

Evaluación e Intervención Clínica de un Paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde
el Modelo Cognitivo Conductual

Psic. Maira Pabuena Puello.

Cód. 378716



Universidad Pontificia Bolivariana

Seccional Bucaramanga

Especialización en Psicología Clínica

2019

Evaluación e Intervención Clínica de un Paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde
el Modelo Cognitivo Conductual

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

Psic. Maira Pabuena Puello.

Cód. 378716

Asesora

Mg. Claudia Susana Silva Fernández

Universidad Pontificia Bolivariana

Seccional Bucaramanga

Especialización en Psicología Clínica

2019

Agradecimientos

A Dios por darme sabiduría y protección en el transcurrir de este proyecto académico.

Agradezco a mis padres, esposo e hija, por el apoyo incondicional y la motivación para consolidar mi proyecto de vida personal y profesional.

A la Universidad Pontificia Bolivariana, a sus docentes y a mi asesora y compañeros por contribuir en el desarrollo de mis competencias en psicología clínica.

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	11
Referente Conceptual	14
Enfoque Cognitivo Conductual	15
Trastronos de Ansiedad	19
Objetivos Terapéuticos	27
Objetivo General	27
Objetivos Específicos	27
Metodología	28
Diseño	28
Formulación del Caso	29
Motivo de consulta	29
Identificación del Paciente:	29
Análisis Funcional de la Conducta	31
Análisis Diacrónico. Historia del Problema	31
Análisis Sincrónico	32
Listado de Conductas Problemas	34
Impresión Diagnóstica	34
Hipótesis Explicativa	35
Evaluación Psicológica	38
Instrumentos y técnicas utilizadas	38

Plan de Intervención	43
Resultados	46
Discusión	52
Conclusiones	55
Recomendaciones	56
Referencias	57

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Descripción de conducta problemas y sus áreas de funcionamiento afectadas	34
Tabla 2. Relación de acontecimientos, creencias irracionales y consecuencias	37
Tabla 3. Objetivos de acuerdo al número de sesiones y técnicas de intervención utilizadas...	43
Tabla 4. Dominios de acuerdo al ingreso y egreso	48

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Geograma Familiar del paciente.	30
Figura 2. Línea Base y Tratamiento	47
Figura 3.IDARE Evaluación inicial y final del tratamiento.....	50
Figura 4. Resultados del Inventario Clínico Multiaxial. Millon III	511

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado.....	61
Anexo 2. Entrevista semiestructurada.....	63
Anexo 3. Autorregistros.....	66
Anexo 4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	68
Anexo 5. Inventario de Autovaloración IDARE.....	78
Anexo 6. Formato de registros por sesiones	82
Anexo 7. Formato de Historia Clínica	95

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Evaluación e Intervención clínica de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo Cognitivo Conductual
AUTOR(ES):	Psic. Maira Pabuena Puello
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Mg. Claudia Susana Silva Fernández

RESUMEN

El presente estudio de caso expone el proceso terapéutico realizado con un paciente adulto medio de la ciudad de Bucaramanga, que presenta sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), donde se da a conocer el proceso de evaluación y plan de tratamiento diseñado para el abordaje del TAG, el cual se llevó a cabo en 10 sesiones. Para la evaluación del caso se realizó entrevistas, observaciones, autorregistros, aplicación de pruebas como el Inventario clínico multiaxial Millon III, y el Inventario de ansiedad rasgo – estado IDARE. Respecto al plan de tratamiento, se optó por el modelo cognitivo conductual, con la implementación de técnicas como reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas, inoculación del estrés, exposición simbólica, psicoeducación, entre otras. Dicho proceso interventivo condujo al alcance de los objetivos terapéuticos planteados, al lograr reducir la sintomatología y contribuir con cambios relacionados con el sistema de creencias, estrategias de afrontamiento funcionales y el control emocional, lo cual indica la efectividad del tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Psicología clínica, ansiedad generalizada, cognitivo conductual, creencias irracionales, distorsiones cognitivas.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Clinical evaluation and intervention of a patient with generalized anxiety disorder from the behavioral cognitive model.

AUTHOR(S): Psic. Maira Pabuena Puello

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Mg. Claudia Susana Silva Fernández

ABSTRACT

The present case study, exposes the therapeutic process carried out with an average adult patient from the city of Bucaramanga, who presents symptoms associated with generalized anxiety disorder (GAD), where the evaluation process and treatment plan designed for the GAD approach, which was carried out in 10 sessions. For the evaluation of the case, interviews, observations, self-records, tests such as the Multiaxial Clinical Inventory Millon III, and the Trait Anxiety Inventory - IDARE State were conducted. Regarding the treatment plan, the cognitive behavioral model was chosen, with the implementation of techniques such as cognitive restructuring, progressive muscle relaxation, problem solving training, stress inoculation, symbolic exposure, Psychoeducation, among others. This interventive process led to the achievement of the therapeutic objectives proposed, by reducing symptomatology, and contributing to changes related to the belief system, functional coping strategies and emotional control, which indicates the effectiveness of the treatment.

KEYWORDS:

Clinical psychology, generalized anxiety, cognitive behavioral, irrational beliefs, cognitive distortions

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Los trastornos de Ansiedad son los trastornos mentales más comunes según la American Psychiatric Association APA (2006, 2010). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud OMS (2005) indica una prevalencia de los trastornos de Ansiedad de 12 % en la población mundial; esta misma organización establece que los trastornos de Ansiedad son de inicio temprano con una media de 15 años y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años de edad; a su vez, informan que las personas que padecen estos trastornos tardan en buscar y recibir ayuda profesional situación que dificulta la remisión de los síntomas.

Así pues, los trastornos de Ansiedad al igual que los demás trastornos mentales inciden negativamente en la calidad de vida de quienes los padecen, generando repercusiones en áreas familiar, social y laboral. Dichos problemas pueden producirse por diferentes estresores que inciden en las estructuras cognitivas generando vulnerabilidad a la psicopatología. Uno de los componentes asociados al desarrollo de problemas de salud mental está relacionado a que las personas asumen que no poseen las capacidades para afrontar los peligros o amenazas, convirtiéndose en una forma estable de percibir y valorarse a sí mismo y al mundo (Londoño, et al., 2011).

En relación a los trastornos de Ansiedad se ha establecido la existencia de la vulnerabilidad cognitiva, donde la incontabilidad de los eventos peligrosos y la incertidumbre para controlar sucesos futuros, hacen a los individuos susceptibles de padecerlos (Londoño, et al., 2011). Por ende, personas con algún trastorno de ansiedad disponen de esquemas cognitivos relativos a la

amenaza o peligro, en torno a la aceptación, la competencia y el control (Arcas- Guijarro y Cano- Vindel, 1999, citado en Londoño, 2011).

Por otro lado, como factores explicativos de la génesis del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) además de la vulnerabilidad cognitiva y los eventos estresantes, se encuentran la vulnerabilidad biológica (Barlow y Duran, 2001, citado Londoño, et al., 2011). Aunque científicamente no se ha identificado una carga genética para el TAG, es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada, de modo que al interactuar con la vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas) y ante la ocurrencia de eventos estresantes, la persona pueda responder con preocupación y ansiedad (Bados, 2005). Ahora bien, son las preocupaciones y la ansiedad excesivas los síntomas cardinales del TAG, los cuales están incrementados en frecuencia, intensidad, duración, siendo estos desproporcionados con relación al impacto real del evento emitido (Bados, 2005).

Si bien es cierto el TAG está relacionado con un mal funcionamiento del sistema cognitivo, el cual, ante la presencia de amenazas activa las respuestas defensivas (Beck y Emery, 1985, citado en Londoño, 2005) interviniendo las estructuras cognitivas como son las creencias irracionales y los esquemas cognitivos; según Beck los esquemas cognitivos son patrones estables, siendo estos la base de las interpretaciones de los eventos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983, citado en Londoño, 2005). Otra característica del sistema cognitivo son los procesos, los cuales propician la adaptación y las respuestas del ser humano en su cotidianidad, encontrando las distorsiones cognitivas y estilos de afrontamientos (Ruiz, Díaz & Villalobos. 2012), los cuales conllevan a la activación de las estructuras cognitivas, así pues, una persona con ansiedad percibe sólo situaciones de daño y amenaza (Beck y Emery, 1985, citado en Londoño, 2005).

La catastrofización, la poca tolerancia a la frustración, la generalización, la falta de tolerancia a la ambigüedad, son estructuras cognitivas o pensamientos característicos del TAG (Beck y Emery, 1985, citado en Londoño 2005).

Por otro lado, las técnicas cognitivas conductuales se han consolidado como el tratamiento de mayor efectividad para abordar el TAG, las cuales están encaminadas a dotar a las personas de recursos que le faciliten al paciente el manejo de la Ansiedad; técnicas como la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática, la visualización, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas, y la inoculación del estrés, son ejemplos de las técnicas cognitivas conductuales más utilizadas para el tratamiento del TAG (Minici, Rivadeneira & Dahab. 2003).

Partiendo de lo anterior, la presente monografía expone el caso de un paciente de adultez media con diagnóstico de TAG al cual se le aplicó un proceso de evaluación e intervención bajo el modelo cognitivo conductual. Sus resultados evidencian un impacto positivo o eficacia del tratamiento a partir del método pretest y posttest. A continuación se presentarán los detalles del proceso de estudio y analítico del caso clínico.

Referente Conceptual

El presente estudio monográfico muestra una revisión teórica de aspectos relacionados con la Psicología Clínica, el enfoque terapéutico cognitivo conductual, el trastorno de Ansiedad y su especificidad de Ansiedad Generalizada, junto con la delimitación de los factores de riesgo, la prevalencia, los criterios diagnósticos según el DSM V, y las técnicas cognitivas conductuales que han demostrado efectividad en casos antecedentes, lo cual suministró respaldo y sustento teórico al proceso interventivo propuesto para el presente caso. A continuación se abordarán los temas previamente mencionados.

En primera instancia, se hace necesario abordar la significancia y características de la Psicología Clínica que fue el campo bajo el cual se abordó el caso de la monografía. La Psicología Clínica se constituye como un campo de aplicación de la Psicología general, que tuvo sus inicios a finales del siglo XIX cuando Lightner Witmer, con el apoyo de la Universidad de Leipzig (Alemania), creó el primer laboratorio de Psicología Clínica y fundó el primer programa académico de formación profesional en esta disciplina; posteriormente sus alumnos se convirtieron en pioneros y promotores de nuevas propuestas teóricas reconocidas hoy en día como corrientes de la Psicología (Compas y Gotlib, 2003; Trull y Phares, 2003; Tortasa, 1999; Pérez, 1987 citado en Peláez, 2016).

Así pues, el campo de la Psicología Clínica abierta tempranamente por Lightner Witmer (1896) mostró preocupación por el retraso mental en niños, las dificultades de aprendizaje y las alteraciones del comportamiento; Witmer desde entonces estableció relación entre la Psicología Clínica y el laboratorio de Psicología de la Universidad de Pensilvania, donde tuvieron lugar los cursos de formación y el entrenamiento de los estudiantes de Psicología infantil (Peláez, 2016).

Ahora bien, la Psicología Clínica aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales, o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998). Así pues, desde la Psicología Clínica se busca analizar, comprender, predecir y tratar alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales que afectan a la salud y los procesos de bienestar. Por consiguiente, sus objetivos están centrados en la evaluación, el diagnóstico (Aplicación de pruebas psicológicas, entrevistas y observación), el tratamiento (uso de diferentes tipos de psicoterapia) y la prevención de los problemas psicológicos (Barajas, 2013). En el tratamiento, el Psicólogo Clínico puede usar una amplia variedad de formas de psicoterapia regidas por un enfoque psicológico específico, entre los cuales se encuentran el psicodinámico, el cognitivo, el conductual, el cognitivo – conductual, el humanista, y el sistémico. En el caso particular de la práctica sustentada en esta monografía, se trabajó bajo el enfoque cognitivo – conductual.

Enfoque Cognitivo Conductual

El enfoque cognitivo conductual establece que “la conducta puede explicarse en virtud de representaciones internas e intencionales, y han demostrado efectividad en procesos de intervención” (Rivière, 1991, p.129). Para Bados (2008) desde el enfoque cognitivo - conductual se plantea el postulado central que la mayor parte de las conductas consideradas inadecuadas se adquieren, mantienen y cambian según los mismos principios que regulan las conductas consideradas adecuadas, tanto unas como otras son principalmente, aunque no exclusivamente, una consecuencia de la historia de aprendizaje. En consecuencia “El aprendizaje se concibe en un sentido amplio e incluye el condicionamiento clásico y operante” (Bados, 2008, p. 18).

