

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL DE UNA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

JOSE VICTOR CUELLO BALLESTAS



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2019.**

*Intervención Psicológica Desde El Modelo Cognitivo Conductual De Una Persona Privada
De La Libertad Con Trastorno De Ansiedad Generalizada (TAG)*

Proyecto presentado por:
JOSE VICTOR CUELLO BALLESTAS
Para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Director del proyecto:
ABDÓN RIBERO ARDILA
Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2019.

Dedicatoria

A Dios, luz y guía de mi camino. A mi madre y tías, compañeras incansables de mis sueños a través de la distancia, quienes me han enseñado que vale la pena luchar por lo que se quiere. A mis hermanos, que cada uno a su manera me mostró que por más obstáculos que se presenten no debemos abandonar nuestra meta. A mis amigos que me brindaron apoyo en esos momentos que el viento buscaba apagar la luz. Y a todas aquellas personas que hicieron parte de mi formación profesional y personal.

Agradecimiento

Al psicólogo Magister Abdón Ribero A, director del proyecto, maestro, quien a través de su pasión por la psicología y la investigación consiguió impulsar para conquistar el inmenso mundo de conocimiento que trae consigo la problemática abordada, desde una visión humana, ética y profesional. Al establecimiento penitenciario de mediana seguridad de Pamplona, que con su apertura y deseo de servicio a la comunidad permitió el abordaje. A la licenciada Nidia J Gamboa Gamboa, por permitir el acercamiento a la población en cumplimiento de este sueño, en pro de mi desarrollo académico y profesional. Al participante y sujeto de estudio, agradezco sinceramente, por disponer de su tiempo y colaboración, en este proyecto, ya que sin él no hubiera sido posible cumplir esta visión. A todas las personas que directa e indirectamente estuvieron cerca de este proyecto.

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tabla de Contenido.....	V
Lista de Tablas.....	VI
Lista de Figuras.....	VII
Lista de Anexos.....	VIII
Introducción.....	11
Referente Conceptual.....	17
Objetivo General.....	31
Objetivos Específicos.....	31
Método.....	32
Participante.....	32
Instrumentos de Exploración.....	32
Instrumentos de Evaluación.....	35
Procedimiento.....	36
Fase de intervención.....	39
Resultados.....	53
Discusión.....	59
Conclusiones.....	63
Recomendaciones.....	65
Referencias.....	67
Anexos.....	74

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción familiar	40
Tabla 2. Valores referencia para puntuación de inventario de Ansiedad de Beck BAI.....	55
Tabla 3. Valores referencia para puntuación de inventario de Depresión de Beck BDI.....	56

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Familiagrama</i>	39
Figura 2 <i>Resultados pre y pos Inventario de Ansiedad</i>	56
Figura 3 <i>Resultados pre y pos Inventario de Depresión</i>	57

Lista de Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado.....	74
Anexo B. Formato Evaluación Psicológica	74
Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo D. Inventario de Ansiedad de Beck (BDI)	¡Error! Marcador no definido.
Anexo E. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión.....	7
Anexo F. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión	9

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE UNA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

AUTOR(ES): José Víctor Cuello Ballestas

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

El trabajo monográfico que se presenta en este documento contiene el proceso terapéutico desarrollado con un hombre de 25 años de edad, recluido en el establecimiento Penitenciario y Carcelario de Mediana Seguridad en la ciudad de Pamplona, el cual llega por voluntad propia a la consulta de psicología a causa de recurrentes episodios de impaciencia, preocupación excesiva, dificultad para conciliar el sueño, pesimismo en general y acerca de su propia vida. El proceso siguió un modelo cognitivo conductual que incluyó una etapa de evaluación y diagnóstico pre y pos a través de la entrevista semiestructurada, elaboración de un análisis funcional y aplicación de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Aaron Beck. Seguido de la identificación de las principales problemáticas y formulación de los objetivos terapéuticos a trabajar, se pasó a la etapa de intervención basada en la Terapia Cognitiva de Beck, y Terapia Racional Emotiva de Ellis, culminando con prevención de recaídas frente al trastorno de ansiedad generalizada. Los resultados mostraron que el consultante mejoró su regulación emocional.

PALABRAS CLAVE:

Ansiedad generalizada, tratamiento cognitivo–conductual, terapia racional emotiva.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE-BEHAVIORAL MODEL OF A PRIVATE PERSON OF FREEDOM WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER (TAG)

AUTHOR(S): José Víctor Cuello Ballestas

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

The monographic work presented in this document contains the therapeutic process developed with a man of 25 years of age, incarcerated in the Penitentiary and Prison of Medium Security in the city of Pamplona, which comes of its own accord to the psychology consultation because of recurrent episodes of impatience, excessive worry, difficulty sleeping, pessimism in general and about his own life. The process followed a cognitive behavioral model that included a stage of evaluation and diagnosis pre- and post through the semi-structured interview, application of Aaron Beck's Anxiety and Depression Inventories and a functional analysis. Followed by the identification of the main problems and definition of therapeutic objectives, we went to the intervention stage based on Beck Cognitive Therapy and Ellis Rational Emotive Therapy, culminating with relapse prevention. The results showed that the consultant improved his emotional regulation

KEYWORDS:

Generalized anxiety, cognitive-behavioral treatment, rational emotive therapy.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Para atender las demandas de salud mental de los internos en Colombia, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC– instauró como uno de sus objetivos la promoción de programas para el mejoramiento de la atención psicológica.

Por tanto, el estudio de patologías discapacitantes, prevalentes y crónicas, como la depresión y la ansiedad, se configuran como temas de significativa identificación y estudio. Al respecto, Uribe, Martínez & López (2012) mencionan que en Colombia 113.104 personas se encuentran en condiciones de reclusión penitenciaria, contando 33.951 sindicados y 79.153 condenados; específicamente, a nivel municipal el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Pamplona alberga para cifras de 2018 a 269 internos teniendo una capacidad máxima aproximada para albergar a 280 reclusos, no obstante en años anteriores se registraron niveles de hasta 57,8% de hacinamiento (INPEC, 2018).

Hay que destacar, que estas condiciones de hacinamiento son usuales en gran parte de los centros penitenciarios del país, además de problemáticas múltiples de infraestructura como lo son las pobres condiciones de habitabilidad, salubridad, cantidad de actividades ocupacionales y acceso a provisiones; también se resalta que los mecanismos de atención en salud física y mental no cuentan con una suficiente cobertura e impacto, siendo además elevados los casos de VIH, tuberculosis y trastornos psicóticos (Uribe, Martínez & López, 2012).

Por esta razón, el INPEC (2018), ha dirigido desde finales de la primera década del siglo XXI diferentes estrategias a través de la Subdirección de Reinserción Social para mejorar

progresivamente las condiciones de calidad de vida de los reclusos, como una labor fundamental de sus funciones, para esto se han llevado a cabo previos estudios diagnósticos que dan detalles de la situación de cada uno de sus centros penitenciarios y a partir de sus resultados ha promovido el diseño y ejecución de programas y proyectos enfocados en el mejoramiento de las condiciones de salud mental, habitabilidad, salubridad y ocupación de los internos en los establecimientos según las falencias detectadas a través de los estudios, mostrando progresivos avances en materia de aumento de la calidad de dichas variables.

Teniendo como base lo anteriormente descrito, se identifica y valida la necesidad de realizar estudios como la presente investigación, para identificar o descartar características sintomatológicas prevalentes en ciertos grupos de internos, con el propósito de diseñar y ejecutar intervenciones adecuadas a manifestaciones disfuncionales específicas que promuevan el mejoramiento de la calidad de las condiciones en que se encuentran los reclusos.

El presente estudio de caso único, describe el proceso terapéutico que se implementó con el consultante “J.J.M.A.” de 25 años de edad, en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario, EPMSC- Pamplona, el cual solicita el servicio de psicología por voluntad propia ya que manifiesta presentar síntomas recurrentes de episodios de impaciencia, preocupación excesiva, dificultad para dormir, pesimismo en general y acerca de su propia vida, teniendo en cuenta esta sintomatología el consultante describía problemáticas asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se caracteriza por el constante estado de ansiedad y preocupación que experimenta la persona durante la mayor parte del día en un período de al menos seis meses de

forma continua, resaltando que dicho estado engloba diversos sucesos o actividades como causales de las manifestaciones ansiosas, siendo dificultoso para la persona afectada mantener bajo control sus pensamientos de preocupación que además se asocian a síntomas como inquietud, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y dificultades de sueño.

Respecto a lo anterior, cabe resaltar tomando lo referido por Fernández, T., Calero, A. y Santacreu, J., (2013), que tales síntomas van asociados también a diferencias notables a nivel de pensamiento y comportamiento entre cada paciente que reflejan particularidades para cada caso que hacen necesario diseñar programas de intervención específicos para las condiciones de cada, partiendo de un proceso de evaluación que detalle la información pertinente desde el punto de vista cognitivo, afectivo y comportamental según la función que cumplen para el paciente, sus causas, mantenimiento e impacto.

Así entonces, el TAG aún con las variaciones particulares de cada caso suele asociarse con pensamientos distorsionados como la sobreestimación de la amenaza respecto a estímulos que no deberían implicar tales estados de activación, la intolerancia a la incertidumbre, la tendencia a mostrar preocupación anticipada y el temor a la ansiedad misma, junto con la evitación de los estímulos que generan la ansiedad mediante la imaginación y también las dificultades en la solución de problemas y búsqueda de alternativas a estos mismos Fernández et al, (2013).

Respecto a lo anterior, Suinn (1994; 1995) y la APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) han reconocido que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad son modalidades de tratamiento que se ajustan de forma exitosa a la intervención requerida por el TAG según su revisión de estudios investigativos. Así entonces, se expresa que la terapia cognitivo-conductual (TCC), consolida su eficacia en la articulación de técnicas que intervienen tanto en los componentes cognitivos como en los componentes conductuales de forma integrativa, en especial cuando se lleva a cabo un seguimiento periódico de los resultados manteniendo en el seguimiento, destacando también de acuerdo a Alizadeh, A., Shahverdyan, G. y Etemadi, A., (2012) y a Capafons, (2001), que la aplicación de TCC para el tratamiento de pacientes con TAG suele mostrar resultados más efectivos que la administración de tratamiento farmacológico, aunque en algunos casos se requieren un manejo integrado de ambas modalidades de tratamiento.

Por otra parte, es preciso mencionar que para desde el componente de tratamiento a nivel cognitivo es necesario integrar técnicas de reestructuración y relajación que sean correspondientes a las técnicas de exposición desde el componente de tratamiento conductual según las particularidades de cada caso que se hayan determinado previamente mediante su análisis funcional para promover la eficacia y el mantenimiento de resultados a largo plazo (Capafons, 2001). No obstante, la perspectiva de los autores especializados en esta temática varía notablemente, siendo conveniente resaltar que por ejemplo, Barlow, Esler y Vitadi (1998) concuerdan las técnicas cognitivo-conductuales integradas con técnicas de relajación son la mejor opción para el manejo del TAG; mientras tanto, autores como Alizadeh et al, (2012), destacan la prioridad de intervenir inicialmente y de forma central a lo largo del tratamiento en la

reestructuración de pensamientos irracionales, distorsionados o desadaptativos. De forma similar Dugas, M., Gagnon. (1998), F., Ladouceur, R. (2000) y Freeston, M (2014), refieren la importancia de intervenir desde el componente cognitivo como enfoque central aunque se orientan hacia el manejo de la intolerancia a la incertidumbre, el temor a la preocupación y la evitación cognitiva.

