- 114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.**
- 115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.**
- 116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.**
- 117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.**
- 118. Ha habido veces en las que' no he podido pasar el día sin tomar drogas.**
- 119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.**
- 120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.**
- 121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.**
- 122. Parece que echó a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.**
- 123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.**

- 124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.**
- 125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.**
- 126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.**
- 127. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.**
- 128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.**
- 129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.**
- 130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.**
- 131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.**
- 132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.**
- 133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.**
- 134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.**
- 135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.**
- 136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".**
- 137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.**
- 138. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.**
- 139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.**
- 140. Creo que hay una conspiración contra mí.**

- 141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.**
- 142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.**
- 143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.**
- 144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.**
- 145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.**
- 146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.**
- 147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.**
- 148. Pocas cosas en la vida me dan placer.**
- 149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.**
- 150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.**
- 151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.**
- 152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.**
- 153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.**
- 154. He intentado suicidarme.**
- 155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.**
- 156. No entiendo por qué algunas personas me sonrían.**
- 157. No he visto un coche en los últimos diez años.**
- 158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.**

- 159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.**
- 160. Mi a afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.**
- 161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.**
- 162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.**
- 163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.**
- 164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.**
- 165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.**
- 166. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.**
- 167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.**
- 168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.**
- 169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.**
- 170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.**
- 171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.**
- 172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.**


173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.

175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.**

Anexo 10. Prueba de Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE)



MP
28-2

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por
C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero


SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

© 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL SECERREO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. 000, 39



4489000028027

0515

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

SXR

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**