Por su parte, desde el modelo cognitivo se centra en explicar cómo se producen los procesos de conocimiento, los cuales implican la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, el lenguaje entre otras; que son inseparables. A su vez se centra en la identificación de los procesos mentales, con los que el sujeto interpreta y da un significado acerca de sí mismo y del mundo (Londoño, 2017). Por consiguiente, el modelo cognitivo tiene como premisa la modificación de la cognición mediante el análisis e intervención de los procesos cognitivos, para cambiar las emociones y la conducta.

Otra parte de los principios del modelo cognitivo-conductual se centra principalmente en estudiar la relación entre el estímulo y la respuesta, comprendida a través de la metáfora del procesamiento de la información (Moreno, 2012). Por consiguiente el estímulo es la variable independiente y la respuesta sería la variable dependiente; de acuerdo a Skinner quien “mostró que las leyes del reflejo de Sherrington eran en el fondo reglas de covariación entre estímulos y respuestas y que el modelo fisiológico sobre el que se sustentaba era innecesario”, brindando una nueva concepción fenomenalista y funcional al reflejo, siendo el reflejo una correlación observada de dos hechos: un estímulo y una respuesta” (1975a, p. 499; Plazas, 2006).

Al hablar de estímulos y repuestas, se hace un hincapié acerca del procesamiento de la información, por consiguiente, la propia metáfora cibernética ha conducido a reflexionar un poco más y de esta forma establecer la memoria como la estructura básica del sistema de procesamiento (Caldeiro, s.f.). La metáfora indica que la mente funciona como el ordenador, siendo el cerebro el hardware de las funciones cognitivas que, al compararlas con un computador, serían el software o programas informáticos. Al asumirse la concepción del ser humano como un procesador de la información, se acepta la idea de que la mente humana realiza las funciones de un computador,

adaptando a los programas informáticos como la metáfora del funcionamiento cognitivo humano (Leiva, 2005. p.70).

Así pues, desde el modelo del procesamiento de la información, la cognición se consideró como elemento determinante de la conducta, lo cual implica que la actividad cognitiva puede ser monitoreada y cambiada, favoreciendo el desarrollo de las Terapias Cognitivas Conductuales. En ese orden de ideas, las Terapias Cognitivas Conductuales (TCC) se presentan como uno de los tratamientos de primera elección para el abordaje de un gran número de patologías psicológicas; en las últimas tres décadas es la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos (Ruiz et. Al., 2012). En los adultos ha mostrado efectividad en trastornos de ansiedad, estrés, trastorno del estado del ánimo, trastorno de personalidad, trastornos sexuales, trastornos de conducta alimentaria, trastornos sexuales, de sueño, psicóticos entre otros (Sarason, 2006).

Según Meichenbaum (1988), las TCC tiene dos líneas específicas de teorización e investigación, las cuales han contribuido al surgimiento y consolidación del enfoque. Una línea hace referencia a los teóricos cognitivos semánticos tales como Albert Ellis, Aarón Beck, George Kelly; la segunda línea se deriva de la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje, liderada por autores como Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, entre otros.

Por su parte, las terapias cognitivas son las que se centran en modificar los patrones erróneos de pensamientos del cliente y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones (Meichenbaum, 1988). Una de ellas es la terapia cognitiva desarrollada por Albert Ellis a finales de los años cincuenta denominada Terapia Racional Emotiva (TREC), que gira entorno a la

premisa básica que gran parte del sufrimiento emocional es debido a modos inadaptativos en que las personas construyen su mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta (Meichenbaum, 1998); en otras palabras, los sentimientos y conductas dependen de la manera en que los sujetos interpreten las situaciones. Así pues, Ellis plantea el modelo A–B–C. de la creación de un trastorno, demuestra a las personas que sus consecuencias emocionales C, no se derivan directamente de eventos activadores A, si no de su sistema de creencias B, desde la TREC, el terapeuta enseña al consultante como retar, cuestionar enérgicamente sus creencias irracionales (Meichenbaum 1988).

De acuerdo con Ruiz et al. (2012) desde la TREC se realiza una distinción entre creencias racionales e irracionales que influyen en el desarrollo de emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales. Ellis (1994:1995) define las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal que se expresan en forma de deseo, preferencia, gusto, agrado y desagrado, así pues los pensamientos racionales se caracterizan por ser flexibles; caso contrario sucede en las creencias irracionales puesto son cogniciones evaluativa de carácter absolutistas y dogmático se expresan de forma rígida en términos tales como debería de y tendría que y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren en la consecución de metas y la felicidad.

Por consiguiente, Ellis infiere que las creencias irracionales tienen una clara influencia en los trastornos psicológicos entre ellos la Ansiedad, la TREC se centra en resaltar las cuatro formas de pensamiento irracional entre las cuales están: demandas o exigencias, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración, y depreciación o condena global de la valía humana. (Ruiz et. al., 2012). Así pues se puede inferir la relación existente entre las creencias irracionales y los trastornos de Ansiedad.

Trastronos de Ansiedad

Según el DSM V (2013) los trastornos de Ansiedad son las patologías que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas (inhibición, indecisión). Se hace necesario diferenciarlo los conceptos de miedo y ansiedad, por su parte el *miedo* hace referencia a una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la *ansiedad* es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Por su parte, Beck y Clark (2010) afirman:

El miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo. La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p. 23).

Dicho lo anterior se puede inferir que el miedo como valoración automática básica del peligro constituye el proceso nuclear de todos los trastornos de ansiedad, el cual se puede evidenciar en las crisis de pánico y en los episodios de fobias, entre otros. La ansiedad por su parte se manifiesta como un estado más duradero de la amenaza o la “aprensión ansiosa” que incluye otros factores cognitivos además del miedo, tales como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados (Barlow, 2002 citado en Beck &Clark 2010).

Cabe agregar que de acuerdo con la literatura consultada existen factores de riesgo que generan vulnerabilidad para el origen y mantenimiento de los los trastornos de ansiedad; por ejemplo, según la Guía de Práctica Clínica GPC, Gobierno Federal (2010), se evidencia la presencia de factores

de riesgo que favorecen la aparición de un trastorno de ansiedad, entre los cuales se encuentran los factores biológicos relacionados con alteraciones en el sistema neurobiológico (Gabaérgicos y Serotoninérgicos) así como anomalías estructurales del sistema límbico, y el desbalance de sustancias químicas en el cerebro, que en efecto pueden alterar el pensamiento, emociones y la conducta. También están los factores Ambientales relacionados a los estresores del contexto en el cual el individuo posee una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Los factores psicosociales son aquellos que evidencian situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Los factores de riesgo asociados a la influencia de las características de la personalidad se han considerado un factor predisponente para la aparición de un trastorno de ansiedad, pues influyen en la memoria y los juicios e interpretaciones tomando un papel significativo en el surgimiento y el mantenimiento de este trastorno.

Por otra parte, teniendo a consideración la predominancia del trastorno, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un estudio sobre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, los trastornos de Ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP), con una prevalencia media al último año de 3,4% 1,4% y 1,0% respectivamente; mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG (OPS, 2006, 2010). Colombia no es ajena a la realidad latinoamericana, pues según el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, (2003), el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años de edad ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado; de ellos los trastornos de Ansiedad encabezan la lista (19,5 %), luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos

por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) (Posada, 2013).

Según el DSM V (2013) los trastornos de Ansiedad incluyen una variedad de clasificaciones entre ellas está el trastorno de ansiedad generalizada ó TAG, el cual se encuentra entre los trastornos por Ansiedad mayor frecuencia en atención primaria (Bados, 2015). El trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) fue reconocido oficialmente en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III, APA, 1980)*. En 1987, el DSM-III- R convirtió al TAG en una categoría diagnóstica principal y planteó como característica central una preocupación excesiva o poco realista. Antes se consideraba como una categoría diagnóstica residual, lo cual significaba que no podría diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno (Caballo, 2007. González et, al 2006).

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) el TAG se considera como un Trastorno de Ansiedad que se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva, frente a una amplia gama de acontecimientos y actividades que implicaban áreas de funcionamiento como la familia, la salud, los amigos, el trabajo, la economía, la escuela y la vida cotidiana, que se prolongan 6 meses como mínimo. Desde entonces se ha procedido con cambios diagnósticos para mejorar su fiabilidad y para modificar el foco de atención desde la “ansiedad que flota libremente” a la preocupación como característica central que define al trastorno (Mennin, Heimberg & Turk, 2004, citado por Clark & Beck 2010).

Si bien, la preocupación excesiva es el eje central del TAG, esta debe estar asociada a síntomas como inquietud o nerviosismo, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. Además, el foco de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos (por ejemplo, posibilidad de padecer una enfermedad grave

en la hipocondría) y la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos producen un malestar significativo o un deterioro del funcionamiento de la persona (García, Bados & Saldaña 2012).

El TAG se ha caracterizado por las representaciones del individuo en cuanto a sus preocupaciones y ansiedad excesiva y persistente, las cuales resultan de difícil control, existe una asociación entre las características de preocupación y ansiedad con la “inquietud o nerviosismo, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño” (García et al., 2012, p.246); estas características producen una molestia o deterioro del funcionamiento de la persona (American Psychiatric Association, 2000).

El individuo con TAG percibe el mundo como un peligro desde un contexto psicológico y una vulnerabilidad biológica, siendo esta última producto de una posible hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada (Barlow, 2002; Sibrava y Borkovec, 2006; citado en García, et al. 2012). Por su parte, Bados (2009); Dugas & Robichaud (2007) & Wells (2005) han propuesto la influencia de los siguientes factores en el mantenimiento del TAG:

(a) La baja tolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional; (b) los sesgos cognitivos, como atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante y exageración de la probabilidad de la amenaza; (c) la orientación negativa hacia los problemas; (d) la percepción de falta de recursos para manejar las amenazas y las reacciones emocionales; (e) las creencias sobre las preocupaciones, que pueden ser útiles por una parte, pero incontrolables y peligrosas por otra; y (f) el empleo de estrategias de evitación y defensivas, como la supresión de pensamientos inquietantes. (p. 246).

Así pues para hacer un adecuado diagnóstico del TAG, debe tener en cuenta los criterios disponibles en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales el DSM V. Según

el manual anteriormente mencionado, para definir un Trastorno de Ansiedad Generalizada se debe tener en cuenta criterios como los siguientes:

(a) Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar); (b) Al individuo le es difícil controlar la preocupación; (c) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses); (d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; (e) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo); (f) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013,p.222).

Así pues, para abordar el TAG, se han dispuesto una serie de técnicas cognitivas conductuales (TCC) que han demostrado efectividad (Sánchez, Alcázar y Olivares.1999), entre las cuales se

encuentran la Restructuración Cognitiva, la Inoculación del Estrés, la Resolución de problemas, el Entrenamiento en Autoinstrucciones, ente otros.

De acuerdo con Meichenbaum (1988), los dos grandes precursores de la Restructuración cognitiva fueron de Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva y Aarón Beck con la Terapia Cognitiva de (Beck, et al. 1979, Ellis 1962). Tanto Beck como Ellis, se centran en el efecto de los pensamientos de la persona sobre su conducta y sentimientos; dicha terapia está diseñada para ayudar al consultante a identificar, contrastar con la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas o creencias disfuncionales. Así pues, el terapeuta entrena al cliente para que identifique dichos pensamientos automáticos y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas, auto estimulante y dirigido a la solución de problemas. Dentro de las técnicas para alcanzar estos objetivos están los autorregistro, el ensayo cognitivo, el diálogo socrático, entre otros (Meichenbaum, 1988).

Por otro lado, en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento en inoculación del estrés se enseña a los individuos un conjunto de habilidades de afrontamiento con el fin de que puedan hacer frente efectivamente al estrés. El programa incluye tres fases, la primera fase está diseñada a ayudar al cliente a desarrollar una mayor comprensión de la naturaleza del estrés y las habilidades de afrontamiento, en la segunda fase se enseñan habilidades específicas de afrontamiento y en la tercera fase se proporciona la práctica gradual de diversas habilidades de afrontamiento por parte del cliente (Meichenbaum, 1988).

En el caso del entrenamiento en solución de problemas, es una intervención Cognitiva Conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las situaciones estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más efectivas y adaptativas (D'Zurilla y Nezu, 2010, citado

en Ruiz et al, 2013). D’Zurilla y Goldfried (1971), establecieron cinco fases para el entrenamiento específico en la solución de problemas las cuales son; Orientación general, Definición y formulación del problema, Generación de alternativas de solución, Toma de decisiones, Verificación.

Por otra parte, se han realizados estudios donde se relacionan los trastronos de ansiedad y despresivos con la orientación sexual, pues a pesar de los cambios sociales y legales que en algunos países han dado lugar a una mayor aceptación de la diversidad sexual, el estigma asociado a la homosexualidad todavía juega un papel importante en el ajuste psicosocial de los no heterosexuales (Bauermeister, et al., 2010. Espada, et al.2012), el cual se puede evidenciar en el rechazo o la no aceptación de su orientación sexual, en el contexto familiar, educativo entre otros.