Desde otro punto de vista, Brown, O'Leary y Barlow (1993; 2001) argumentan la necesidad de articular un tratamiento que parta desde la delimitación y comprensión profunda de cada caso para trazar las estrategias pertinentes a sus particularidades según los factores que se identifican en el paciente, apuntando a la aplicación de técnicas de entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a los estímulos, prevención de las conductas de preocupación, organización del tiempo y resolución de problemas. Adicionalmente, Borkovec, Newman, Pincus y Lytle (2002) argumentaron que no encontraron diferencias significativas en la administración de técnicas cognitivas o conductuales de forma integrada o separada aunque añadieron la necesidad intervenir en cuanto al entrenamiento en habilidades sociales para algunos pacientes que en procesos de seguimiento continuaban teniendo dificultades en ésta área que impedían una remisión exitosa del TAG.

Es así como estos grupo de tratamientos son una completa guía para un abordaje y una intervención clínica, pero las técnicas que incluyen deben aplicarse cuando sea pertinente, es decir, siempre que esté justificado por el análisis funcional del caso concreto. Así, se establece que ocasionalmente es necesario adaptar, añadir o incluso descartar algunas técnicas en función de las necesidades.

Por ende, se dio lugar a un proceso terapéutico dentro del marco de las prácticas académicas para aspirar al título de Especialista de Psicología Clínica. Dicho trabajo tuvo una duración de 3 meses, dentro de los cuales estuvo supervisado por un profesional del área clínica y regido bajo los parámetros del EPMSC-Pamplona y la coordinación del programa. Para cumplir con los objetivos planteados se tomó como base teórica y de intervención al modelo Cognitivo Conductual, en cuanto a la evaluación y diagnóstico, además de basar el contacto con el paciente mediante la entrevista semiestructurada, formatos de evaluación psicológica (historia clínica), pruebas psicométricas estandarizadas, y la elaboración de un análisis funcional.

Seguidamente, se diseñó el plan de tratamiento, el cual utilizó diversas técnicas de la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis. Los objetivos terapéuticos fueron evaluar la sintomatología presente del consultante, con el fin de implementar un tratamiento de intervención psicológica enfocado a lograr la aceptación de sus problemáticas, reestructurando creencias disfuncionales y aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento de las crisis, lo que permitió que se asumiese con efectividad el logro de las metas.

El abordaje permitió, por una parte, la atención del caso clínico el cual ayudó a mejorar la calidad de vida del consultante; por otra, permitió el estudio y tratamiento de problemáticas asociadas al TAG, que cuentan con muy poca evidencia empírica y con una alta prevalencia entre los trastornos, y, por último, se permitió un ejercicio de prácticas que otorgan habilidades en la formación del psicólogo clínico.

Referente Conceptual

Este documento tiene como propósito describir, desde el modelo cognitivo conductual, el proceso de evaluación e intervención de problemas asociados al trastorno de ansiedad generalizada en un caso único. Para lograr una comprensión del trabajo realizado, en este apartado se expone una breve descripción acerca de la psicología clínica como posibilitadora de dicho proceso, del trastorno de ansiedad generalizada, en cuanto a su concepto, diagnóstico, prevalencia, etiología, comorbilidad y del tratamiento de problemáticas asociadas al mismo desde la perspectiva cognitivo conductual.

En lo que respecta a la psicología clínica, y desde el marco del modelo cognitivo conductual, es fundamental entender que su problemática radica en cambiar el comportamiento de quienes consultan; el abordaje varía de acuerdo con el contexto clínico y socio cultural, al marco conceptual que soporta cada problemática y las técnicas que se utilicen. En este orden de ideas, este campo de la psicología intenta atender problemáticas que son consideradas como desadaptativas, disfuncionales o también denominadas anormales, por no ajustarse a los parámetros normativos en un momento del desarrollo de la persona. Es así como el psicólogo clínico atiende problemáticas que generan malestar clínicamente significativo en su consultante o familiares, pero con un origen previo a la consulta y cuyo desarrollo está constituido por los intentos fallidos de solución a las problemáticas por las que buscan ayuda profesional. Por este motivo, toma como base los antecedentes del problema, y son un apoyo de importancia para la realización del proceso de evaluación, diagnóstico y construcción del análisis funcional, con el

cual definirá objetivos terapéuticos y tratamiento centrado en lo que ocurre en el momento presente (Acevedo y Romel, 2013).

Unido a ello, es de destacar que la psicología clínica desarrolla actividades no solo en lo que respecta a procesos de intervención, sino además de investigación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y su abordaje implica un trabajo inter y transdisciplinario con otros profesionales sobre un quehacer ético y de constante actualización Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC),(2014). Los anteriores planteamientos soportan la importancia de contar con un marco conceptual claro para lo cual es necesario un despliegue de cada uno de los conceptos que se relacionan con el trastorno de ansiedad generalizada, tomando como base para esto a la definición del constructo de ansiedad.

De acuerdo con lo descrito, es preciso señalar que la ansiedad fue una temática de creciente interés desde comienzos del siglo XX, especialmente en el ámbito de la psicología, siendo considerada como una respuesta emocional básica en la ocurrencia de numerosas problemáticas de salud mental y una de las principales manifestaciones de disfunciones en esta área de la salud, hasta el punto de orientar gran cantidad de investigaciones. Sin embargo, es un concepto caracterizado por cierta ambigüedad y de contrariedades entre expertos respecto a su comprensión y al enfoque o técnicas señaladas para su manejo, siendo percibida de forma contrastante por los modelos psicodinámico, humanista, existencial, conductista, psicométrico, cognitiva y cognitivo-conductual, siendo estos últimos algunos de los más empleados actualmente para su abordaje Casas, D., Maya, A., Rodríguez, J. (2009)

Por otra parte, Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2015) refieren que para clarificar el concepto de ansiedad es necesario diferenciarle de términos como la angustia y el estrés, que han sido constante objeto de confusiones en este plano llegándose a considerar sinónimos en algunos casos. Respecto a esto, López-Ibor (1969) citado por Sierra et al, (2015) estableció que la ansiedad y la angustia son conceptos diferentes, argumentando que en éste último se da un predominio de las manifestaciones físicas, mientras que en la ansiedad son los síntomas psíquicos o cognitivos los que tienen una mayor predominancia, a pesar que ambos conceptos involucran sensaciones de ahogo y peligro inminente, sobresaltos y comportamientos de escape o de evitación, que en el caso de episodios de angustia se perciben de formas más clara y nítida.

Al respecto, se menciona que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992), denomina esta patología como trastorno de Ansiedad Generalizada (Cód. F41.1), que además de caracterizarse por un patrón de comportamiento caracterizado por la activación psicofisiológica constante, a niveles no extremadamente elevados, y la manifestación de una preocupación excesiva acerca del desarrollo de aspectos cotidianos de la vida.

Por su parte, la quinta versión del DSM V (APA, 2013) refiere que Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se define como un patrón dominante de “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” (APA, 2013, p137). Así mismo, en su estudio (Carvajal Loh, Flores Ramos, Marín Montero &

Morales Vidal, 2016) se enumera los criterios para el diagnóstico refiriendo que TAG se manifiesta por tres o más (seis) de los siguientes hechos: “Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad de fatiga, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

Antes de describir la prevalencia del TAG, cabe mencionar que las enfermedades mentales son la quinta causa de daño de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera, según Demyttenaere, K & Bruffaerts, Ronny & Posada-Villa, Jose & Gasquet, Isabelle & Kovess, Viviane & Lépine, Jean-Pierre (2004), citados por Clark & Beck (2013), quienes además afirman, que hay una tendencia al incremento en las próximas décadas. Para lo que respecta al TAG, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general los ubica como las dificultades de salud mental más comunes a nivel mundial, encontrándose una prevalencia de entre 25 y el 30% de adultos que presentan por lo menos un trastorno de ansiedad (Clark & Beck , 2013).

Por lo tanto, para Esparza (2003), los trastornos de ansiedad son las problemáticas de salud mental con mayor prevalencia en los Estados Unidos, puesto que al menos en una etapa de sus vidas alrededor del 25% de la población experimenta por lo menos algún tipo de trastorno de ansiedad, existiendo para esta época casi 4 millones de estadounidenses con edades comprendidas entre los 18 a 54 años quienes presentaban específicamente el Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG), ante lo cual se destaca que este suele desarrollarse entre el final

de la infancia y la primera etapa de la adultez, presentándose en muchos casos de forma recidivante a lo largo de la vida.

En otros datos, Clark & Beck (2013), manifiestan que en estudios del National Comorbidity Survey Replication conocido por sus siglas NCS (NCS-R) en los Estados Unidos, se determinó para el año 2005 en una muestra representativa nacional que engloba a todas las personas que para este momento habían presentado por lo menos algún trastorno de salud mental largo de su vida que la prevalencia de los trastornos de ansiedad era del 24.9% aun cuando no se evaluó dentro de dicha categoría al Trastorno Obsesivo Compulsivo. Así mismo, se evidenció que en promedio la prevalencia de trastornos de ansiedad con referencia a trastornos de salud mental en general era de aproximadamente 18% cada año.

De igual forma, otros estudios nacionales que se llevaron a cabo en diferentes países industrializados como Australia, Gran Bretaña y Canadá evidenciaron altos niveles de prevalencia de trastornos de ansiedad en población de diferentes edades, niveles socioeconómicos, género y otras variables que los ubican como unas de las problemáticas de salud mental de más amplia difusión, teniendo en cuenta inclusive las variaciones leves que se presentan entre un estudio a otro de acuerdo con sus técnicas metodológicas, objetivos y población seleccionada. (Andrews, Henderson & Hall, 2001; Jenkins, M.E, Hayman G.D, Derwent 1997; Canadian Community Health Survey, 2003; citados por Clark & Bell, 2013). Cabe destacar de igual manera que en estudios realizados a nivel internacional como la Iniciativa de Estudio de la Salud Mental Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se determinó que la categoría de trastornos de ansiedad era la de mayor prevalencia a nivel mundial en todos los países exceptuando a Ucrania y mostrando una prevalencia anual de entre el 2.4%

en China y un 18.2% en los Estados Unidos (OMS, Consorcio para el Estudio de la Salud Mental Mundial, 2004; citado por Clark & Bell, 2013).

Por su parte, en Colombia el Ministerio de Protección Social (2003), confirmó en su Estudio Nacional de Salud Mental que los trastornos de ansiedad en general eran las problemáticas de salud mental de mayor prevalencia en el país con alrededor del 19% de la población, seguidos por los trastornos del estado del ánimo donde la depresión mayor destacó como la problemática de mayor prevalencia. Previamente a este estudio se habían realizado diferentes aproximaciones en el país para conocer el nivel de prevalencia de los trastornos mentales, como por ejemplo un estudio de Torres de Galvis (2000), quien evidenció en Colombia el trastorno depresivo mayor prevalecía a lo largo de la vida en un 19.6% de la población y los trastornos de ansiedad en un 3.1%, aunque las cifras a nivel de prevalencia anual fueron mayores para esta última categoría. También, se identificó de acuerdo con Gómez & Rodríguez (1997) que los trastornos de ansiedad y la depresión mayor fueron las enfermedades mentales de mayor incidencia en Colombia al igual que a nivel mundial, añadiendo que comúnmente suelen presentarse de manera conjunta e influenciarse mutuamente.

Los síntomas del trastorno de ansiedad por enfermedad implican una amplia variedad de dificultades que abarcan la preocupación por la idea de estar gravemente enfermo, a partir de sensaciones corporales normales como ruidos en el estómago o síntomas menores como una erupción cutánea menor, junto con otros síntomas relacionados como la preocupación por tener o por contraer una enfermedad o un trastorno grave, además de la preocupación por el hecho de que los síntomas menores o las sensaciones corporales signifiquen el padecimiento de una

enfermedad grave y la excesiva preocupación por presentar posibles enfermedades que sean de difícil manejo (Fiestas-Teque & Vega-Dienstmaier, 2012).

Sin embargo, las alteraciones del pensamiento que se relacionan con los trastornos de ansiedad abarcan un componente mucho más amplio que afectan de forma generalizada las diferentes áreas de vida del paciente y que varía según las particularidades de cada caso, es por esto que Clark & Beck (2013), refieren que los síntomas de los trastornos de ansiedad expresan un potencial peligro el bienestar físico y psicológico no sólo de las personas afectadas por este tipo de trastornos sino para la comunidad en general, en especial para quienes conforman el entorno social que rodea a las personas afectadas, lo cual llevó a dichos autores a establecer que la ansiedad es multifacética, puesto que conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano que trascienden la esfera personal de los pacientes afectados.

Según lo anterior, se considera que las respuestas fisiológicas automáticas que normalmente se presentan en presencia de una amenaza o de un peligro se estipulan como respuestas de protección propias del sistema nervioso autonómico simpático y se encuentran observadas en animales así como en los humanos en los ambientes que provocan miedo y que preparan al organismo para afrontar en un potencial peligro ya sea huyendo o en posición de lucha conocido este término como respuesta de “lucha” o huida (Villanueva, 2018). Además, teniendo en cuenta este concepto, hay que destacar que las características principales de este tipo de mecanismos nerviosos a nivel conductual son las respuestas de abandono o evitación, que en general están orientadas a la búsqueda de seguridad, que a nivel cognitivo son procesadas como

un estado interno de ansiedad y desde el sistema de respuesta afectivo implican un considerable nivel de activación cognitiva y fisiológica conjunto que exacerba la experiencia subjetiva de la ansiedad y puede conllevar a comportamientos precipitados que ponen en peligro la propia integridad o la de otras personas (Ramírez, 2017).

Por otra parte, analizando las bases biológicas sobre las cuales se desarrollan los trastornos de ansiedad es importante mencionar según Barlow (2002); citado por Clark & Bell (2013), que hay una posibilidad importante de que se produzca una transmisión genética diferente para la ansiedad y para la angustia, llevando así a tomar de forma más separada ambos conceptos. De igual manera se considera según Salazar (2014), que es necesario tener en cuenta los factores relacionados con la historia personal del paciente con trastornos de ansiedad para establecer la presencia de variables biológicas puesto que suelen ser comunes antecedentes de familia en este tipo de problemáticas, sugiriendo así una posible heredabilidad de los mismos.

Previamente, un estudio desarrollado por Kendler K.S, Heath A.C, Eaves L.J al, (1992); citados por Clark & Beck (2013) estableció la existencia de una descubrió también una predisposición genética común para el desarrollo de depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada que estaba determinada por la exposición situaciones a lo largo de la vida que determina la activación de estos trastornos en algunas personas, mientras que en otras la predisposición se mantiene latente y en condiciones de heredabilidad a sus descendientes. También en dicho estudio se relacionan una interacción entre factores ambientales y cognitivos que determinan en forma específica el tipo de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo que desarrollan las personas.

Desde este enfoque psicobiológico es importante también tener en cuenta de acuerdo con Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2015), que para la comprensión de los trastornos de ansiedad el papel que desempeña en su expresión el ácido gamma-aminobutírico (GABA) que es un neurotransmisor que se encuentra en las neuronas de la corteza cerebral frontal y pre-frontal cuya función es inhibir o reducir la actividad neuronal de esta zona y por ende es fundamental en procesos cognitivos y sus correspondientes respuestas comportamentales con referente a situaciones de miedo o estrés, ayudando a controlar las reacciones cognitivas, afectivas y comportamentales de miedo y la ansiedad cuando las neuronas se encuentran excesivamente estimuladas por estas sensaciones.

Otro elemento importante a tener en cuenta para la comprensión de la ansiedad desde un punto de vista psicobiológico es el sistema neurotransmisor serotoninérgico, puesto que la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT) es una sustancia fundamental para el funcionamiento adecuado del sistema nervioso de vertebrados e invertebrados que se encuentra vinculada con las conductas de alimentación y los estados emocionales como ansiedad, alegría y la depresión, encontrándose que los déficits en la regulación de la serotonina pueden conducir a desórdenes psiquiátricos de fuerte impacto social (Cabrera, 2018).

Al respecto, Noyes & Hoehn-Saric, (1998); citado por Clark & Bell (2013), refieren que en los trastornos de ansiedad es usual que el paciente registre niveles bajos o inestables de serotonina, a pesar que se encuentran variaciones en los resultados descritos por diferentes pruebas neurofisiológicas; aun así el sistema serotoninérgico tiene como dentro de sus funciones

la regulación la ansiedad en órganos como la amígdala, las regiones septohipocampal y cortical pre frontal, de modo que influye de forma directa sobre las manifestaciones de ansiedad o de forma indirecta modificando la función de otros neurotransmisores que están involucrados en el control de estas reacciones.

En lo que respecta al tratamiento cognitivo conductual (TCC), en donde están incluidas diversas teorías entre las cuales están la terapia Cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva conductual de Ellis, donde la conducta se explica como el resultado de la interpretación de la realidad y de los contenidos de los esquemas del pensamiento, es decir, como dice Cabrera (2018), no reaccionamos a la realidad exterior, sino a la realidad subjetiva creada por los procesos cognitivos. Es obvio suponer que, dentro de esta concepción, los trastornos son vistos como una representación errónea de realidad, y las consecuentes reacciones conductuales a estas representaciones. El TCC se centra en ayudar a las personas a conectar los pensamientos, sentimientos y sus conductas de manera funcional. En principio se diseñó para sintomatología depresiva y ha tenido modificaciones para poder tratar los trastornos.

Dentro de este marco y para la intervención de las problemáticas asociadas al TAG, la terapia cognitiva de Aaron Beck, según refieren Clark & Bell (2013), es una estrategia de manejo de alta eficacia para el manejo de la sintomatología de este tipo de trastorno, puesto que interviene directamente sobre los pensamientos catastróficos que se constituyen como características centrales de esta problemática de salud mental, haciendo posible también la prevención y el manejo de las respuestas conductuales de evitación y huida ante situaciones que la persona desde su perspectiva considera como amenazantes. También este tipo de terapia

permite intervenir sobre los pensamientos de preocupación anticipados a la situación considerada amenazante, el temor a la preocupación y las percepciones de incapacidad por controlar este tipo de reacciones, incluyendo en el plan de tratamiento estrategias para favorecer la alianza terapéutica y la adhesión al mismo (Beck y Freeman 1990; J. Beck, 1995; citados por Clark & Bell, 2013).

Por su parte, se consideró igualmente la importancia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), propuesta por el psicólogo neoyorkino Albert Ellis para el manejo de la ansiedad desde el enfoque cognitivo, la cual sustenta mediante el modelo “ABC” que el acontecimiento (A: Activating Event) no es el que determina pro sí mismo el estado o la reacción emocional de la persona que sería definida como (C: por Consequence), sino más bien que el significado que se le otorga a dicho acontecimiento y las creencias sobre el mismo desde la perspectiva y antecedentes experienciales del individuo (B: Belief System) es el constructo que determina el estado emocional. El objetivo principal de esta terapia es que las personas puedan identificar la forma en que su sistema de pensamientos y creencias les lleva a tener estados y reacciones emocionales poco adaptativos, para así modificar “pensamientos irracionales” y reemplazarlos por otros más “racionales” o eficientes, disminuyendo las afectaciones emocionales y las conductas auto derrotistas, para favorecer la sensaciones de plenitud (Ellis y Becker, 1982; Ellis y Bernard, 1994; citados por Cabezas & Lega, 2006).

En síntesis, estos dos tipos de terapia son algunos de las modalidades de intervención de mayor utilización para el manejo de los trastornos de ansiedad dese el modelo cognitivo-conductual aunque no son las únicas estrategias para tal fin, recalando siempre que aun

implementado dichas terapias se requiere de una evaluación particular para las condiciones de cada caso. No obstante, hay que reiterar nuevamente que los trastornos de ansiedad son las problemáticas psicológicas más comunes en la población general, no obstante hay diferencias considerables en la prevalencia que tienen los tipos específicos de estos trastornos y así en el tratamiento indicado para cada uno de ellos. De esta manera en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se establecen los criterios diagnósticos para cada trastorno de ansiedad junto con detalles importantes para su manejo (Clark & Bell, 2013).

Partiendo de lo anterior, hay que señalar que en el área de salud mental en los centros de reclusión penitencia existen diferencias importantes en la prevalencia de trastornos psicológicos que tienden a ser considerablemente más frecuentes que en el resto de la población, sin embargo el interés por investigar este tema es reciente a nivel internacional; de tal manera en España, se encontró para el año 2003 un 3% de reclusos con sintomatología psicótica positiva, 16% con problemáticas de depresión, 35% con trastornos de ansiedad y el 46% más con comportamientos desadaptados y/o incongruentes (Arroyo, 2006; citado por Uribe et al, 2012).

En el contexto colombiano, se registraron estudios similares reseñados por Uribe et al, (2012) donde se hallaron como cifras destacadas que un 20% de los internos de centros penitenciarios presenta riesgo suicida, además de sensaciones de desesperanza y depresión, de la misma manera se indicó que la prevalencia de suicidios en reclusos es mayor que en la población civil externa, tal como sucede con la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, la ansiedad y los trastornos psicóticos. Otro postulado que se destaca al respecto según Crespo

(2006); citado por Uribe et al, (2012) es que los reclusos suelen ser objeto de un proceso que se denomina “prisionización”, es decir la adopción de conductas diarias y costumbres propias del contexto carcelario donde se resalta desde el punto de vista psicológico una desproporción en sus reacciones emocionales y cognitivas frente a diferentes situaciones, tendencias a manifestar comportamientos fluctuantes de sumisión y agresión, sensaciones de fatalismo, baja introspección, baja motivación y baja autoestima, junto con dificultades para evaluar consecuencias del propio comportamiento.

Teniendo en cuenta las problemáticas descritas anteriormente en dicho entorno y las prevalencias encontradas, se encuentra que las patologías predominantes de la población mundial en el campo de la salud mental guardan ciertas similitudes con las que presenta la población carcelaria, con la diferencia que estos últimos presentan prevalencias más altas. En relación con esto, se destaca de acuerdo a López et al, (2006); citados por Uribe et al, (2012) que la depresión y la ansiedad son la principal causa de discapacidad en personas mayores de 15 años, siendo problemáticas que disminuyen drásticamente la calidad de vida, la percepción interna de bienestar, el rendimiento laboral y el ajuste social de quien los padece.