Existen problemas asociados a la discriminación de los homosexuales, donde se encuentra el estrés debido al sentimiento de pertenencia a un grupo minoritario, el miedo al abandono y el rechazo en el contexto educativo, familiar y social (Espada, et al. 2012). Así, la percepción de discriminación por tener una preferencia sexual no heterosexual puede actuar como un agente estresor en los problemas mentales (Chakraborty, McManus, Brugha, Bebbington, & King, 2011 citado en Espada et al., 2012).

A modo de cierre se puede señalar que las consecuencias sociales derivadas de una orientación no heterosexual pueden causar problemas emocionales que requieren intervención profesional; por ejemplo, estudios en el ámbito internacional indican que los jóvenes no heterosexuales presentan una mayor predisposición a la depresión (Shenkman, & Shmotkin, 2011 citado en Espada et al.,2012) y a la ansiedad (King, et al., 2008; Pachankis, Goldfried, & Ramrattan, 2008 citado en Espada et al.,2012). Otros riesgos asociados a este colectivo son las conductas autolesivas, la ideación suicida (Almeida, Johnson, Corliss, Molnar, & Azrael, 2009; King, et al., 2008; Plöderl,

Kralovec, & Fartacek, 2010 citado en Espada et al., 2012). El ocultamiento de la orientación sexual es frecuentemente una estrategia de afrontamiento ante la expectativa de rechazo. Estudios clásicos encuentran una correlación positiva entre el ocultamiento de la orientación sexual y la ansiedad (Cloninger, 1986; Smart, & Wegner, 1999 citado en Espada et al., 2012).

Objetivos Terapéuticos

Objetivo General

Reducir la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada en un paciente adulto de la ciudad de Bucaramanga, a través de técnicas cognitivas conductuales.

Objetivos Específicos

Realizar un proceso de evaluación desde el modelo cognitivo conductual para establecer un diagnóstico clínico.

Establecer un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual que aporte a la modificación de distorsiones cognitivas y creencias irracionales que activan la sintomatología ansiosa.

Identificar efectividad del tratamiento aplicado en el paciente a través del diseño intraserie A B y evaluación pretest y posttest.

Metodología

La presente monografía está sustentada en un estudio de caso único, la cual consta de tres etapas, la primera estuvo encaminada a obtener información relevante de la historia de los problemas, situación actual, niveles y contextos de afectación, evaluación diagnóstica a través de pruebas psicométricas, entrevistas semiestructuradas, observación directa, autorregistro que permitan realizar el diagnóstico pertinente. La segunda etapa, a la intervención terapéutica desde el modelo cognitivo conductual, el cual está encaminado a modificar creencias irracionales y distorsiones cognitivas con el fin de construir estructuras cognitivas flexibles que faciliten influencias positivas ante futuras experiencias. Así pues, para lograr modificar estructuras y procesos cognitivos se emplearon una serie de técnicas cognitivas conductuales, como herramienta eficaz para el manejo del trastorno de ansiedad generalizada. La tercera etapa estuvo encaminada a la evaluación posttest, prevención de recaídas y cierre, todo esto con el fin de ser orientados hacia los objetivos propuestos, desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual.

Diseño

El diseño implementado estuvo compuesto por dos fases. A-B, en la fase A (línea base) se observaron las conductas problemáticas objetos de estudio en ausencia de tratamiento. Posteriormente en la fase B (Tratamiento) donde se analizan nuevamente las conductas, pero durante de la aplicación del proceso terapéutico. Así pues, el diseño intraserie propuesto pretende observar el cambio generado a partir de un proceso de intervención a través de técnicas cognitivas conductuales, al comparar una serie de medidas tomadas antes y durante la aplicación del tratamiento.

Formulación del Caso

Motivo de consulta

Paciente J.C.B. asiste a consultorio psicológico del Instituto de Familia y Vida (IFV) de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) refiriendo “Me genera ansiedad aspectos cotidianos de mi vida como la comunicación asertiva, la toma de decisiones, generar estabilidad con una pareja”

Identificación del Paciente:

Datos Sociodemográficos: J.C.B. es un hombre de 47 años de edad, soltero, residente en la ciudad de Bucaramanga, estrato socioeconómico III, comunicador social de profesión, la cual nunca ha ejercido. Actualmente y desde hace 4 años, se encuentra laborando en una empresa dedicada a la venta de productos por catálogo. Comparte su unidad residencial con la madre de 67 años de edad y la hermana menor de 41 años de edad; la madre se dedica a las labores del hogar y la hermana se desempeña en un alto cargo ejecutivo en una empresa de la ciudad, siendo esta última quien provee económicamente al hogar.

Dinámica Familiar: El paciente J.C.B, pertenece a una familia monoparental, conformada por la madre y dos hijos; la figura paterna está ausente por motivos de separación y reside en otra ciudad, por lo que tiene una relación distante con el paciente a nivel de contacto físico. Se evidencia relación vincular distante entre el paciente y la madre, la cual se denota en la ausencia de lazos afectivos y de comunicación, manifestando J.C.B. “no hay calor de hogar como en otras familias”. A su vez, J.C.B. afirma poseer una relación conflictiva con la hermana, manifestando una postura dominante y carente de afecto por parte de ella, lo cual deteriora la relación. Por su parte, afirma tener una relación vincular positiva con el padre, a pesar de no convivir bajo el mismo techo, es la figura paterna con la cual ha establecido un vínculo afectivo estable.

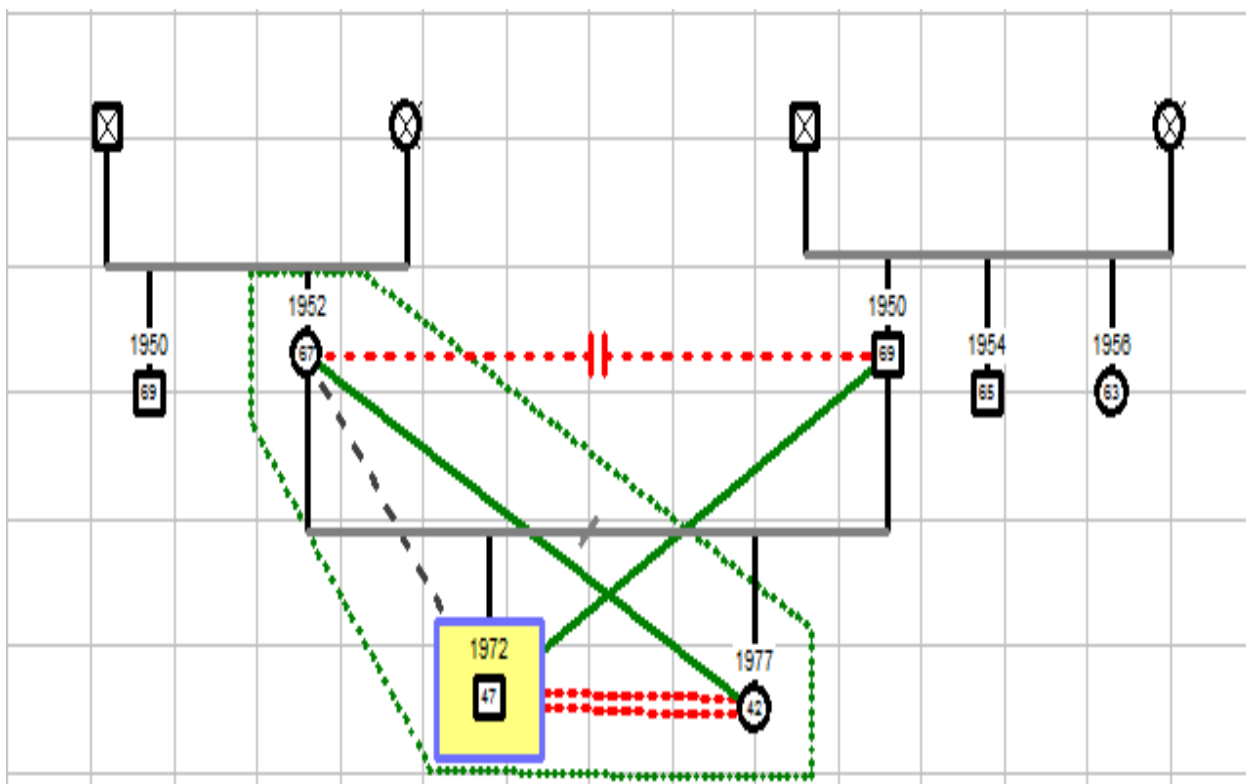
Genograma Familiar

Figura 1. Geograma Familiar del paciente.

Análisis Funcional de la Conducta

Análisis Diacrónico. Historia del Problema

En la exploración de historia de vida del paciente, se encuentra que desde la infancia de J.C.B. su madre por lo general optaba por una postura de crianza autoritaria, impidiendo en muchas ocasiones la libertad para la toma de decisiones por parte del consultante; la figura materna representaba para J.C.B. temor, por tal motivo era casi imposible establecer una comunicación abierta afectuosa entre madre e hijo. A lo anterior se le suman las constantes demandas o instructivos conductuales que recibía por parte de la madre, como por ejemplo: “no hagas ruido”, “no hables cuando haya visitas”, “no llores”, los cuales eran los mecanismos utilizados para impartir educación y disciplina en el núcleo familiar. El consultante manifiesta que aspectos simples como la elección de las prendas de vestir y hasta la escogencia de la profesión, siempre estuvieron bajo la dirección de la figura materna.

Además, a la edad de 13 años sus padres decidieron separarse, situación que lo afectó considerablemente, debido a que el consultante se sintió abandonado y desprotegido, ya que era el padre con quien J.C.B. mantenía buen patrón relacional y favorable establecimiento de vínculos afectivos. Con los cambios en el sistema familiar, la madre volcó su atención hacia la hija menor y realizaba constante comparación entre J.C.B. y la hermana, la cual tenía una característica particular y era su buen rendimiento académico y aptitud colaboradora.

Respecto a su área social y de pareja, ha establecido a lo largo de su vida un grupo de amigos cercanos, sin embargo, manifiesta que en ocasiones le cuesta trabajo expresar su opinión dentro del grupo social por el temor a ser rechazado o por no saber cómo expresar su inconformidad en determinados aspectos; la anterior dificultad es reiterativa en las relaciones de pareja que ha

sostenido. A la edad de 34 años sostuvo una relación sentimental estable, la cual tuvo una duración de cuatro años; sin embargo esta relación llegó a su fin cuando J.C.B se enteró que su pareja era portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), situación que lo afectó considerablemente pues se sentía defraudado y decepcionado, desde ese entonces el consultante prefiere tener relaciones poco estables, y no comprometerse demasiado por el temor a ser lastimado.

Análisis Sincrónico

El paciente acude a consulta psicológica en el IFV- UPB, manifestando sintomatología ansiosa relacionada con preocupaciones excesivas, tensión muscular, anticipación aprensiva acerca de diversos sucesos u actividades de la vida diaria, por ejemplo, el consultante indicaba aprensión anticipada con el hecho de sentir a la figura materna cerca, situación que desencadenaba una serie de pensamientos generadores de malestar, como por ejemplo “*me va gritar, me va a pegar, se va a enojar*”. A su vez, refería dificultad para establecer con la madre una comunicación directa o cara a cara, a tal punto que prefiere enviar un mensaje por WhatsApp por el temor a la reacción de la madre; además manifestaba incomodidad por compartir con la madre espacios en la casa, por ejemplo, la cocina.

Así mismo, refiere irritabilidad con relación al contexto familiar, situación que lo ha llevado a querer estar solo en la casa y no tolerar la presencia y comentarios de la hermana; cuestión que ocasiona molestia cuando su hermana hace comentarios en contra del padre. Manifiesta molestia ante la presencia de vecinas que considera como “*imprudentes*” en la casa. También le enoja que sus amigos se gasten el dinero o inviertan en compañía social y/o por sexo. Así mismo le disgusta el ruido, las conversaciones en voz alta en la casa, la música a alto volumen que escucha la madre, que le muevan las cosas de habitación. Ante estas situaciones siente perturbación emocional, e

indica incapacidad de expresar su inconformidad, pues le genera temor la reacción de la figura materna.

El consultante verbaliza abiertamente su homosexualidad, sin embargo, refiere que en su hogar es un tema del cual nunca se habla; él asume que su familia está enterada de su orientación sexual por su comportamiento, porque nunca ha presentado una novia o por comentarios de terceros. Evidencia inseguridad para abordar este tema en el núcleo familiar.