Es preciso destacar el papel que desempeña el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario - Pamplona, lugar donde se desarrolló el presente estudio. Puesto que ofrece acompañamiento psicológico a las personas privadas de libertad en este municipio. El presente estudio de caso, es el resultado del ejercicio de las prácticas clínicas supervisadas, que permitían la interacción directa con las personas privadas de libertad, así como el desarrollo de

las competencias necesarias para el ejercicio profesional como psicólogo clínico. Lo que permite que este ejercicio aumente las posibilidades de contar con más estudios científicos y se disminuya la brecha entre la academia y la realidad social.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar un tratamiento de intervención psicológica en un caso con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, desde el modelo cognitivo conductual.

Objetivos Específicos

Evaluar sintomatología presente del consultante, con el fin de elaborar un diagnóstico clínico.

Definir los objetivos terapéuticos a partir del diagnóstico establecido.

Implementar un tratamiento de intervención psicológica en un caso con diagnóstico de trastorno de Ansiedad Generalizada y medir la efectividad del tratamiento.

Método

Participante

Estudio de caso único con un consultante de 25 años de edad, de sexo masculino, con escolaridad bachiller, recluso en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Pamplona, unión libre y padre de dos hijos, El mayor de 5 años, seguido por una niña de 3 años, quienes viven en la ciudad de Cúcuta. Acude al servicio de psicología del establecimiento por voluntad propia, quien solicita que sea valorado y atendido de manera urgente por psicología, ya que su estado emocional actual representa riesgos para su integridad física y emocional y la de su grupo familiar por problemáticas de síntomas recurrentes de episodios de impaciencia, preocupación excesiva por la familia, por la pareja (celos), dificultad para dormir, pesimismo en general y acerca de su propia vida.

Instrumentos de Exploración

Entrevista abierta.

Se implementó una entrevista abierta con una estructura básica en la que dio inicio con el encuadre, explicando el objetivo y metodología de la misma; seguido por un momento de diálogo e indagación con respecto al motivo de consulta, evolución, implicaciones y delimitación de las problemáticas del consultante, temores y expectativas sobre el proceso. Por último, se realiza un cierre con las conclusiones y retroalimentación de la información compartida.

Formato De Evaluación Psicológica.

Se utilizó el formato de Evaluación Psicológica proporcionado por la oficina de Atención y Tratamiento (ver anexo B). La implementación se realizó de forma simultánea a la entrevista abierta durante las dos primeras sesiones del proceso, de tal forma que se pudiera profundizar en cada área acorde a como se fuese dando el desarrollo de la sesión. Las áreas de abordaje del formato inician con los datos personales del interno, seguido por el estado de salud, estado mental, esquema cognitivo conductual entre lo que se incluye autoestima, locus de control, necesidad de atención psicológica, apoyo social intrínseco y extrínseco. Desde el contexto del establecimiento, manejo de estrés, expectativas, proyecto de vida. Posteriormente, se abordan los aspectos como etapas evolutivas cronológicas, áreas de desarrollo social conformadas por área de desarrollo, historia escolar, historia laboral, vida emocional, vida social, convivencia en el establecimiento, vida de pareja consecutivamente sexualidad, antecedentes de farmacodependencia, historia delictiva. Así mismo observaciones generales del usuario donde se describe el examen mental, impresión diagnóstica según los criterios del DSM V, se describe el plan de tratamiento y por último están las plantillas para registrar el seguimiento terapéutico sesión a sesión.

Análisis funcional

Una vez realizada la entrevista y el diligenciamiento del formato de Evaluación Psicológica, se planteó el análisis funcional para explicar el comportamiento y, con base a esta explicación, establecer los objetivos de tratamiento para el consultante, así como las técnicas de intervención

pertinentes para lograrlo. Por lo tanto, el análisis funcional orienta la evaluación e intervención, representa el puente necesario entre ambas y puede ser revisado siempre que se necesite (Zenón, 2016). El análisis funcional elaborado incluyó los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta, problema, descripción de los problemas, historia personal, evaluación sincrónica, evaluación diacrónica (factores de predisposición, adquisición, mantenimiento y protectores), dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados a salud), contextos (académico laboral, familiar, pareja sexual, condiciones ambientales y estímulos discriminatorios), formulación de hipótesis (problema e hipótesis), análisis explicativo (repertorios de autocontrol, autoconocimiento, repertorios para modificar el ambiente, regulación verbal del comportamiento, identificación de conducta, conducta clínicamente relevante y función explicativa), diagnóstico diferencial, diagnóstico y plan de intervención.

Consentimiento informado

Se implementó el formato de Consentimiento Informado para Mayores de Edad, (Ver anexo A). 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. Fue diligenciado por parte del consultante y psicólogo en formación, posterior a la presentación y el encuadre del proceso terapéutico.

Instrumentos de Evaluación

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Aarón Beck (1996).

Este cuestionario de autoevaluación; fue creado originalmente por Aarón Beck y sus colaboradores en 1961 y cuenta con más de 500 estudios publicados que certifican sus valor psicométrico en personas con criterios clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación. Este instrumento es de los que frecuentemente más se utiliza para medir el grado de depresión. Esta conformado por 21 ítems de respuesta múltiple relacionados con síntomas asociados a la depresión, evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Que en su mayoría son los que más prevalencia tienen algunos de los síntomas que presentan son, la culpa o sentimientos como estar siendo castigado, destacando también la ausencia de sintomatología motora y de ansiedad; así como otra sintomatología asociada al estado físico (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Aarón T. Beck y Robert A. Steer. (1996).

Su autor es Aarón Beck y Robert Steer, su última revisión en versión española fue en el 2011; está compuesta por 21 ítems que mide de manera auto informada los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, “casi no podía soportarlo”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. Es uno de los cuestionarios con mayor trayectoria en el ámbito

clínico e investigativo en lo relativo a la evaluación de la ansiedad, específicamente de la gravedad percibida respecto a los síntomas presentes, por lo cual posee una gran confiabilidad, no solo a nivel estadístico sino a nivel práctico. El cuestionario consta de 21 ítems tipo Likert, que evalúan la dimensión general de ansiedad a partir de dos factores, el somático y el de síntomas afectivo-cognitivos, presenta un Alpha de Cronbach de .93, y se maneja un punto de corte de 13 puntos para indicar presencia de sintomatología que precisa atención clínica (Sanz, 2014).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en nueve sesiones, distribuidas en tres meses. La descripción completa y detallada del proceso terapéutico puede consultarse en el (anexo E) en el cuadro de sesiones, o de manera resumida en el (anexo F), resumen del proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. El proceso terapéutico se ejecutó en tres etapas, que se describen de la siguiente manera:

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.

En la primera etapa, que abarcó las primeras dos sesiones, con duración de 60 a 90 minutos cada una, con una frecuencia semanal, se llevó a cabo la evaluación del consultante a través de diversos métodos que permitieron una evaluación integral.

En esta etapa se dio inicio al rapport y se hizo la valoración del caso, a través de la recopilación, interpretación y análisis de la información obtenida de la entrevista abierta, formato

de evaluación psicológica, análisis funcional y los instrumentos de evaluación psicométrica, como fueron el inventario de Depresión (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), así como la validación de los criterios diagnósticos del DSM-5. Esta etapa finalizó con la devolución de los resultados de la evaluación, explicación y psicoeducación del diagnóstico referido y junto al consultante se delimitaron las problemáticas y se plantearon los objetivos terapéuticos a tratar, a saber, fortalecer la relación con su pareja e hijos enfocada principalmente a la regulación emocional.

Segunda etapa: Intervención.

Las sesiones realizadas en esta etapa, de la tercera a la sexta tuvieron una duración de 90 a 120 minutos aproximadamente, la duración fue acorde a la complejidad de cada sesión. Esta etapa estuvo subdividida en tres momentos, seguidos de la devolución de resultados y de una psicoeducación sobre el tratamiento cognitivo conductual. El primer momento se desarrolló durante las sesiones tercera y cuarta que estuvieron enmarcadas en la Terapia Cognitiva de Beck, bajo el cual las intervenciones implicaron técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es la identificación y consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; así mismo, se utilizó la respiración diafragmática, debate de Creencias, de igual manera se implementó la Terapia Racional Emotiva Conductual, que se realizó con el propósito de fortalecer el proceso. Un segundo momento, estuvo constituido por la quinta sesión, cuyo plan fue la Aplicación de los instrumentos, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). El tercer momento de la etapa de intervención, fue la sesión seis donde el cierre del proceso que incluyó la devolución de los resultados obtenidos en la

evaluación post, resaltando los cambios positivos y comparando los resultados de la evaluación psicométrica con lo trabajado sesión a sesión. Igualmente se generan compromisos por parte del consultante con respecto a las estrategias a implementar para mantener los cambios positivos y procurar la evitación de las crisis. Se da por terminado el proceso tras las recomendaciones y agradecimientos pertinentes.

Fase de intervención

Formulación del caso clínico

Nombre: J.J.M.A. **Edad:** 25 años **Fecha de nacimiento:** 20/05/1993

Escolaridad: Bachiller **Ciudad:** Cúcuta **Estado civil:** Unión Libre

Religión: Cristiano **Ocupación:** Agricultor

Hijos: Dos. Niño 5 años, Niña de 3 años.

Antecedentes Psiquiátricos: Ninguno.

Familiograma:

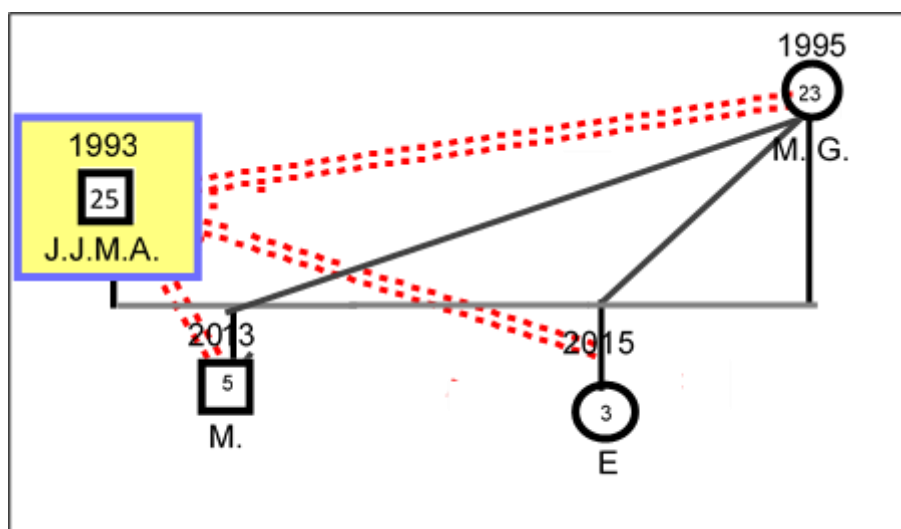


Figura 1: *Familiograma*

Tipología: Familia Nuclear

Familia nuclear conformada por padre -madre e hijos con el cual mantienen una relación distante debido a que se encuentra condenado a veinte años de prisión por homicidio agravado. El consultante identificado es el padre, quien posee una relación distante con sus hijos, pero generalmente de tipo conflictivo, está enmarcada por la violencia psicológica de tipo verbal. La relación del padre (consultante) con la madre de sus hijos es distante, conflictiva e inestable debido a la desconfianza y la difícil situación económica que atraviesan ya que la pareja no trabaja y lo poco que consigue es por ayuda de los familiares.

Tabla 1. *Descripción familiar*

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
J.J.M.A.	Padre	25 años	Primaria	Agricultor	Consultante
M.G.	Madre	23 años	Primaria	Ama de Casa	Conflictiva
M.	Hijo	5 años	Transición	Estudiante	Conflictiva
E.	Hija	3 años	-	-	Conflictiva

Nota: *Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención. Para hacer cálculos de la edad actual se recomienda acudir a la fecha de nacimiento registrada en el familiograma. **El grado de escolaridad en el que se encuentra la hija corresponde al momento de la primera atención, para el final del proceso terapéutico la hija había ascendido de grado.

Motivo de consulta.

El consultante refiere *“Es que tengo mucho desespero, no me hayo y no me puedo estar quieto, tengo dificultad para descansar, impaciencia (irritabilidad), quisiera salir corriendo, pero aquí como”*.

Descripción del motivo de consulta.

El consultante evidencia síntomas de recurrentes episodios de impaciencia, preocupación excesiva, dificultad para dormir, pesimismo en general y acerca de su propia vida.

Problemas

Pesimismo en general y acerca de su propia vida (Aprehensión).

Problemas de Sueño (Dificultad para Dormir).

Anticipación aprensiva (ansiedad y preocupación excesiva).

Dificultad para afrontar las situaciones estresantes y control de la ira (Irritabilidad).

Presunta Infidelidad.

Descripción del problema

El consultante refiere que en un período de aproximadamente dos años ha experimentado constantes sensaciones de tensión física y mental que le dificultan en gran manera mantenerse relajado, también manifiesta que durante este período de tiempo fue remitido en el instituto penitenciario a una consulta por psicología con el motivo de su constante estado de tensión y preocupación que le impedía tener una adecuada cantidad de sueño, mismo que no le era reparador, también se destacaron algunos de sentimientos de inferioridad y dificultades de adaptación al contexto carcelario, presentando constantes manifestaciones de ansiedad como

palpitaciones, sudoración y temblores sin motivos aparentes en algunas de las situaciones de diaria convivencia con otros reclusos dentro del establecimiento carcelario.

A esta sintomatología se añadieron dificultades para concentrarse en numerosas actividades diarias y tendencias a irritarse con facilidad que le llevaron a verse involucrado en constantes peleas con compañeros de reclusión, de igual manera cabe resaltar constantes pensamientos de preocupación durante las noches que le impedían conciliar el sueño con facilidad, siendo recurrente el temor ante una posible infidelidad por parte de su pareja y de poder perderla junto a sus hijos debido a la duración de la condena imputada.

Historia personal.

El consultante (J.J.M.A.) es el menor de 3 hijos, de padres separados, cuyo padre no conoció. La relación con su madre ha sido cordial, refiere que desde su infancia experimentó el buen trato por parte de su madre y el trato un poco hostil con respecto a sus hermanos, escaso apoyo y afecto.

A sus 20 años tiene su primer hijo, actualmente la relación con el niño es distante conflictivo, A los 22 años de edad tiene su segunda hija, la relación con la niña es distante y de tipo conflictivo ya que la madre todo el tiempo les habla mal de él a los niños.

Evaluación sincrónica.

Cuando él no estaba interno en el establecimiento era él quien asumía toda la responsabilidad económica de la casa en la que vivían en arriendo, la pareja solo se dedicaba a las labores del

hogar y a velar por el cuidado de los niños, sin embargo ahora vive preocupado porque él no sabe cómo está haciendo ella para responder por todo, aunque en algunas ocasiones la madre contribuye o es proveedora económicamente. Refiere que constantemente tiene sentimientos de desconfianza hacia ella relacionado con celos, porque ella ha cambiado mucho con él, y manifiesta poco interés por visitarlo al establecimiento y se niega a traer a los niños, los niños cuando hablan con él le recriminan del porqué, están solos y que su mamá todo el tiempo presenta irritabilidad y trasciende en hechos violentos, lo que le genera situaciones estresantes de forma recurrente con respecto a su pareja, lo que afecta no solo la estabilidad emocional del consultante, sino la relación de parentalidad de estos con cada uno de sus hijos.

El no tener una relación afectiva estable con su pareja y sus hijos, acentúan sus dificultades de tensión, preocupación, y sentimientos de inferioridad

Evaluación Diacrónica.

Factores de Predisposición:

Predisponentes: antecedentes familiares de ausencia de figura paterna. Trato hostil con respecto a sus hermanos, poco apoyo y afecto y condiciones socio-económicas.

Precipitantes: la mala condición económica. Relación afectiva inestable con su pareja y sus hijos.

Factores de Adquisición:

Circunstanciales: pautas de crianza enmarcada en figuras de autoridad rígidas con carencia de apoyo y afecto.

Factores de Mantenimiento:

En el entorno carcelario donde habita prevalece la violencia como estilo de vida.

Factores Protectores:

Búsqueda de apoyo de amigos o profesionales de la salud.

Adherencia al proceso terapéutico, el que percibe como una forma de autoayuda.

Dominios.***Emocional afectivo:***

Presenta constantes cambios emocionales, asociados a su dificultad de afrontar situaciones que percibe como estresantes.

Cognoscitivo verbal:

Se evidencia un desarrollo cognitivo y del lenguaje adecuado para su edad, nivel educativo y cultural; con pensamiento y lenguaje fluido y coherente, aunque con tendencia a la manipulación.

Interacción:

Se evidencia aparente interacción adaptativa con la mayor parte de los internos y la guardia, sin embargo en algunas ocasiones se torna violento.

Repertorios relacionados a salud:

Se evidencia interés por el arreglo personal y refiere preocuparse por su autocuidado.

Contextos.***Académico laboral:***

El nivel de escolaridad del consultante es bachiller, sin embargo se dedica a la carpintería en el establecimiento penitenciario.

Familiar:

Mantiene un vínculo con su pareja y sus dos hijos con los que tiene una relación distante y conflictiva. El único familiar cercano que refiere el consultante, es la madre con quien mantiene una relación amable y cordial.

Pareja sexual:

Su pareja sexual suele ser su pareja sentimental.

Condiciones ambientales:

El contexto social es de estrato socioeconómico nivel uno, ubicado en medio cultural de baja escolaridad, consumo de alucinógenos y alcohol y donde la violencia es parte de la vida diaria.

Estímulos discriminativos:

La percepción del consultante de ser desafiado e irrespetado por su pareja e hijos .La percepción del consultante acerca de la infidelidad de su pareja.

Formulación de hipótesis.

Problema.

El Consultante acude al servicio de psicología del establecimiento por voluntad propia, quien solicita que sea valorado y atendido de manera urgente por psicología, ya que su estado emocional actual representa riesgos para su integridad física y emocional y la de su grupo familiar por problemáticas de síntomas recurrentes de episodios de impaciencia, preocupación excesiva por la familia, por la pareja (celos), dificultad para dormir, pesimismo en general y acerca de su propia vida. Siendo esta la primera vez que presenta estos síntomas.

Hipótesis.

Las creencias y pensamientos disfuncionales del consultante respecto a la manera de mantener las relaciones parentales disfuncionales, ya que no hay certeza de como es el verdadero funcionamiento de estas mientras se encuentra recluido en el establecimiento.

Análisis explicativo

Repertorios de autocontrol.

Presenta dificultad para regular la reacción agresiva de su estado emocional y síntomas recurrentes de episodios de impaciencia, preocupación excesiva por la familia, por la pareja (celos), dificultad para dormir, pesimismo en general y acerca de su propia vida. Sin embargo se evidencia que el consultante ha intentado implementar la evitación cognitiva como medida de regulación

Autoconocimiento.

El consultante logra reconocer que la reacción agresiva de su estado emocional (irritabilidad) es una conducta disfuncional, sin embargo, sus creencias le llevan a problemas más acusados como las preocupaciones excesivas acerca de la infidelidad de su pareja y el irrespeto por parte de sus hijos.

Repertorios para modificar el ambiente.

Acude al grupo de oración cada ocho días (jueves), con el fin de mejorar sus ideas acerca de la vida y de sí mismo. Participa de las diferentes actividades que se realizan en el establecimiento desde la oficina de Atención y Tratamiento Penitenciario con el apoyo del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona.

Regulación verbal del comportamiento.

El consultante utiliza verbalizaciones relacionadas con la forma en que cree que debe ser el comportamiento de su pareja y el de sus hijos. *“estoy cansado de que mi esposa siempre me diga mentiras”, “tendría que haberme dado cuenta de que no era una buena mujer”, “debería haber elegido otra madre para mis hijos”.*

Identificación de conducta.

- a) Pesimismo en general y acerca de su propia vida.(Aprehensión)

- b) Problemas de Sueño (Dificultad para Dormir).
- c) Anticipación aprensiva.(ansiedad y preocupación excesiva)
- d) Dificultad para afrontar las situaciones estresantes y control de la ira (Irritabilidad).
- e) Presunta Infidelidad

Conducta clínicamente relevante.

CCR: Ante la explicación del terapeuta sobre las consecuencias de la irritabilidad permanente, el consultante logra reconocer que son conductas disfuncionales que estaban perjudicando su estabilidad emocional, mental y social.

Función explicativa.

Las reacciones cognitivas y conductuales del consultante tienen como función reafirmar sus sentimientos de estar impaciente, preocupado excesivamente por la familia, por la pareja (celos), de tener dificultad para dormir, y presentar pesimismo en general y acerca de su propia vida.

Diagnóstico diferencial.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno de ansiedad crónica que, según el DSM-5, “se define esencialmente por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas durante la mayor parte del tiempo en un periodo mínimo de seis meses” (American Psychiatric Association, 2013, p.137).

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con elevados niveles de comorbilidad con otros problemas psicológicos. Más del 90% de los pacientes que durante su vida cumplen los criterios de trastorno de ansiedad generalizada también los cumplen por lo menos para otro trastorno (Bruce, Machan, Dyck y Keller, 2001), y estudios prospectivos indican que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo específico para el desarrollo de otros trastornos de salud mental, en particular depresión mayor (Bruce et al., 2001). El trastorno de ansiedad generalizada también se asocia con una disminución significativa en la calidad de vida (Hoffman, Dukes y Wittchen, 2008). Además, los individuos con este trastorno hacen más visitas médicas al año que otros pacientes (Belanger, Ladouceur y Morin, 2005) y es más probable que busquen ayuda médica, en lugar de atención de salud mental, para sus síntomas (Wang, 2005). De hecho, el trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad que más se encuentra entre los pacientes de atención primaria (Ballenger, 2001).

Estudios descriptivos del trastorno y la preocupación han revelado correlatos afectivos, cognitivos e interpersonales que pueden tener implicaciones importantes para el tratamiento. La investigación fundamental de Borkovec reveló que, según los autorreportes, la preocupación cumple una función de evitación porque se percibe que está asociada con la disminución de la probabilidad de sucesos negativos cuya tasa base ya era baja y por la reducción ya mencionada en la activación fisiológica (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).