Respecto al área laboral, J.C.B manifestó que desearía tener un trabajo con mayor remuneración económica para contribuir a los gastos del hogar y no sentirse un “inútil” e “ineficaz”, sin embargo, él comenta que le agrada lo que hace, el único inconveniente es el salario, el cual cataloga como de remuneración baja. A su vez, el consultante describe preocupación excesiva ante actividades como el hacer vinculaciones para la venta por catálogos, por temor de cometer algún error en el procedimiento de diligenciar los formularios.

Por otro lado, J.C.B comentaba sintomatología ansiosa al momento de transitar por las calles del centro de la ciudad por la multitud, el ruido, los habitantes de calle y el temor de él verse en el futuro como uno de los vendedores ambulantes del sector o con las precarias condiciones de las personas del sector.

A esto se le suma la dificultad para expresar su punto de vista e inconformidad en diferentes situaciones sociales por el temor a las reacciones que tuvieran los demás, las cuales a él se le dificultaba tolerar, llevándolo a creer en ideas que sus acciones podrían conllevarle a “hacer el ridículo” u ofender a demás personas, situaciones como cobrar una deuda o hacer una solicitud en un establecimiento público le generaban malestar emocional.

Listado de Conductas Problemas

De acuerdo a lo anterior, se identificaron una serie de síntomas y conductas problema que exacerban la patología, las cuales se identifican en la tabla 1.

Tabla 1. *Descripción de conductas problema y sus áreas de funcionamiento afectadas*

Conducta Problema	Áreas de Funcionamiento Afectada	Nivel de Afectación
Dificultad para enfrentar situaciones percibidas como estresantes	Familiar, Social y laboral.	Alto
Aprensión anticipada en diversos contextos.	Familiar, laboral y social	Alto
Inestabilidad afectivo-emocional persistente y significativa con las relaciones familiares y de parejas.	Familiar y Social	Alto
Evitar transitar por las calles del centro de la ciudad	Personal, Social	Medio
Síntomas como Inquietud, tensión muscular, fatiga, irritabilidad, pensamientos recurrentes de miedo y angustia ante diversos eventos.	Personal, Familiar, Social y Laboral	Alto
Pensamientos como “Debe hacer bien su trabajo bajo cualquier circunstancia, hacer algo mal sería muy terrible”.	Laboral	Alto
Percepción de “inutilidad” e “ineficacia” por no aportar económicamente en el hogar.	Familiar	Medio

Fuente. Autora

Impresión Diagnóstica

300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada. Cumple tres (3) criterios diagnósticos según el DSM V:

1. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
2. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
3. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes
 - Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular

Hipótesis Explicativa

El trastorno de Ansiedad Generalizada se puede explicar a través del modelo A. B. C. propuesto por Albert Ellis, en el cual se explican los trastornos como consecuencia de las interacciones de eventos activadores (A), creencias respecto A (B) y consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales (C); siendo B el elemento central que explica en mayor medida las respuestas C. (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012). Desde esta teoría las emociones y las conductas juegan un papel importante, pero sin duda son las cogniciones en donde se enfatizan u originan los problemas psicológicos (Ellis y Grieger.1990).

Así pues, los efectos de los Acontecimientos activadores (A) por lo general no se dan de forma aislada, pues son el resultado de las interacciones entre las Creencias (B) y Consecuencias (C).

Puesto que (A), son generalmente sucesos corrientes o sus propios pensamientos, sentimientos, o conductas relativos a estos sucesos; pero (A), también puede consistir en recuerdos o pensamientos conscientes o inconscientes sobre experiencias pasadas. Así bloquean el logro de sus metas debido a (1) sus predisposiciones biológicas o genéticas, (2) su historia evolutiva, (3) su aprendizaje social e

interpersonal previo, y (4) sus modelos de hábitos predisuestos innatos y adquiridos. (Ellis y Grieger, 1990, p 26-27).

De este modo queda en evidencia que los Acontecimientos Activadores no se dan de forma aislada, sino que las personas elaboran una serie creencias y consecuencias relacionadas con los sucesos activadores, los cuales se van construyendo a partir de experiencias previas donde dichas creencias, ideas o pensamientos desencadenan Consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales comúnmente llamadas Perturbaciones (Ellis y Grieger, 1990).

Así pues, desde el modelo propuesto por Albert Ellis, se han identificado dos tipos de creencias; las Creencias Racionales (Cr) las cuales se considera conducen a conductas de autoayuda, puesto son cogniciones flexibles que aportan a la consecución de metas y proporcionan bienestar psicológico; por su parte la creencia irracional (Ci) se cree conducen a conductas autodestructivas y destructivas hacia la sociedad generando perturbaciones emocionales (Ellis y Grieger. 1990).

En este sentido en el consultante J.C.B. se evidencia la presencia de una serie de Creencias irracionales, asociadas a catastrofismo y baja tolerancia a la frustración, las cuales se activan ante la presencia de variados Acontecimientos Activadores en entornos familiar, laboral y social, generando expectativa aprensiva la cual se asocia con elevadas respuestas emocionales negativas como son: el miedo y la ansiedad. Se puede inferir que el paciente ha elaborado e interiorizada dicha forma de pensamiento, evaluaciones y conclusiones absolutistas a partir de la historia de aprendizaje en torno a la relación con la figura materna principalmente, donde estaba prohibido expresar opiniones y emociones.

Respecto a la condición sexual de J.C.B., se evidencia como la (Ci) de baja tolerancia a la frustración y catastrofización ha dificultado hablar abiertamente del tema en el núcleo familiar. Frente a acontecimientos activadores como hacer solitud a la madre y compartir espacios de la

casa con ella, se relacionan con creencias irracionales Catastróficas, puesto que se generan conclusiones y evaluaciones de los eventos negativos frente al futuro, los cuales pasan por el tamiz de las (Ci), lo cual genera perturbaciones como el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

De manera explícita se muestra la aplicación del modelo A.B.C. en la tabla 2.

Tabla 2. *Relación de acontecimientos, creencias irracionales y consecuencias de J.C.B.*

Acontecimiento	Creencia irracional	Consecuencias
La mamá se encuentra haciendo aseo y necesita decirle que por favor no mueva las cosas de su habitación.	Es más fácil evitar que afrontar situaciones estresantes.	Impotencia, rabia, miedo, palpitaciones.
Caminando por las calles del centro de la ciudad al ver tanta multitud y desigualdad social	Cuando ocurre algo que percibo como amenazante me siento muy preocupado.	Indignación, lastima Temor, tensión, sudoración, Evitar transitar por el sector
En el trabajo le corresponde hacer una vinculación.	Es catastrófico no hacer las cosas bien	Angustia, temor, tensión muscular.
Quiere hacer una siesta y la madre se encuentra escuchando la radio en alto volumen. Desearía decirle algo, pero no se atreve.	Sería terrible que me regañara	Angustia, temor, tensión. Impotencia.
Noticias sobre la situación en Venezuela	Me debo preocupar por los problemas de los demás	Impotencia, miedo, angustia
Celebración de un cumpleaños, los amigos y el anfitrión llegan tarde, los planes se han alterado.	Me dejaron pantado. Es horrible que las cosas no salgan como yo las deseo.	Rabia, estrés, tensión.

Fuente. Autora

Evaluación Psicológica

Para llevar a cabo el proceso de evaluación se aplicaron una serie de instrumentos psicométricos y técnicas de evaluación, entre las cuales se encuentran la entrevista semiestructurada, la observación conductual, el autorregistro, el Inventario de Ansiedad estado – rasgo IDARE y el inventario clínico multiaxial Millon III. Previo al proceso de evaluación se realiza la lectura y firma del consentimiento informado ver (Anexo 1) validado por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2016), el cual se informa al paciente de manera veraz, clara, oportuna y completa, socializando en qué consiste el proceso de evaluación, sus implicaciones, beneficios y limitaciones, enmarcado en los principios generales del psicólogo, estipulados en la ley 1090 de 2006.

Instrumentos y técnicas utilizadas

-Entrevista semiestructurada: Instrumento técnico de utilidad en procesos de evaluación por la facilidad de recabar datos por ser dinámica y flexible (Díaz et al., 2013), la cual favorece la recolección de información facilitando comprender la naturaleza del problema y diseñar el plan tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades del consultante (Anexo 2).

-Observación Conductual: Proceso que requiere atención voluntaria dirigida hacia un objetivo específico para obtener información (Ketele, 1984. Citado por Herrero, 1997). La observación como técnica de investigación debe ser objetiva, en el sentido que el observador registra lo que ocurre exclusión total de sus impresiones, sensaciones, sentimientos y de todo estado subjetivo.

-Autorregistros: Están diseñados para evaluar los dominios de funcionamiento del consultante. Se le solicita al paciente registrar las situaciones que propician la ansiedad, los pensamientos y las consecuencias (Aguado, Manrique, & Silberman. 2003). (Anexo 3).

-Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI - III) Cuestionario que evalúa personalidad, consta de 175 ítems que evalúa 11 escalas básicas: Patrones: clínicos de personalidad, 3 rasgos patológicos: patología clínica de la personalidad, 7 síndromes de gravedad moderada: síndromes clínicos, 3 síndromes de gravedad severa: síndromes clínicos graves y 4 escalas de control: escalas modificadoras. (Millon, Davis, Millon.2007). (Anexo 4).

Según Beck y Clark (1999) Para realizar evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada se debe incluir un estudio de las dimensiones globales de la personalidad; puesto que existe una relación entre la vulnerabilidad de ciertos rasgos de personalidad como precipitantes de un estado de ansiedad crónica. De acuerdo con Rappe (2004) citado por Beck y Clark (1999) el TAG se origina debido a la vulnerabilidad ansiosa, la cual es definida en termino de temperamento con emocionalidad, inhibición y activación fisiológica aumentadas, el cual desencadena la tendencia a malinterpretar situaciones percibidas como amenazantes.

-Inventario de ansiedad estado - rasgo (IDARE): es una Prueba psicométrica diseñada para evaluar ansiedad estado y ansiedad rasgo, mediante dos escalas separadas de autoevaluación. La Escala A-Rasgo de la ansiedad consiste en 20 afirmaciones, en las que se pide al sujeto describir como se sienten generalmente. La Escala B-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se siente en un momento determinado. (Spielberg, Martínez, González, Natalicio & Díaz, 1980). (Anexo 5).

El anterior instrumento se tuvo a consideración ya que ante la presencia de un posible TAG, se debe evaluar la ansiedad estado- rasgo, puesto que la ansiedad rasgo alta se considera como análogo de TAG, caracterizándose por la incapacidad para afrontar eventos considerados como incontrolables (Beck & Clark 1999).

Así pues, el proceso de evaluación se inicia con entrevistas semiestructuradas las cuales permitieron evaluar en el paciente su estado psicológico, emocional, antecedentes y percepciones del problema, logrando identificar una serie de preocupaciones y aprensión anticipada en los contextos: familiar, laboral y social, las cuales se relacionan con sintomatología ansiosa. En la evaluación a través de la entrevista semiestructurada se logra identificar una serie de eventos ansiógenos que se relacionan con preocupaciones basadas en la realidad y son modificables como las pautas relacionales negativas del consultante con la figura materna y hermana, y el temor por no cumplir a cabalidad las exigencias planteadas en el ámbito laboral y social. A su vez se identificaron preocupaciones que no se basan en la realidad, y por lo tanto no son modificables, como preocupaciones sobre la posibilidad de verse en un futuro como vendedor ambulante y en precarias condiciones económicas (Caballo, 2008).

Así mismo se logró identificar situaciones estresantes y/o acontecimientos vitales, durante la infancia y parte de la adolescencia como lo fueron el presenciar los constantes conflictos entre los padres y su posterior separación, el autoritarismo y abuso emocional, la falta de afecto, comunicación y seguridad para abordar determinados temas, como su orientación sexual; dichos acontecimientos estresantes en unión con la vulnerabilidad de los rasgos de personalidad se podrían asociar con el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Rovella & González, 2008).

Por otro lado, los autorreguistros permitieron evaluar las creencias irracionales relacionadas con pensamientos catastróficos y baja tolerancia a la frustración, las cuales están cargadas de afecto negativo y son percibidas como incontrolables y amenazantes.

En la sesión número dos se procedió a evaluar la personalidad para descartar o corroborar posible trastorno de personalidad, a su vez identificar los rasgos de personalidad que podrían estar

asociadas al TAG. Según Londoño et al. (2010) existe vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada donde a partir de las creencias y de los rasgos o trastorno de personalidad, un individuo pueden generar un TAG. Así pues se aplicó el inventario multiaxial de Millon III, cuyos resultados llevaron a establecer indicadores sugestivos puesto que la calificación oscilaba entre 60 y 74 en patrones clínicos de personalidad, indicando una perspectiva esquizoide; a su vez presenta elevaciones en la escala paranoide (patología severa de personalidad) y en trastorno delusional o trastorno delirante (síndromes clínicos graves). los cuales indican la presencia de ciertos rasgos de personalidad, que son sugerentes pero no indican la presencia de una patología instaurada, excepto la escala correspondiente a Trastorno Ansiedad (síndromes clínicos) que presentó una puntuación de 79, señalando la presencia del síndrome clínico (Millon, Davis, Millon.2007).