Impresión Diagnóstica:**300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada.**

De acuerdo con las manifestaciones que presenta el paciente se considera que cumple con los criterios diagnósticos para Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1), refiriendo al respecto constantes sensaciones de ansiedad que se manifiestan a nivel cognitivo, comportamental y afectivo, destacando preocupaciones excesivas acerca de diferentes temas junto con un marcado componente de anticipación aprensiva respecto a su temor a ser objeto de infidelidad por parte de su pareja y perder así su núcleo familiar, dichas manifestaciones se hacen presentes de forma significativa la mayor parte del día durante un período que sobrepasa el mínimo estipulado de seis meses y se ve remarcada en relación con diversos sucesos o actividades, siendo para el individuo de gran dificultad controlar su preocupación.

De esta manera, a las manifestaciones de ansiedad se asocian síntomas como inquietud o sensación de estar atrapado o con los “nervios de punta”, dificultades para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad y dificultades de sueño, que en su caso abarcan dificultad para dormirse y sueño no reparador, cumpliendo así con más de tres criterios (4) de los 6 estipulados por el DSM-5 para ser catalogado como un trastorno por ansiedad generalizada.

Presenta comorbilidad con:**296.21 (F32.0) Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo. Gravedad Actual: Leve**

Algunos de los siguientes síntomas están presentes y son típicos de las personas que padecen algún trastorno del estado del ánimo, por lo cual son fundamentales para la realización de un correcto diagnóstico, entre los cuales se consideran:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza)
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.

Plan de intervención

Aplicación de técnicas cognitivo conductuales (Ver anexo f)

Psicoeducación.

Explicación detallada y adaptada al consultante sobre el modelo terapéutico, a las emociones, cómo se manifiestan. Seguidamente, se encuadran las problemáticas y objetivos terapéuticos en el modelo cognitivo conductual enfatizando el papel que juega el pensamiento en distorsiones cognitivas y como estas se vuelven reforzadores que forman un círculo de pensamientos y conductas desadaptativas. Combinándose con entrenamiento en ejercicios de respiración diafragmática.

Terapia Cognitiva de Beck.

Las intervenciones implicaron técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo era la identificación y consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; así mismo, se utilizó la respiración diafragmática.

Terapia Racional Emotiva Conductual

A través del modelo ABC, que sustenta que la interpretación (B) que se hace de un evento (A), genera una reacción (C) de tipo cognitivo, emocional o conductual, se busca el aprendizaje de una base de conocimiento racional que permita refutar creencias irracionales. Además del establecimiento de otras técnicas como: El Proselitismo racional, La Biblioterapia y la Inundación in vivo se espera obtener los siguientes objetivos 1) instituir creencias racionales, 2) fortalecer la detección, debatir y refutar creencias irracionales.

Prevención de recaídas

Estas sesiones están dirigidas a consolidar los objetivos obtenidos y prevenir posibles recaídas. Se resumen los aspectos abordados en la psicoeducación, así como las situaciones que afectaron al inicio, desarrollo, evolución del problema, y las estrategias y habilidades adquiridas durante la terapia. Se acuerda, la importancia de continuar practicando lo aprendido y el modo de actuar frente a posibles recaídas. Se realiza pruebas pos test para verificar la posible evolución y se recomienda seguimiento al mes de culminado el tratamiento.

Resultados

Tras seis sesiones de evaluación y tratamiento que incluyeron la implementación de diversas técnicas cognitivo conductuales enfocadas a la intervención de las problemáticas del consultante y a preservar la alianza terapéutica, se evidencia el logro de los resultados que se describirán a continuación:

Resultados de la evaluación clínica pre-tratamiento (PRE).

Los resultados de esta fase se obtienen luego de tomar a consideración la sintomatología referida, el tiempo, frecuencia de evolución, antecedentes y el análisis funcional; al finalizar la evaluación clínica pre tratamiento se postula como impresión diagnóstica: *300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada*. Así como también se definen las problemáticas asociadas al trastorno, a saber, Pesimismo en general y acerca de su propia vida. (Aprehensión), Problemas de Sueño (Dificultad para Dormir), Anticipación aprensiva. (Ansiedad y preocupación excesiva), Dificultad para afrontar las situaciones estresantes y control de la ira (Irritabilidad).

Desde el proceso de evaluación clínica pre tratamiento tuvo prevalencia el papel activo del consultante, de tal forma que tuviera la oportunidad de construir un espacio, sin juicios o presiones, donde experimentara tranquilidad para expresarse y ser tal cual era; esto permitió sentar desde el inicio las bases de un rapport que diera lugar a la aceptación y empatía entre el terapeuta y el consultante y como consecuencia se estableciera una alianza terapéutica consistente durante las fases posteriores.

Resultados del proceso de intervención

Partiendo de las problemáticas identificadas y trabajadas para el presente estudio de caso único, se puede afirmar que el tratamiento se adaptó favorablemente y fue efectivo en cuanto a los resultados logrados.

A través de la psicoeducación y las técnicas propuestas por la terapia cognitiva de Beck y la TRE de Ellis, tales como reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, discusiones cognitivas, proselitismo racional, biblioterapia, inundación en vivo, el consultante logró hacer consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; identificó pensamientos disfuncionales asociados a su inestabilidad emocional, que inicialmente percibía como normales. Con base en ello, esta fase del tratamiento estuvo enfatizada en la reestructuración de dichas distorsiones, logrando una aceptación de las consecuencias negativas y el malestar significativo que causaba para su salud mental y el bienestar de su familia.

Como resultado de este se logró considerar y emplear de manera funcional la búsqueda de apoyo profesional, la espiritualidad y la regulación emocional. Esto significa que ha aprendido a identificar en mayor medida, las situaciones en las que puede perder el control de la ira, en las que puede verse envuelto en un conflicto emocional, en las que puede estar reaccionando de forma impulsiva, en lugar de estar respondiendo de manera consciente.

Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS):

Durante el proceso de terapia se analizaban permanentemente los cambios de conducta del consultante a través de la inundación en vivo que daban cuenta de su evolución; una vez se finaliza el proceso de intervención, se realiza una evaluación clínica post tratamiento en la que se tiene en cuenta su percepción acerca del mismo, la descripción de su estado emocional, los posibles cambios en su estilo de vida y el progreso en sus problemáticas. En efecto, la evaluación clínica pos tratamiento da cuenta de que el consultante mejoró su dificultad para afrontar las situaciones estresantes y periodos de irritabilidad en la que sus hijos eran su principal preocupación. La búsqueda de apoyo profesional es parte de estas estrategias, así como el fortalecer su dimensión espiritual.

El trabajo con la terapia cognitiva de Beck, iniciado en el tratamiento, y el refuerzo con la terapia racional emotiva conductual de Ellis, conllevó a la restructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales como fueron las conclusiones precipitadas , la culpabilidad y el pensamiento polarizado o dicotómico además de las creencias irracionales , creencias desadaptativas.

Resultados de la evaluación psicométrica.

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplican el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POS en cada uno de los instrumentos se describen a continuación:

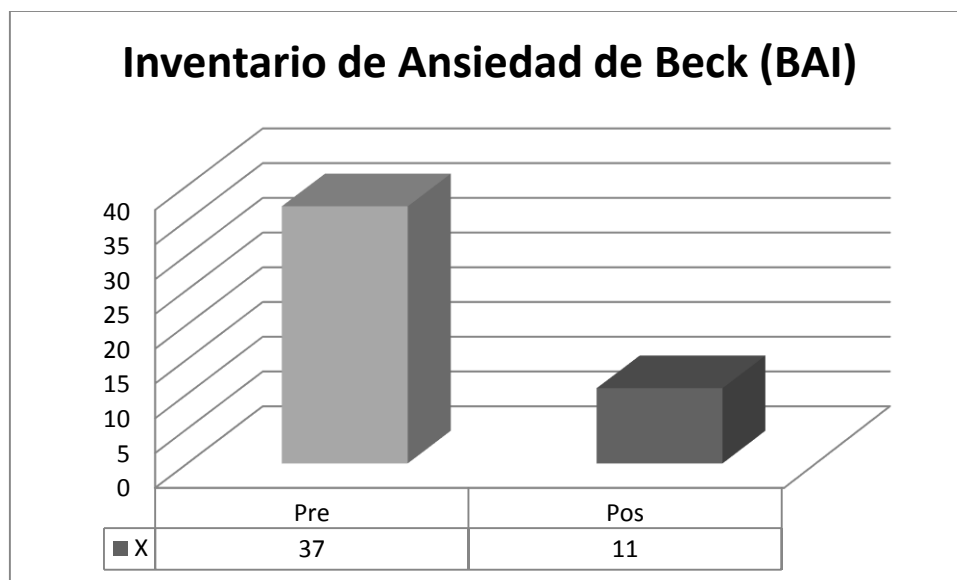


Figura 2 Resultados pre y pos Inventario de Ansiedad

En la figura anterior se muestran los resultados obtenidos en el inventario de Beck, como puede observarse en las figuras, el pre test, arrojó puntuaciones significativas en cada una de las afirmaciones de cada subgrupo donde se pudo determinar que el consultante presentaba sintomatología ansiosa moderada, Sin embargo el proceso de intervención con el consultante desde el TCC permitió que se lograran cambios demostrativos como lo podemos evidenciar en los resultados arrojados en el pos test ya que las puntuaciones estuvieron por debajo del corte de 13 para ser significativo, aportando a la confirmación de la hipótesis y corroborando la ausencia de patologías ansiosas. Tabla 2: *Puntuación y nivel de Ansiedad*

<i>Puntuación</i>	<i>Nivel de Ansiedad</i>
0-21	Ansiedad muy baja
22-35	Ansiedad moderada
Más de 36	Ansiedad severa

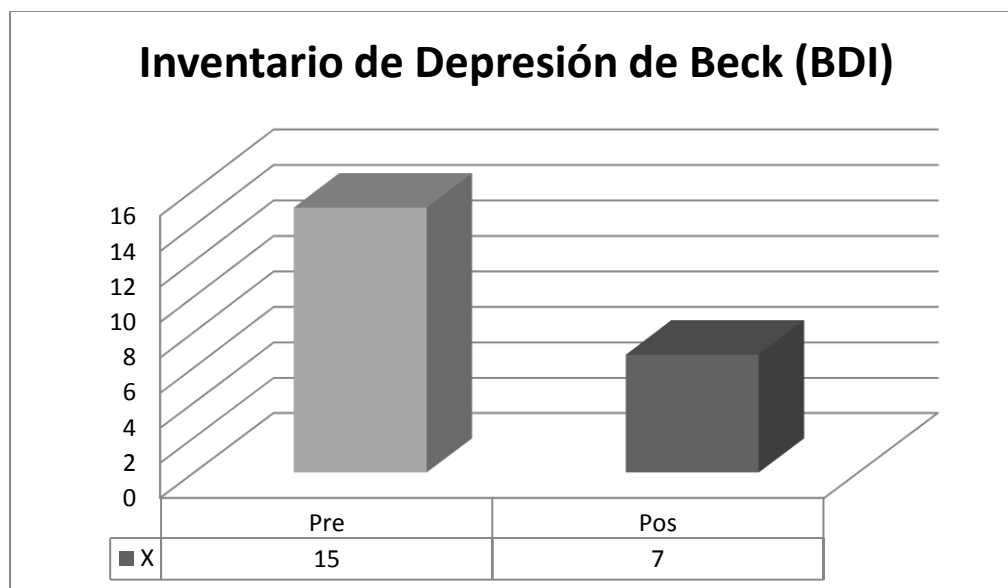


Figura 3 Resultados pre y pos Inventario de Depresión

En la figura anterior se muestran los resultados obtenidos en el inventario de depresión Beck, como puede observarse en las figuras, el pre test, arrojó puntuaciones significativas en cada una de las afirmaciones de cada subgrupo donde se pudo determinar que el consultante presentaba sintomatología correspondiente a una leve perturbación en el estado del ánimo, Sin embargo el proceso de intervención con el consultante desde el TCC permitió que se logaran cambios demostrativos como lo podemos evidenciar en los resultados arrojados en el pos test ya que las puntuaciones estuvieron por debajo del corte de 13 para ser significativo, aportando a la confirmación de la hipótesis y corroborando la ausencia de patologías depresivas.