De acuerdo con los datos anteriores se puede inferir que J.C.B se caracteriza por experimentar aprensión dominante, una tendencia al aislamiento social, expectativa que los demás le pueden hacer daño o rechazar, percepción de sí mismo como miedoso, débil, ineficaz, sobrecogido y maltratado, siendo el malestar percibido una manifestación de ansiedad debido a los pensamientos distorsionados o sesgos cognitivos que percibe como amenazantes (Millon, Davis & Millon.2007). Las puntuaciones del MCMI III sugieren que el paciente padece trastorno de ansiedad con elementos paranoides y esquizoide. Los rasgos de personalidad anteriormente mencionados se abordaron en el tratamiento desde la reestructuración cognitiva y el fomento de habilidades sociales.

Posteriormente se realizó evaluación inicial para Ansiedad estado - rasgo IDARE, ante lo cual se pudo evidenciar niveles altos en ansiedad estado con una puntuación de (45) que se caracteriza por ser una condición transitoria; lo que indica que J.C.B. experimenta este tipo de ansiedad ante

la presencia de ciertos acontecimientos considerados por él como amenazantes, donde asume que no tiene las capacidades para abordar de la mejor manera ciertos eventos; a su vez hay presencia de niveles altos de tensión y aprensión subjetivo conscientemente percibidos, la respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo.

La Ansiedad rasgo (Propensión nerviosa relativamente estable) se encuentra en un rango alto con puntuación de (48), este tipo de ansiedad denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma. Una persona con rasgo ansioso se caracteriza por tener una actitud de aprensión y ha conformado una estructura más o menos estable en función al rasgo de ansiedad.

Plan de Intervención

El proceso de intervención se fundamentó desde el modelo cognitivo conductual, el cual se desarrolló en 10 sesiones en total, con una duración de 40 a 60 minutos cada una, con intersesión de ocho días, las cuales se desarrollaron en las instalaciones del Instituto Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana.

A continuación, en la tabla 3 se relacionan los objetivos terapéuticos, el número de sesiones y las técnicas cognitivo conductuales (C.C.) de intervención utilizadas.

Tabla 3. *Objetivos de acuerdo al número de sesiones y técnicas de intervención utilizadas.*

Objetivos	Número de Sesión	Técnicas C. C.
Realizar un primer acercamiento con el consultante e identificar problemáticas a intervenir.	1	Entrevista semiestructurada Observación Conductual Autorregistro
Identificar creencias Irracionales. Evaluar personalidad	2	Entrevista Aplicación del MCMI-III Autorregistro
Evaluar ansiedad. Aumentar el repertorio de creencias adaptativas. Fomentar habilidades que le permitan resolver de manera eficaz e independientes futuros problemas	3	Aplicación de prueba IDARE Autorregistro Entrenamiento en solución de problemas Diálogo socrático
Psicoeducar respecto al trastorno de ansiedad, para movilizar el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales funcionales. Aumentar el repertorio de habilidades de afrontamiento por medio de la relajación	4	Psicoeducación Relajación muscular progresiva. Respiración diafragmática. Autoinstrucciones Autorregistro
Fortalecer habilidades sociales	5	Juego de roles Observación Psicoeducación

Fortalecer el repertorio de estrategias de afrontamiento funcionales. Facilitar control emocional	6	Entrenamiento en relajación muscular progresiva. Respiración diafragmática Exposición en imaginación Autoinstrucciones Autorregistro
Disminuir la activación fisiológica Enseñar repertorios de habilidades de afrontamientos funcionales.	7	Inoculación del estrés Exposición en imaginación y en realidad Entrenamiento en autoinstrucciones Reestructuración cognitiva
Modificar el repertorio e creencias irracionales y distorsiones cognitivas.	8	Autorregistro Reestructuración cognitiva
Evaluar la Ansiedad rasgo- estado. Repasar las técnicas aprendidas en sesión	9	Evaluación IDARE Prevención de recaídas.
Facilitar estrategias para que el consultante pueda afrontar las situaciones estresantes en el futuro y se suministran herramientas, para un posible plan de autoterapia o prevención de recaídas.	10	Prevención de recaídas

El plan de intervención completo y las actividades desarrolladas se describen a profundidad en el formato dispuesto en el Anexo 6. A nivel general las actividades realizadas se estructuraron en tres etapas.

- La primera etapa abarcó las tres primeras sesiones con duración de 60 minutos cada una, las cuales estaban encaminadas a generar alianza terapéutica, valoración del caso e identificación de factores relacionados con el inicio y mantenimiento de las conductas problemas; así mismo se realizó evaluación psicológica, en la cual se implementaron instrumentos como: entrevista semiestructurada, observación, inventario de ansiedad estado rasgo IDARE, Inventario multiaxial Millon III, autorregistro, formato de historia clínica (Anexo 7) y consentimiento informado,

estos 2 últimos diseñados por IFV- UPB. Posterior a ello se socializó con el paciente los resultados encontrados, un aspecto relevante hallado fué la identificación de creencias irracionales.

- En la segunda etapa comprendió desde la sesión 3 a la 8, las cuales estuvieron encaminadas a identificar creencias irracionales y distorsiones cognitivas a través de los autorregistros y preguntas orientadoras para que el paciente debatiera y refutara las creencias irracionales las cuales se relacionan con el origen y mantenimiento del problema, de este modo se pretendió desarrollar estructuras y procesos de cognitivos funcionales. Así mismo se implementó entrenamiento en inoculación del estrés, y una serie de técnicas como estrategias en solución de problemas, relajación muscular progresivas, y autoinstrucciones, las cuales estaban encaminadas a fomentar estrategias de afrontamiento funcionales, modificar el diálogo interno, de modo que sea más adaptativo y brindar habilidades para el control emocional. A su vez se realizó Psicoeducación como mecanismo para identificar cómo operan las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas en relación con el trastorno de ansiedad, el cual se planteó desde el modelo ilustrativo A.B.C.

- En la tercera y última fase comprendió las sesiones 9 y 10, en la cual se dio por terminado el tratamiento, se aplicó nuevamente el tests de IDARE, se entregó resultados de la prueba al paciente; así mismo a través de las verbalizaciones de J.C.B. se logró identificar cambios relacionados con el desarrollo de creencias racionales, estrategias de afrontamiento adaptativas y el control emocional, entre otros. Finalmente se implementó prevención de recaídas y el cierre del caso.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación son efectos del plan de intervención diseñado para J.C.B. quien manifestaba sintomatología asociada a TAG. Los datos que se presentan en la figura 2 son producto de los autorregistros en las sesiones 1,2,3, los cuales permitieron realizar la línea base, donde fueron registradas las frecuencia e intensidad de las conductas problema o variable dependiente relacionada con la ansiedad y preocupación excesiva ante la presencia de futuros acontecimientos en contexto familiar, laboral y social, la cual fue valorada subjetivamente por el paciente en una escala de 1 a 10, siendo 10 el grado mayor de intensidad percibido. Además, durante la aplicación del tratamiento se monitoreó dicha variable dependiente a través de autorregistros donde se puede evidenciar la disminución de la intensidad de la ansiedad registrada durante el tratamiento.

En general el paciente evidenció una mejora significativa en su valoración subjetiva de la intensidad percibida de ansiedad, al comparar los datos obtenidos en la fase de línea base y fase de tratamiento, indicando efectividad del tratamiento cognitivo conductual.

En la figura 2, se puede observar las medidas relacionadas con la intensidad de ansiedad antes y durante la aplicación del tratamiento cognitivo conductual.

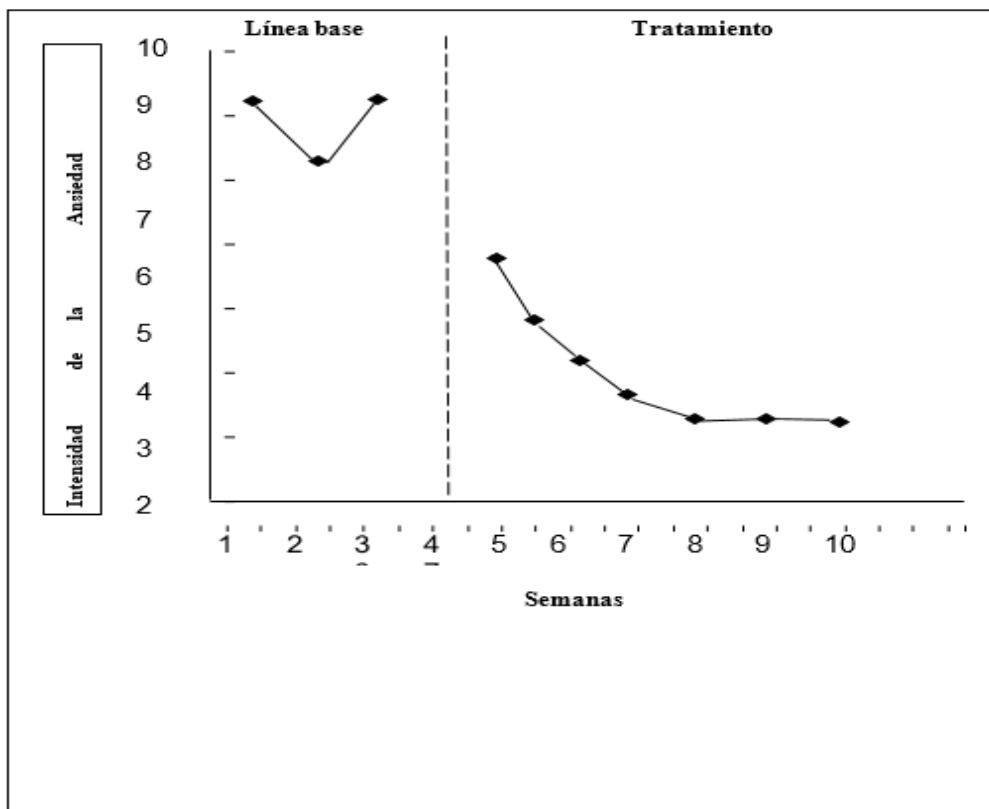


Figura 2. Línea Base y Tratamiento

Así pues, a partir del plan de intervención diseñado y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos, se logró evidenciar cambios relacionados con el sistema de creencias, puesto que el consultante logró identificar cómo funcionan las creencias irracionales y su repercusión en el área emocional y conductual, logrando el desarrollo de nuevas creencias como: *“el que me haya equivocado en el pasado o me hayan sucedido cosas desagradables no significa que en mi presente o en mi futuro será igual”* *“Prefiero afrontar las situaciones y responsabilidades que se presentan en la vida, que evitarlas”* entre otras que empezaron a guiar el

procesamiento de la información de J.C.B. ampliando la posibilidad de gestionar respuesta diferentes a las centrada en la anticipación catastrófica y poca tolerancia a la frustración.

Así mismo disminuyeron las percepciones de peligro o amenaza, de modo que ante la presencia de acontecimientos activadores J.C.B. identifica y cuestiona las creencias irracionales que se tejen en torno a un posible evento negativo próximo, reduciendo así la amenaza percibida. Así mismo disminuyeron las conducta de evitación aumentando las frecuencias de transitar por el centro de la ciudad, realizar actividades al aire libre y deportes.

Debido a los cambios identificados hasta aquí y los que se pueden observar en la tabla número 4, se puede afirmar que se produjo una reducción de la interferencia producida por el TAG, aumentando de manera muy notable la funcionalidad en áreas como la laboral, social y familiar. En la tabla 4, se pueden evidenciar los dominios cognitivos, emocional, fisiológico, interacciones sociales, valorados por el consultante antes y después del proceso de intervención, donde se logró evidenciar cambio; es importante enfatizar que los cambios descritos son productos de la vervalzaciones del paciente.

Tabla 4. *Dominio de acuerdo al Ingreso y Egreso*

Dominios	Etapa Ingreso 1-2-3 sesión	Etapa Egreso 9-10 Sesión
Cognitivo	El consultante manifestaba frecuente e intensamente pensamientos catastróficos y poca tolerancia a la frustración en las interacciones en contextos familiar, laboral y social, en ocasiones.	J.C.B. gradualmente comienza a cuestionar e invalidar su sistema de creencias, logrando identificar cómo las estructuras rígidas de sus pensamientos son generadoras del malestar. Lo cual permitió el desarrollo de creencias racionales.

Emocional	Se mostraba temeroso, ansioso, impotente, con la sensación de tener los nervios de puntas,	J.C.B. manifestaba sentir mejoría en relación con lo emocional - afectivo, verbalizaba sentirse menos temeroso y ansioso.
Fisiológico	Refería tensión muscular, palpitaciones, cansancio, fatiga	El consultante refiere una disminución de la reactividad fisiológica.
Conductual	Evitaba transitar por las calles del centro de la ciudad	El consultante logró caminar por las calles del centro de la ciudad, gracias al proceso de intervención y las actividades encaminadas a exposición en imaginación y en realidad
Interacción social	Se mostraba distante e irritable en las relaciones interpersonales en el núcleo familiar y social. Manifestaba aprensión anticipada ante situaciones futuras relacionada con la madre y hermana.	Mejoró la pauta relacional con la figura materna y en las interacciones sociales. Manifestando que fue capaz de compartir espacios con la madre hacer solicitudes y darle las gracias. Logrando disminuir la aprensión anticipada.

Fuente. Autora

Po otro lado al finalizar el tratamiento se aplicó nuevamente IDARE, el Estado se encuentra en rango medio con una puntuación de (43). Por su parte, la ansiedad como Rasgo, obtuvo un rango medio con una puntuación de (35), se logró evidenciar disminución en las puntuaciones en comparación de la evaluación inicial. En la figura 3 se muestra la ilustración de los resultados de la prueba IDARE.

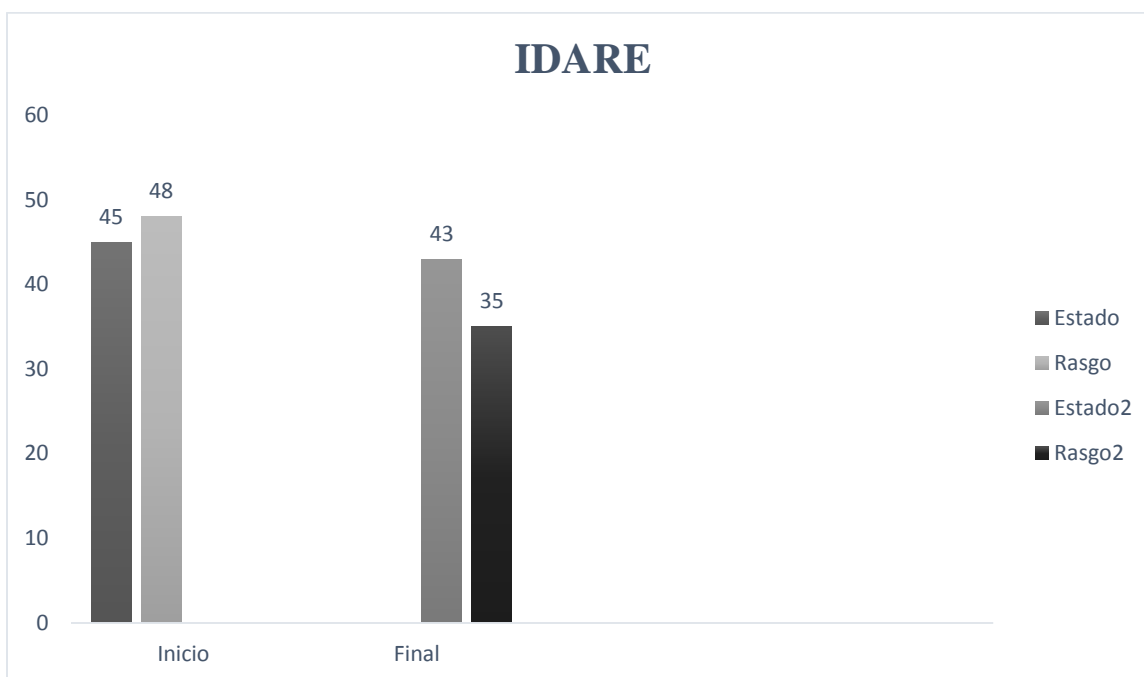


Figura 3. Resultados Prueba IDARE, Inicio y Final del tratamiento.

Respecto a la evaluación de personalidad a través del inventario clínico multiaxial de Millon III, aplicado a J.C.B. presentó indicadores sugestivos puesto que la calificación oscilaba entre 60 y 74 en patrones clínicos de personalidad (esquizoide); en patología severa de personalidad (paranoide) y en síndromes clínicos graves (desorden delusional), los cuales indican la presencia de ciertos rasgos de personalidad, que son sugerentes pero no indican la presencia de una patología instaurada, excepto la escala correspondiente a trastorno ansiedad la cual presentó una puntuación de 79, señalando la presencia del síndrome clínico (Millon, Davis, Millon.2007).

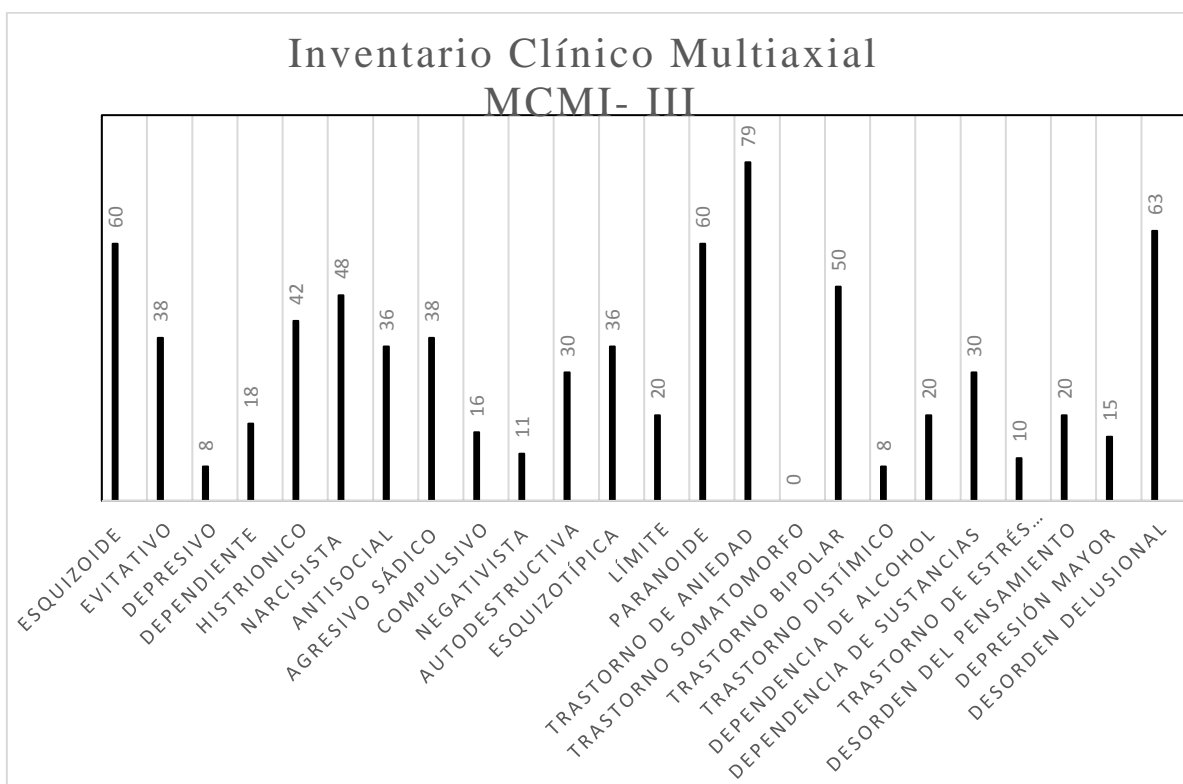


Figura 4. Resultados del Inventario Clínico Multiaxial. Millon III

Discusión

En la presente monografía se hace una Evaluación e Intervención Clínica de un Paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el Modelo Cognitivo Conductual, la propuesta del proceso psicoterapéutico del paciente se basa considerando los hallazgos obtenidos sobre la implementación del plan de evaluación e intervención a luz de la literatura para este tipo de diagnóstico, razón por la que se eligieron técnicas del modelo cognitivo conductual al existir evidencia de su efectividad en los trastornos de ansiedad (Sánchez, Alcázar y Olivares.1999).

Los resultados del proceso terapéutico partiendo del método pretest y postest evidencian la eficacia de la TCC para el abordaje del. En concordancia con lo anterior, un estudio realizado por Olivares et al.(2006) sobre una adolescente con TAG, donde se utilizaron técnicas referentes a la TCC haciendo énfasis en la psicoeducación, la relajación, la reestructuración cognitiva, y la exposición en imaginación y realidad, mostró efectividad en los resultados evidenciando el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos por el estudio, puesto que se logró la sustitución de creencias y pensamientos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos. Así que el presente estudio monográfico obtuvo resultados coherentes con los hallados en el estudio de Olivares et al. (2006) en el cual se hizo énfasis en TCC para el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, mostrando resultados favorables.

De igual modo, los resultados obtenidos en el caso de J.C.B. también informan la eliminación de respuestas de escape y evitación, así como una reducción significativa de la intensidad y frecuencia de las preocupaciones. Dichos cambios se justifican debido a la intervención cognitiva conductual la cual favorece a que el paciente identifique sus patrones de pensamientos para determinar si son realistas o perjudiciales, estableciendo la relación entre lo que se piensa, se siente

y se hace; en este aspecto se resalta la importancia de la ayuda del terapeuta para que el paciente aprende a generar estrategias para cambiar las creencias irracionales por otras más adaptativas, lo cual favorece al cambio en relación a cómo actúa y cómo se siente (Hernandez & Bustamante 2016).

Es importante resaltar el papel de la reestructuración cognitiva como eje fundamental del proceso de intervención realizado a J.C.B., pues al identificar las creencias irracionales y distorsiones cognitivas, el paciente pudo dejar de lado la anticipación catastrófica que lo acompañaba hasta el momento. Lo anterior guarda relación con el estudio realizado por Cano et al.(2011) donde al identificar los posibles sesgos cognitivos, los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales, los individuos pueden modificarlos mediante el uso de información adecuada, el entrenamiento en detectar papel de las cogniciones sobre la emoción y el fomento de habilidades de razonamiento.

Por otra parte, los resultados obtenidos de la evaluación de personalidad permitieron identificar que J.C.B presenta un patrón dominante de aprensión, una tendencia al aislamiento social, expectativa que los demás le pueden hacer daño o rechazar, percepción de sí mismo como miedoso, débil, ineficaz, sobrecogido y maltratado. Lo anterior denota que el malestar percibido se manifiesta como ansiedad debido a los pensamientos distorsionados o sesgos cognitivos que percibe como amenazantes (Millon, Davis & Millon.2007).

Ahora bien, de acuerdo con lo anterior según un estudio realizado por Londoño et al.(2011) el cual permitió identificar la vulnerabilidad cognitiva en diferentes trastornos mentales, entre los componentes de vulnerabilidad para la ansiedad señalan que se encuentra la personalidad, donde alteraciones en este constructo son considerados por el modelo psicopatológico de diátesis-estrés, como factores de riesgo para la psicopatología. Es así como en el caso expuesto, se pueden

evidenciar rasgos de personalidad muy marcados que constituyen al factor de vulnerabilidad para la aparición del TAG.

Conclusiones

Con la realización del presente estudio monográfico se logró evidenciar el proceso de evaluación e intervención de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo Cognitivo Conductual, el cual se considera efectivo partiendo de los logros obtenidos y cambios reportados durante la intervención, resaltando una vez más la efectividad de las TCC.

En este sentido se puede afirmar que se cumplió el objetivo principal del proceso de intervención, el cual consistía en reducir la sintomatología ansiosa, siendo posible por la desestructuración de creencias irracionales y distorsiones cognitivas, lo cual permitió mejorar el estado emocional, fisiológico y conductual de J.C.B. Lo anterior fue evidente en los resultados comparativos del pre y postest de la prueba IDARE, donde se puede evidenciar una reducción significativa en rasgo y estado de ansiedad.

Técnicas como la reestructuración cognitiva en unión con el diálogo socrático de las creencias irracionales y distorsiones cognitivas, le permitieron comprender a J.C.B. que gran parte de sus pensamientos dirigidos hacia él mismo y el entorno, carecían de argumentos válidos que lo soporten; cabe resaltar que el paciente en los autorregistros lograba identificar cómo los pensamientos eran generadores de malestar emocional y alteraciones conductuales, lo cual permitió aumentar el repertorio de creencias adaptativas, brindando de esta manera habilidades de control emocional, que le van a permitir resolver de manera eficaz e independiente futuros problemas. Por otro lado, fortalecer las estrategias de afrontamiento funcionales en el paciente, aportó a modular sus respuestas cognitivas y conductuales ante situaciones estresantes.

Recomendaciones

Se recomienda extender las sesiones a 15, para obtener mejores resultados en las pruebas posttest, teniendo en cuenta que los resultados están sujetos ante una multiplicidad de situaciones percibidas, las cuales pueden ser detectadas a lo largo del desarrollo del trabajo con el paciente, y los aspectos cognitivos contribuyan a la búsqueda de nuevos hallazgos en el desarrollo de estas investigaciones.