Tabla 3. *Puntuación y nivel de depresión*

Puntuación	Nivel de Depresión
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de animo
17-20	Estados de depresión intermitentes

21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más 40	Depresión severa

Discusión

De forma posterior a la presentación de los resultados del proceso de intervención, se lleva a cabo en este apartado un análisis y discusión de los mismos teniendo en cuenta los postulados de algunos autores que se consideraron para la construcción del presente proyecto de investigación. En primera instancia, se determina que el tratamiento efectuado fue eficaz para el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de reducción de los niveles y manifestaciones de ansiedad del paciente desde el componente cognitivo, afectivo y comportamental tal como se planteó en el análisis funcional llevado a cabo al inicio del proceso.

Se evidencia mediante este proceso terapéutico que el tratamiento del TAG tal como lo refieren Fernández et al, (2014) requiere ser ajustado a las particularidades de cada paciente teniendo en cuenta los factores que caracterizan su caso en específico y la forma en que interactúan sus pensamientos, comportamientos y emociones, siendo en este caso el área de mayor énfasis aquella orientada a la resolución de problemas familiares, de problemas emocionales y el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad dadas las dificultades de convivencia registradas en el entorno penitenciario.

El análisis funcional resultó determinante para optar por un plan de tratamiento en el que se priorizó en la reestructuración cognitiva, relajación muscular, psicoeducación, respiración diafragmática, inundación in vivo y modelamiento como técnicas a utilizar desde la terapia cognitivo-conductual. Se tuvo en cuenta el tratamiento propuesto por Alizadeh et al, (2012) quienes enfatizan según el modelo de Douglas la importancia de intervenir respecto a la reestructuración de pensamientos desadaptativos como base para la disminución de las

manifestaciones de ansiedad generalizada, evidenciando su efectividad en este consultante; además de esto se evidenció que la intervención sobre dificultades interpersonales fue exitosa para el manejo de la sintomatología en el paciente tal como lo expresan Borkovec et al, (2012).

Aun así, es importante recalcar la importancia de personalizar según las particularidades de cada caso el proceso de intervención para los problemas de ansiedad, aun cuando se tomen en cuenta algunos referentes como guía de tratamiento en casos con condiciones similares, no obstante la evolución de cada paciente con las técnicas empleadas puede mostrar diferencias contundentes que en algunos casos llevar a reformular las hipótesis realizadas de forma previa durante la elaboración de la evaluación y el análisis funcional (Alizadeh et al, 2012).

También se tuvo en cuenta a Vásquez et al, (2000) y a Freeman y Oster, (2007) para diseñar el plan de tratamiento con el consultante luego de realizar el análisis funcional y evaluación del caso, destacando que estos autores también priorizan la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, relajación muscular, psicoeducación, respiración diafragmática y modelamiento dada su eficacia para establecer una reducción de las respuestas cognitivas y emocionales que el paciente manifestaba hacia estímulos condicionados, disminuyendo gradualmente su frecuencia hasta eliminar su aparición y con ello prevenir que esta sintomatología se presente en el futuro junto con nuevas problemáticas asociadas.

Respecto a esto, se consideró pertinente según lo indicado por los mismos autores que las sesiones tuvieran una duración estimada de entre 60 a 90 minutos con el fin de aplicar las correspondientes técnicas de forma efectiva, logrando mantener en el paciente un estado de regulación emocional y estableciendo un feedback para afianzar el aprendizaje de cada sesión. Lo anterior con miras a consolidar en el paciente sus propias habilidades y recursos internos para

aplicar por sí mismo estas técnicas en situaciones donde se haga necesario y mantener su control cognitivo y emocional, evitando generar una dependencia del terapeuta en momentos en donde no cuente con su acompañamiento y así prevenir recaídas.

Por otra parte, puede evidenciarse posteriormente a la realización del análisis funcional, que tal como refieren Vásquez et al, (2000); Freeman y Oster, (2007), las técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad desde el componente de reestructuración cognitiva funcionan como base para el tratamiento permitiendo resultados a corto plazo sobre los cuáles pueden irse integrando a mediano y largo plazo las demás técnicas de intervención planteadas para los demás objetivos de tratamiento, puesto que controlando dichas manifestaciones a nivel cognitivo se tiene una mayor probabilidad de efectividad y de mantenimiento de los resultados con prevención de recaídas, siendo por tanto un componente que requiere afianzarse constantemente.

Este proceso de intervención tuvo una duración de tres meses y luego de la comparación de pruebas pre y pos, el estudio de caso, logró demostrar la corroboración de la hipótesis en cuanto a la evidencia de cambios favorables en las distorsiones cognitivas del consultante que fueron específicas de su diagnóstico de TAG, lo cual marcó una reducción significativa de sintomatología impulsiva y agresiva asociada con el patrón de irritabilidad, así como un fortalecimiento en el vínculo con su pareja e hijos y otros factores como los factores psicosociales y socioeconómicos del consultante que según Vásquez et al, (2000); Freeman y Oster, (2007), son ejes fundamentales para lograr el éxito del tratamiento y la prevención de recaídas.

Para confirmar la efectividad de las técnicas del enfoque cognitivo conductual utilizadas en el presente caso, se destaca desde una parte que los componentes cognitivos tratados básicamente mediante técnicas de reestructuración y relajación junto con los componentes conductuales del tratamiento como la exposición, fueron aplicados de forma integrada y satisfactoria siguiendo los postulados expuestos por Capafons (2001), de tal manera que se evidenció que tomar en cuenta estos lineamientos permitió un proceso terapéutico exitoso en el que se espera el mantenimiento de resultados a largo plazo, dando igual nivel de importancia a ambos componentes, a diferencia de autores que tienden a priorizar por algunos de estos de forma separada.

De esta manera, se puede concluir que el tratamiento cognitivo conductual, es eficaz para aumentar las habilidades sociales, disminuir las distorsiones cognitivas y por ende las conductas disfuncionales características de las problemáticas asociadas al TAG. Según lo propuesto por Vázquez et al, (2000); Freeman y Oster (2007), puede concluirse finalmente con las evidencias de este caso único presentado, que la integración de las técnicas cognitivo-conductuales sumadas a técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales en los casos que lo requieren, son planes de intervención de alta eficacia para el manejo del Trastorno de Ansiedad Generalizada, siempre y cuando se haya realizado previamente un análisis funcional y una evaluación detallada de las particularidades de cada caso, siendo en este caso fundamental la modificación de pensamientos irracionales y desadaptativos, así como de distorsiones cognitivas, incertidumbre, preocupación anticipada, orientación pobre al problema y evitación cognitiva, que son características centrales del TAG y se evidenciaron de tal manera en el caso de J.J.M.A.

Conclusiones

Se logró cumplir con los objetivos, general y específicos del estudio de caso único, en cuanto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación de un diagnóstico acorde a la sintomatología presentada, a partir del cual se planteó un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual que, según la evaluación pos-tratamiento, resultó efectivo para la satisfacción de las problemáticas del consultante.

Al respecto de los objetivos terapéuticos se lograron cumplir favorablemente a través de la aplicación de distintas técnicas derivadas de la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis como fueron la reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales, las conclusiones precipitadas, la culpabilidad y el pensamiento polarizado o dicotómico además de las creencias irracionales y creencias desadaptativas.

De esta forma, el consultante, su pareja y sus hijos lograron una relación más cercana y afectiva, resaltando la disminución del uso de la agresión verbal. Así mismo, se evidenció una reducción de la reacción agresiva, mayor uso de búsqueda de apoyo social y profesional.

Unido a lo anterior, es fundamental el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, dado que brindan a la persona con TAG un conjunto de recursos de carácter cognitivo-conductual orientados a resolver el problema, disminuir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación, el fin es el aprendizaje de estrategias para afrontar las dificultades y las situaciones que le generan niveles de estrés.

Se encontraron algunas diferencias respecto a lo sugerido en otros estudios sobre la depresión y la ansiedad como efectos del encarcelamiento; de esta manera, se evidenció según el estudio de caso único respecto a la ansiedad que su incidencia de forma previa a la reclusión es baja, caso contrario a las manifestaciones de depresión que aparecen en el contexto carcelario sobre una base de antecedentes previos al encarcelamiento. Sin embargo, se halló concordancia respecto a la consideración de la ansiedad y la depresión como trastornos de alta peligrosidad por su tendencia a llevar a la discapacidad y elevar su riesgo suicida.

Hay que destacar que la ansiedad no es una característica implícita propiciada únicamente por el encarcelamiento en el caso analizado y que a pesar de no existir antecedentes previos al encarcelamiento, son las circunstancias externas o eventos pasados algunos de los factores que al interactuar con la situación presente conllevan el desarrollo de la sintomatología. No obstante, se determinó que es necesario el diseño de actividades de intervención promovidas por el centro de reclusión que favorezcan la evolución satisfactoria del paciente y la remisión de su sintomatología, destacando que es necesario el tratamiento y seguimiento, ante el riesgo de recaídas o de presentar un episodio depresivo mayor de manera conjunta.

Por último, teniendo en cuenta lo referido por los autores consultados y el seguimiento al caso expuesto es importante evaluar de manera conjunta algunas manifestaciones que indican riesgo de presentar un trastorno o episodio depresivo, puesto que siendo habitual la alta prevalencia del síndrome mixto ansioso-depresivo y considerando su grave impacto sobre la funcionalidad del individuo en sus diferentes áreas de ajuste es necesario intervenir de forma oportuna para prevenir una mayor afectación.

Recomendaciones

Se recomienda al consultante atención de seguimiento al mes, después de terminado el tratamiento para ayudar a mantener los logros alcanzados a largo plazo.

Es imprescindible que se trabaje con el consultante la práctica y la implementación del entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, aprendidas para asegurar el mantenimiento de los cambios donde se incluye la programación y desarrollo de rutinas trabajadas en sesión, que no detonen situaciones de estrés.

Por último, se recomienda al consultante que continúe participando de los diferentes espacios que se ofrecen en el establecimiento desde la oficina de atención tratamiento penitenciario con el apoyo de los diferentes programas de la Universidad de Pamplona, Alcaldía Municipal, como son los de tipo religioso, de recreación y capacitación con el fin de fortalecer sus habilidades sociales dado que esto representa un recurso positivo para afrontar las diferentes situaciones que se presentan dentro del establecimiento diariamente .

Como recomendación general para futuras intervenciones de problemáticas asociadas al TAG, se recomienda implementar un plan de intervención donde el consultante pueda desempeñar un rol activo desde la fase inicial y durante todo el proceso, su diseño se realice con base en las características propias del mismo, se tengan en cuenta factores del contexto tales como las condiciones socioeconómicas y factores psicosociales, las técnicas se enfoquen en el aprendizaje de creencias racionales para la prevención de recaídas y se realice seguimiento hasta dos años después de finalizada la intervención para verificar la efectividad del mismo en el tiempo.