Las técnicas cognitivo conductuales demostraron efectividad para el tratamiento del TAG, pues ante su aplicación en el presente estudio monográfico se logró reducir significativamente la ansiedad rasgo - estado, y por ende la sintomatología ansiosa. Se sugiere hacer énfasis en la reestructuración cognitiva, puesto que se ha identificado que las creencias irracionales y distorsiones cognitivas son determinantes para la manifestación ansiosa.

Para realizar el proceso de evaluación es importante tener en cuenta áreas funcionales cognitivo, emocional, conductual, fisiológico e interacciones sociales, puesto que según la teoría y el ejercicio práctico realizado, estas áreas son las de mayor implicación en el TAG. A su vez se recomienda evaluar personalidad debido a que puede constituirse como un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de TAG.

Referencias

- Aguado, H., Manrique, E., y Silberman, R. (2003) Estrategias de evaluación cognitiva conductual de la fobia social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*.4 (1) 29-45
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadísticos de trastornos mentales*: American Psychiatric Pub.
- Bados, A. (2005) Trastorno de ansiedad generalizada. *Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>*.
- Bados, A. (2008). *La intervención Psicológica: Características y Modelo*. Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (2009). *Fobia Social*. Universidad de Barcelona- Barcelona
- Barajas, S. (2013). *Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y Mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión*. Universidad de castilla- la Mancha.
- Bauermeister, J., Johns, M., Sandfort, T., Eisenberg, A., Grossman, A., & D'Augelli, A. (2010). Relationship trajectories and psychological well-being among sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1148-1163.
- Caballo, V. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. (Vol.1)* Madrid, España: Siglo XXI España Editores, S.A
- Cano, A. Dongil-Collado, E., Salguero, J. & Wood, C.(2011) *Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España
- Caro, I (2207) *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*.Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Clark, D. & Beck, A. (2010) *Terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Compas, B. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. McGraw-Hill. Interamericana de España
- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Ellis, A. Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. New York: Desclée de Brouwer.
- Espada, J., Morales, A., Orgilés, M., y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Copyright* 18(1), 31-41
- Eysenck M (2007). La teoría de los cuatro factores y los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 13 (2), 283-289
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24 (85), 1-10
- García, S., Bados, A., y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42 (2), 245-258.
- Gobierno Federal. (2010). *Guía de práctica clínica*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- González, M. Ibáñez, I., y Cubas, R. (2005). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión International. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 23-39.
- Gómez, M. (2013). *Relación entre la psicología clínica, la psicoterapia y la psicología de la salud*. Universidad de Antioquia, Medellín.

- Hernandez, F., & Bustamante, V. (2016). Presentación de un caso clínico sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia Cognitivo Conductual. *Revista Huella de la Palabra*.(10)
- Herrero, M. (1997) La importancia de la observación en procesos educativos. *Revista electrónica interuniversitaria de formación de profesorado, 1(0)*
- Jaime, J. (2017). *Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: un estudio de caso*. Programa de Psicología. Universidad Norte. Barranquilla
- Leiva, C. (2005.). Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Revista tecnologica en marcha, (18)1*
2215-3241
- Londoño, N., Jiménez, E., Juárez, F., y Marín, A. (2011). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research, 3(2)*, 43-54.
- Londoño, N. (2011). Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 40(2)*, 289-309
- Londoño, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis, (33)*, 139-145.
- Meichenbaum, D. (1988) Terapias cognitivas conductuales. En S, Linn y J, Garske, (Ed), *psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Millon, Th., Davis, R., y Millon, C. (2007) *Inventario clínico multiaxial Millon III*. Madrid: Tea ediciones.
- Minici, A.,Rivadeneira, C., y Dahab. (2004) Tecnicas para el manejo de la Ansiedad, *Revista de terapia cognitiva conductual. (6)*
- Moreno, A. (2012) Terapias cognitivas – conductuales de tercera generación TTG: La atención plena/Mindfulness. *Revista internacional de psicología 12(1)*, 1–18.

- Olivares, J., Piqueras, J., y Alcázar, A.(2006) Tratamiento cognitivo conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad genralizada.*Terapia psicológica (24)* 1, 87-98
- Peláez, G. (2016) *Fundamentos de la Psicología Clínica*.Medellin: Fondo Editorial FCSH
- Peláez, G. (2011). *El sujeto y el lazo social en el psicoanálisis*. (tesis de grado) Universidad de Antioquia
- Plazas, E. (2006). B. F. Skinner: la búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*, 5(2), 371-384.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Rivière, A. (1991). Orígenes históricos de la psicología cognitiva. Paradigma simbólico y procesamiento de la información. *Anuario de psicología*, 51, (129) -15
- Rovella, A., y Gonzales, M (2008) Fundamentos en humanidades Trastorno de ansiedad generalizada: aporte de la investigación al diagnostico. *Fundamentos en humanidades*, 9 (17), 179-194
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Sánchez, J., Alcázar, A., y Olivares J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3). 641-654
- Spielberger, A., Martínez, F., González, L., Natalicio, L & Díaz, R (1980). *Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo (IDARE)*.Editorial el manual moderno, S.A
- Revista de la facultad de medicina Mexico.(Julio de 2013) *Trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la 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. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

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 psicólogo 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 la intervención del psicólogo en formación;
- c) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre del Usuario:	
Firma del usuario:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación	

Firma del Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) Asesor (a)	
Firma del Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. No. T.P.

Nota: *El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de 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.*

Anexo 2. Entrevista Semiestructurada

Entrevista Semiestructurada

- Interacción inicial: Observación de las características físicas formas de comportarse, (movimientos forma de hablar)
- ¿Que lo trae a consulta psicológica?
- Explíqueme con exactitud que sucede en esas ocasiones.
- ¿Cuénteme como en una película, la última vez que le sucedió?
- ¿Hasta qué punto está afectando el problema su vida?
- ¿Cómo se toman el problema las personas que están cerca de usted?
- En que situaciones aparece el problema, ¿En qué lugares? ¿Con que personas? ¿Qué días y a qué horas?
- ¿Que está usted haciendo cuando, pensando o sintiendo cuando aparece el problema?
- ¿Qué hace piensa o siente cuando inmediatamente después de ocurrirle el problema?
- ¿Qué circunstancias hacen que el problema mejore? ¿Y que empeore?
- ¿Cuántas veces le ocurre esto al día o la semana?
- ¿Cuánto tiempo estima usted que dura el problema desde que aparece hasta que desaparece?
- ¿Cuál fue la primera vez que le ocurrió este problema? ¿Cuándo se lo contó a alguien o requirió ayuda profesional?
- Hábleme un poco de aquella época, ¿Que hacia usted entonces? (Recordar familia, amigos, situación económica, etc.)
- Desde entonces ha mejorado o empeorado

- ¿A que le atribuye usted la aparición del problema? ¿Por qué cree usted que le ocurre?
- ¿Hasta qué punto le interesa a usted solucionar el problema?
- ¿Qué hace usted para intentar solucionar la situación? ¿Qué resultado le ha dado?
- ¿Qué personas cercanas a usted le han ayudado con esta situación? ¿Quién más podría ayudarle?

Me gustaría saber más de su historia familiar

Madre:

- ¿Cómo podría describir las relaciones con su madre a lo largo de la vida? Valore tales

Relaciones (de 1 = malas a 4 = muy buenas):

- ¿Cómo describiría a su madre?
- ¿Qué actitudes tenía su madre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su madre para conseguir algo de usted (premios y castigos)
- ¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era niño/a?

Padre

- ¿Cómo podría describir las relaciones con su padre a lo largo de la vida? Valore tales

Relaciones (de 0 = malas a 4 = muy buenas):

- ¿Cómo describiría usted a su padre?
- ¿Cuáles eran las actitudes de su padre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su padre para conseguir algo de usted (premios y castigos)
- ¿Qué actividades hacía usted con su padre cuando era niño/a?
- ¿Cómo era la relación entre sus padres?

- Me ha dicho que tiene..... hermano/a/s (anotar el orden, género, edad). Quisiera Saber cómo se ha llevado con su/s hermano/a/s a lo largo de su infancia y adolescencia
- ¿Tenían preferencia su padre o madre por usted o por alguno de sus hermanos/as? Si- No
- Si así es, ¿por quién y por qué?
- ¿Cuáles fueron los valores más importantes en su familia? (la religión, el trabajo, la Igualdad, la solidaridad, etc.

Hemos hablado de su familia, de sus compañeros/as de colegio y de trabajo; me gustaría saber más acerca de sus relaciones sociales.

- ¿Hace amigos/as fácilmente?
- ¿Tiene muchos/as amigos/as? • ¿Cuántos (aproximadamente)?
- ¿Cuántos amigos/as cercanos?
- En general, ¿se siente cómodo en situaciones sociales?
- ¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?
- ¿A cuántas personas le cuenta sus secretos más íntimos?
- Sus amigos/as y/o conocidos/as, ¿le cuentan a usted sus secretos o le piden ayuda?
- Finalmente ¿Qué espera conseguir con este tratamiento?

Anexo 3. Autorregistro**Autorregistro**

Fecha	Lugar	Qué estás haciendo.	Qué estás pensando	Qué sientes	Intensidad 0 -10	Duración del pensamiento.

Situación	Pensamiento irracional	Consecuencias emocionales y conductuales	Pensamiento racionales realista adaptativos	Consecuencias emocionales y conductuales

Fecha	Acontecimiento activador	Creencia irracional	Consecuencias emocionales y conductuales	Cuestionamiento a la creencia irracional	Creencia racional alternativa	Nuevas consecuencias emocionales y conductuales

Anexo 4. 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 destrozarse 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 espiando 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 aísto 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 echo 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 sonríen.
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 5. Inventario de Autovaloración

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en estos momentos.

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	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4

5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE**INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN**

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

		CASI	ALGUNAS	FRECUENTE-
		NUNCA	VECES	MENTE
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	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4

28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	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 los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 6. Formato de registros de sesiones

Formato de registros por sesiones

Consultante	J.C.B Edad: 47 años
Motivo de Consulta	Paciente refiere “Me genera ansiedad aspectos cotidianos de mi vida como la comunicación asertiva, la toma de decisiones, generar estabilidad con una pareja”
Número de Sesiones	10
Objetivos Terapéuticos	<p>Realizar un primer acercamiento con la consultante e identificar problemáticas a intervenir.</p> <p>Identificar los pensamientos que le generan preocupación, como una de las primeras señales cruciales para la iniciación de las habilidades de afrontamiento.</p> <p>Proporcionar un entrenamiento completo en habilidades de relajación aplicada.</p> <p>Desmontar creencias irracionales generadoras de malestar y</p> <p>Reducir la sintomatología ansiosa.</p> <p>Fomentar la comunicación asertiva y reducir la huida ansiosa.</p>

	<p>Fortalecer el lazo afectivo con la figura materna y reducir aprensión anticipada.</p> <p>Enfatizar en la importancia del fortalecimiento de estrategias de afrontamientos adecuadas.</p>
Técnica Utilizada	<p>Autoregistro, Dialogo Socrático, Entrenamiento en Solución de Problemas, Relajación Muscular Progresiva, Respiración Diafragmática, Inoculación del estrés.</p>
Actividades Desarrolladas en Sesión	<p>En la primera sesión se realizó entrevista la cual permitió recopilar información relacionada con la problemática, frecuencia y permanencia a lo largo del tiempo, a su vez se identificó aspectos relacionados con la dinámica familiar, quedando en evidencia ausencia de las comunicación asertiva y relación distante en el núcleo familiar, identificando aspectos desencadenantes de la problemática, como el no hablar abiertamente de la homosexualidad, las creencias implantadas por la mamá respecto a la no expresión de emociones y opiniones, factores que se asocian con la dificultad que le genera entablar conversaciones y hacer solicitud a la madre, puesto prefiere mandar un mensaje de texto tipo WhatsApp que comunicarle abiertamente alguna solicitud a la madre, lo cual genera ansiedad y acrecienta la relación distante con la figura materna y conflictiva/distante con la</p>

hermana, se deja de tarea la realización de un autorregistro, el cual se debatirá en la próxima sesión.

En la segunda sesión el paciente asiste a la hora programada se realizó autorregistro para medir la intensidad y frecuencias de las preocupaciones. Finalmente se aplicó el inventario multiaxial de Millon III es un cuestionario de personalidad, con la aplicación de dicho inventario se obtiene información relacionada con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 1998).

En la tercera sesión se realizó aplicación de la prueba IDARE, posteriormente se realizó reestructuración cognitiva a través del debate del autorregistro, donde el consultante identificó creencias racionales alternativas como mecanismo para disminuir el malestar, por otro lado se realizó fase de conceptualización, análisis conductual y el entrenamiento en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones, la cual se emplea para aumentar la conciencia del paciente y permitir discriminar claramente entre tres tipos de preocupaciones que existen cual es la que lo afecta, Hay que recordar que hemos identificado preocupaciones que se refieren a: 1) los problemas inmediatos que están basados en la realidad y son modificables (p. ej., un conflicto interpersonal actual con un compañero del trabajo), 2) problemas inmediatos que se basan en la realidad, pero que no son

modificables (p. ej., la enfermedad de un ser querido), 3) acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables (p. Ej., la posibilidad de arruinarse algún día). Caballo (2007). Así pues, durante el entrenamiento en darse cuenta el consultante identifico que sus preocupaciones se relacionan con los problemas que están basados en la realidad y son modificables y los problemas que se basan en la realidad, pero no son modificables. Después de identificada el tipo de preocupación se realizó entrenamiento en solución de problemas, el cual incluyó la orientación hacia el problema, definir el problema, generar soluciones alternativas, toma de decisión, puesta en práctica y verificación de la solución.

En la cuarta sesión se procedió se debatió autorregistro, el cual permitió identificar una serie de creencias irracionales que le generan malestar, identificando el nivel de intensidad percibidos, como en situaciones donde el hecho de pensar que cuando la madre se le acerca, esta lo va a regañar, gritar etc. se recurrió al Diálogo Socrático, donde se postulan una serie de preguntas como las siguientes; ¿Qué evidencias tiene de que va ocurrir lo que piensas? ¿De las veces que lo pensaste cuantas sucedieron? A su vez se dejó de tarea la realización de un nuevo autorregistro donde se le incorporo un espacio donde debe identificar creencias racionales

alternativas y realista, con el objetivo que el consultante identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados. Por otro lado se procedió a aplicar el entrenamiento en relajación muscular progresiva, donde en primera medida se dispuso al paciente para que evocara una imagen relajante la cual se empleó antes y después de la aplicación de los ejercicios de relajación muscular, en la cual el paciente contrae y posteriormente relaja diferentes grupos musculares, a su vez se empleó ejercicio de respiración diafragmática y relajación controlada por señales, es decir, se repite lentamente la palabra “relájate” tranquilo”, “cálmate”, haciendo que el paciente se relaje aún más con cada repetición. Estas cuatro habilidades se repitieron varias veces, las cuales se convertirán en “habilidades de afrontamiento por medio de la relajación”, Finalmente se instruye al paciente para que practique la relajación muscular progresiva diariamente y registre las experiencias en una hoja. Esta hoja incluye normalmente la fecha y la hora de la práctica, zonas que eran difíciles de relajar y una evaluación de la tensión antes y después del período de relajación. Las evaluaciones se realizan normalmente sobre una escala de tensión de 0 a 100.

En la quinta sesión, se inició repasando el autorregistro con el paciente, donde se pudo establecer la utilidad de la implementación de la técnica de relajación muscular progresiva, posteriormente se realizó entrenamiento en asertividad, a través del juego de roles y revisión de aspectos relacionado con la comunicación asertiva y la importancia de ponerla en práctica, además se propusieron algunos ejemplos donde el consultante debía identificar que clase comunicación estaba presente, la agresiva, pasiva o asertiva, a su vez se le suministro un listado de los derechos asertivos los cuales se discutieron y permitió la reflexión sobre la importancia de la asertividad en las relaciones interpersonales y no generar la huida ansiosa.

Finalmente se dejó de tarea que el consultante debe buscar los espacios para agradecer a la madre, como herramienta útil para fortalecer las habilidades sociales y asertividad.

En la sexta sesión, se realizó entrenamiento en el manejo de la Ansiedad, así pues, se dispuso al paciente para que evocara las situaciones que le generan malestar, posteriormente se le solicitó que relajara los músculos sin tensarlos, a su vez realiza cuatro respiraciones diafragmáticas y avoca una imagen relajante la cual se propuso en sesiones anteriores, finalmente el paciente debe repetir la palabra “relájate”, fomentando que el paciente se relaje

con cada repetición. Dichas estrategias permiten el control de la activación emocional la cual permite aliviar los síntomas fisiológicos y la tensión emocional. Estas cuatro habilidades se repitieron alrededor de dos veces durante la sesión y se solicita al paciente la ponga en práctica ante la presencia de eventos activadores y en su vida diaria.

En la Séptima sesión se realizó entrenamiento en inoculación del estrés, en la fase entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, se dispuso al consultante para que elabore un listado de las situaciones que le generan malestar, las cuales el paciente le asignó una valoración subjetiva de 0 a 10, posteriormente a través de la imaginería guiada se le solicitó al paciente que visualizara la situación que le genera menor grado de ansiedad, hasta llegar progresivamente a la de mayor grado, durante el ejercicio se identificaron cambios emocionales y fisiológicos al pasar de una escena a otra, así mismo se entrenó al paciente para afrontar el evento estresor a través de una serie de Autoinstrucciones que van encaminadas a centrarse en la tarea y sustituir los pensamientos negativos asociados, y recalcar a través de las preguntas ¿Qué tengo que hacer?: Sólo he de pensar en lo que sé que tengo que hacer y no en si me estoy poniendo nervioso.

Se sugiere al paciente que se concentre en lo que tienes que hacer y no en otros aspectos que no son relevantes o te interfieren).

Finalmente se deja la tarea de realizar un nuevo autorreguistro el cual será debatido en la próxima sesión.

En la octava sesión se debatió autorreguistro propuesto en la sesión anterior, donde se identificaron creencias irracionales como las siguientes; Cuando ocurre o puede ocurrir algo peligroso o amenazante, debo sentirme tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor. Es mucho más fácil evitar que afrontar las dificultades que se presentan en la vida. Debo preocuparme mucho por los problemas y perturbaciones de los demás. Dichos errores de pensamientos se constituyen generadores de ansiedad, Así pues, se propuso al paciente que generara preguntas para cuestionar a valides de dichas creencias, lo cual permitiendo fomentar conciencia del problema y facilitar una mejor comprensión y autocontrol de las ideas irracionales.

La novena sesión el paciente asiste a sesión a la hora programada, se aplica prueba IDARE, para realizar postest con el objetivo de evaluar la efectividad del proceso terapéutico, a su vez se realizó prevención de recaídas donde se preparó al paciente para la finalización del proceso terapéutico, y se le enseña a utilizar

	<p>herramientas y técnicas aprendidas en la terapia, para que el paciente pueda recurrir a ellas ante la presencia de eventos ansiógenos, a su vez se le suministro un documento con elementos puntuales para generar mayor grado de recordación.</p> <p>En la décima y última sesión se realiza nuevamente prevención de recaídas, se repasa nuevamente lo aprendido en sesiones y se dan herramientas para un posible plan de autoterapia, donde se le dan las explicaciones para la ejecución y se motiva a su uso. Inicialmente se recomienda al paciente aplicarlo una vez por semana, posteriormente dos veces al mes y finalmente una vez cada tres meses, Así mismo se recordó las ventajas de la autoterapia; entre ellas que puede mantener las herramientas adquiridas al día y lista para ser usadas; puede resolver las dificultades antes que se convierten en problemas importantes; se reduce la posibilidad de una recaída y las habilidades adquiridas pueden enriquecer la vida en diferentes contextos. Se realiza el despedida y cierre del caso por cumplimiento de objetivos.</p>
Resultados	<p>Se logró que el paciente se diera cuenta del tipo de preocupación que lo afecta y generar estrategias efectivas para afrontar dichas preocupaciones y/o situaciones ansiógenos.</p> <p>Mejóro un poco a comunicación y relación con la figura materna, ya el consultante manifiesta haber vencido ciertos temores, pues es</p>

	<p>capaz de tolerar la cercanía y entrar al sitio donde está la mamá, pedirle favor y darle gracias.</p> <p>Se logró que el consultante adoptara la relajación muscular y respiración como elementos para afrontar situaciones estresantes, y ponerla en práctica en su cotidianidad.</p>
Observaciones	<p>El consultante se mostró colaborador durante el proceso, lo cual se denota en su puntualidad, postura, gestos e interrogaciones sobre aspectos de las técnicas utilizadas y la toma de apuntes de aspectos relevantes en sesiones.</p>
Prueba Aplicada	<p>Millon III, IDARE</p>
Resultado de la prueba aplicada.	<p>La puntuación obtenida a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), realizado a Juan Carlos Briceño, no puntúa niveles altos, ni moderados que indiquen la presencia de un trastorno, sin embargo, se pudo establecer indicadores sugestivos en patrones clínicos de personalidad esquizoide (60), patología severa de personalidad paranoide (60) y síndromes clínicos graves como lo es desorden delusional (63). Donde los comportamientos pueden ser transitorio y en algunos casos disminuye o aumenta según las situaciones estresantes. las cuales son sugerentes, pero no son lo suficientemente indicativos de patologías sintomáticas.</p> <p>La prueba IDARE, se aplicó en la novena sesión con el objetivo de realizar postest para evaluar la efectividad del proceso terapéutico.</p>

El cual arrojó como resultado el siguiente; La ansiedad como Estado, en el paciente se encuentra en rango medio con una puntuación de (43) y una puntuación T de (55), el cual se caracteriza por ser una condición emocional transitoria del organismo humano, con la presencia de niveles moderados de sentimientos de tensión y aprensión subjetivo conscientemente percibidos, la respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. La cual se puede experimentar ante eventos activadores como, una entrevista, una fobia específica o ante la presencia de un evento desconocido.

La ansiedad como Rasgo, obtuvo un rango bajo con una puntuación de (35) y una puntuación T de (47), el cual refleja bajas diferencias en comparación a las demás personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con disminución en la intensidad de la ansiedad.

Con la realización del postest se pudo identificar una reducción significativa de las escalas de estado y rasgo de ansiedad, indicando la disminución considerable del rasgo ansioso y reduciendo la sintomatología asociada a un posible trastorno de Ansiedad Generalizada, el cuál fué el diagnóstico inicial tomado como referencia la aplicación del pretest y los criterios diagnósticos presentes en el DSM V para Ansiedad Generalizada.

Diagnostico según DSM V	Trastorno de ansiedad Generalizada. 300.02 (F41.1) en Estudio
Plan de Tratamiento	<p>Aplicación de prueba Millon III</p> <p>Entrenamiento en Técnicas Cognitiva- Conductuales para el manejo de la Ansiedad Generalizada.</p> <p>Análisis conductual y el entrenamiento en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones, la cual se emplea para aumentar la conciencia del paciente y permitir discriminar claramente entre tres tipos de preocupaciones que existen cual es la que lo afecta</p> <p>Psicoeducación respecto a creencias irracionales</p> <p>Dialogo Socrático. Terapia Racional Emotiva</p> <p>Inoculación del estrés</p> <p>Relajación muscular progresiva; se entrena al consultante en la puesta en marcha de una serie de ejercicios de tensión y relajación de los diferentes grupos musculares del cuerpo, para reducir los niveles de activación fisiológica</p> <p>Respiración diafragmática.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>Entrenamiento en Asertividad.</p> <p>Aplicación de Postest prueba IDARE</p>

	Prevención de Recaídas; Guía para recordar lo aprendido en la terapia. Guía para sesiones de autoterapia
Resultados	<p>Se logró acompañamiento y orientación psicológica respecto al trastorno de Ansiedad Generalizada. Fomentando que el paciente identificara el tipo de preocupación que lo afectaba y herramientas de cómo reducir la ansiedad, evidenciando un avance en la interiorización de las técnicas enseñadas, y una reacción emocional controlada en la vivencia de eventos activadores. Además, se logró que el paciente identificara las creencias irracionales que presentaba y como estas afectan las emociones y la conducta. Logrando avances respecto a la disminución aprensión anticipada, en el momento de las interacciones con la figura materna, fomentando una mejor pauta relacional entre madre e hijo. A su vez se enseñó al paciente como realizar autoterapia para reducir posibles recaídas y como convertirse en su propio terapeuta.</p>

Anexo 7. Formato de Historia Clínica

Formato de Historia Clínica

Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia
1. DATOS DEMOGRAFICOS DEL USUARIO				
Datos del Usuario				
Nombres y Apellidos	Edad	Genero	Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento		Dirección de Residencia		
Estrato	No. Telefono Residencia	No. Telefono Celular		
Nivel de Escolaridad	Profesión / Ocupación			
Remitido por	Entidad (EPS)			



2. DATOS DEL ACUDIENTE			
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección de Residencia	No. Telefono Residencia	No. Telefono Celular	

2. DATOS DEL ACUDIENTE			
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección de Residencia	No. Teléfono Residencia	No. Teléfono Celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO			
3.1 Motivo de Consulta			
3.2 Historial de la situación			