Por último se recomienda para el trabajo en centros penitenciarios, a la hora del inicio del proceso de internación, hacer una orientación destinada al fortalecimiento de estrategias de afrontamiento así como orientación en el inicio de procesos de adaptación al medio que contribuyan a la disminución de los síntomas de ansiedad que puedan generar el nuevo entorno de privación de la libertad.

Referencias

- Acevedo, A., & Romel, C. (2013). *Propuesta de intervención clínica cognitivo conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. Tesis Psicológica, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 156-171*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139031679013>. Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Alizadeh, A., Shahverdyan, G. y Etemadi, A. (2012). *The Comparison of Cognitive Behavior Therapy with Psychopharmacological Intervention for Women with Anxiety Disorders (GAD, SAD & OCD)*. *Psychology, 3(1)*, pp. 841-847.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). *Evidence-based practice in psychology*. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada. Trabajo de Grado*. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf> Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Bados, A. (2006). *Tratando...pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Barlow, D., Esler, J. y Vitali, A. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Brown, T., O'Leary, T. y Barlow, D. (1993). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 137-188). Nueva York: Guilford.
- Brown, T., O'Leary, T. y Barlow, D. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales, en R. Fernández Ballesteros y J. A. Carrobes (comps., 3ª ed.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (pp.85-86). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (2010). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cabezas, H. & Lega, L. (2006). *Relación Empírica Entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) De Ellis y La Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una Muestra Costarricense*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/440/44030207/>. Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Cabrera, R. (2018). *Desarrollo y aplicación biológica de serotonina enjaulada. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires*. Disponible en: https://digital.bl.fcen.uba.ar/download/tesis/tesis_n6286_Cabrera.pdf. Consultado el 28 de Marzo de 2019

- Capafons, A. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada*. *Psicothema*, 13(3), pp. 442-446.
- Casas, D., Maya, A., Rodríguez, J. (2009). *Ansiedad, Depresión y/o Alcoholismo en los Trabajadores de la Empresa ISAGEN S.A. que habitan en el Campamento de la Central Hidroeléctrica Jaguas. Trabajo de Grado de Pregrado. Universidad CES Medellín*.
Disponible en:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/2780/1/Depresion_ansiedad_alcoholismo.pdf. Consultado el 27 de Marzo de 2019
- Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC). (2014). *Campo Psicología Clínica*. Disponible en: <http://colpsic.org.co/productos-y-servicios/campo-psicologia-clinica/85>. Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. (1998). *Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model*. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), pp.215-226.
- Esparza, D. (2003). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>. Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Fernández, T., Calero, A. y Santacreu, J. (2013). *Un Caso de Ansiedad Generalizada o Un Problema de Asertividad: El Análisis Funcional como Herramienta Clave para Fijar el Plan de Tratamiento*. Disponible en:
<http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/11/12>. Consultado el 28 de Marzo de 2019

- Fiestas-Teque, L. & Vega-Dienstmaier, J. (2012). *Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1309/1341>
. Consultado el 28 de Marzo de 2019.
- Haynes, S., Leisen, M. y Blaine, D. (1997). Design of individualized behavioral treatment programs using functional clinical case models. *Psychological Assessment*, 9 (4), pp. 334-348.
- INPEC (2018). *Informe Estadístico 2018 Población Reclusa a Cargo del INPEC*. Disponible en:
<http://www.inpec.gov.co/documents/20143/362591/1+INFORME+ENERO+2017.pdf/4536c626-847c-72ef-a667-82982104fd1d?version=1.0>. Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Labrador, F. (2008) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F., De la Fuente, M. y Crespo, M. (1995). *Técnicas de control de la activación: relajación y respiración*. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Le´ger, E., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957- 964.
- Ministerio de Protección Social de Colombia (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
Consultado el 28 de Marzo de 2019

- Nelson-Gray, R. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment, 15*(4), 521-531.
- Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T., Fisher, A., Boswell, J., Szkodny, L. y Nordberg, S. S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion- focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 171-181.
- Ramírez, F. (2017). *Relación entre el nivel de estrés, ansiedad y estado de ánimo en docentes y madres de familia que atiende a niños con necesidades Especiales de los CEBE Caritas del distrito de Paucarpata 2017*. Disponible en:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6757/70.2275.M.pdf?isAllowed=y&sequence=1>. Recuperado el 28 de Marzo de 2019
- Rapee, R. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.
- Rathus, S. (1973). A 30-item *schedule for assessing assertive behavior*. *Behavior Therapy, 4*, 398-406.
- Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Rodríguez, M. G., Castro, W. P., Pérez, J. M. B. y Rovella, A. (2014). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de proceso. *Psicología y Salud, 14*(2), 179-188.
- Rodríguez, C. & Puerta, G. (1997). *Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica*. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 26* (4): pp. 273-288.

- Salazar, I. (2014). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad*. Granada: Universidad de Granada, Disponible en:
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/32112>. Consultado el 28 de Marzo de 2019
- Sanz, J., Perdigón, L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), pp. 249-280.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2015). *Ansiedad, Estrés y Angustia: Tres conceptos a diferenciar*. Pepsic. Granada – España.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California, Consulting Psychologist Press. (Adapt. Española, TEA, 1982).
Versión española, Seisdedos, N. (1982), Madrid: TEA Ediciones
- Suinn, R. (1994). *Entrenamiento en manejo de ansiedad: una terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1990).
- Suinn, R. (1995). Clinical practice, university research, and students: A historical perspective on anxiety management training. *American Psychologist*, 50(4), pp. 287-292.
- Torres de Galvis, Y. (2000). *Epidemiología de los trastornos psiquiátricos - Estudio nacional Colombia*. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero - 15 de marzo 2000.
Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_c.html. Consultado el 27 de Marzo de 2019
- Uribe, A., Martínez, J. y López, K. (2012). *Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al “Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario” en Bucaramanga, Colombia*. Disponible en:

https://www.policia.gov.co/sites/default/files/depresion_y_ansiedad_estado_rasgo_en_internos_adscritos_al_programa_de_induccion_al_tratamiento_penitenciario_en_bucaramanga_colombia.html Consultado el 27 de Marzo de 2019

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN VICERRECTORÍA DE MINISTRACIÓN</p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 01
--	--

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)	

Anexo B. Formato de Evaluación Psicológica.



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO – INPEC
ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
FORMATO DE EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA

Anotación: Antes de diligenciar este formato, el profesional debe remitirse a la carpeta de tratamiento penitenciario del interno(a) y leer y revisar los formatos de identificación general del Interno(a) y los de las áreas que ya hayan sido diligenciados.

Apellidos y Nombres del Interno(a) _____

T.D. _____ Pabellón _____

ESTADO DE SALUD

1.1 Esté en tratamiento médico: SI NO Cuidé _____
1.2 Cuando fue la última vez que estuvo enfermo(a)? _____
1.3 Cuando fue la última vez que lo atendió un Médico? _____

ESTADO MENTAL

2.1 Qué fecha es hoy?, Cuál es el día de la semana? correcto _____ incorrecto _____
2.2 En qué lugar nos encontramos en este momento? correcto _____ incorrecto _____
2.3 Cuéntenme cuál fue la secuencia de acciones que realizó esta mañana después de levantarse _____
2.4 Seguimiento a instrucciones _____
2.5 Ha tenido pensamientos o deseos o fantasías sobre suicidio o morir? SI No _____
2.6 Durante el último año, ha realizado algún intento de quitarse la vida? SI No _____
2.7 Durante el último año, se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo(a)? SI No _____

ESQUEMA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Autoestima
3.1 Cómo se siente anímicamente en este momento? tranquilo(a) ansioso(a) deprimido(a) triste temeroso(a) aburrido(a) somnoliento(a) optimista alegre Explique _____
3.2 Se considera que es una persona que vale la pena conocer? SI No _____

Locus de control
3.3 Considera que es una persona con mala suerte? SI No _____
3.4 Cree que tiene el control de su vida? SI No _____
3.5 Siente que es difícil conseguir ayuda para lograr sus planes? SI No _____
3.6 Quién cree que es el responsable de que se encuentre detenido(a) _____

Necesidad de atención psicológica
3.7 Ha sentido la necesidad de ser aconsejado(a)? SI No _____
3.8 En que momentos ha sentido la necesidad de ser aconsejado(a)? _____

Apoyo social intrínseco
3.9 Considera que sus amigo(a)s lo respetan? SI No Explique _____
3.10 Su familia se preocupa por usted? SI No Explique _____
3.11 Siente que pertenece a un grupo de personas? SI No Explique _____

Apoyo social extrínseco
3.12 Lo visita su familia? SI No Con qué frecuencia _____
3.13 Lo visitan sus amigo(a)s? SI No Con qué frecuencia _____
3.14 Lo visitan otras personas? SI No Con qué frecuencia _____
3.15 Quiénes son las otras personas que lo visitan _____
3.16 Recibe correspondencia? SI No Con qué frecuencia _____

En el Contexto de Establecimiento

3.10 Manejo de Estrés

¿Qué le cuesta esfuerzo soportar?	Marque con X
La escasez de espacio?	
La falta de libertad?	
La presencia de otras personas a su alrededor?	
La distancia de su familia?	
La añoranza de tradiciones culturales de la región de origen?	
El paso del tiempo sin tener nada que hacer?	
La pérdida de la intimidad?	
No poder satisfacer sus necesidades sexuales?	
El vivir bajo normas y reglas del Centro?	
La pérdida de la relación con sus amigo(a)s?	



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC
 ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
 ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
 FORMATO DE EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA

3.10 **Manejo de Estrés**

¿Qué le cuesta esfuerzo soportar?	Marque con X
La escasez de espacio?	
La falta de libertad?	
La presencia de otras personas a su alrededor?	
La distancia de su familia?	
La añoranza de tradiciones culturales de la región de origen?	
El paso del tiempo sin tener nada que hacer?	
La pérdida de la intimidad?	
No poder satisfacer sus necesidades sexuales?	
El vivir bajo normas y reglas del Centro?	
La pérdida de la relación con sus amigo(s)?	

Expectativas

3.11 ¿Qué espera del servicio de Psicología en este establecimiento? _____

3.15 En qué actividades le gustaría participar? _____

Lenguaje

3.17 ¿Conoce usted el significado que se le da a estas palabras en los establecimientos penitenciarios:
 3.18 Pafinar Tren Carro Wimpy Chamber

3.20 ¿Conoce otras palabras del contexto penitenciario? Sí No Cuáles _____

Proyecto de Vida

3.21 ¿Cuáles de sus cualidades personales puede aprovechar en la situación actual y para que? _____

3.22 ¿Cuál es su meta personal para esta fase de seguridad y que tiene que cambiar para lograrla? _____

3.23 Cuando salga libre, habiendo cumplido sus metas propuestas, como se ve así mismo? _____

ETAPAS EVOLUTIVAS CRONOLÓGICAS

Etapa	Reporte (cómo vivió, dónde vivió y con quién vivió; qué personas fueron importantes en ese entonces, comunicación con la familia, percepción de la familia, pautas de crianza?). El profesional puede complementar con otras preguntas que considere pertinentes.
Niñez y Preadolescencia (Hasta los 12 años)	
Adolescencia (De los 13 a los 18 años)	
Adultez (Después de los 19 años)	

ÁREAS DE DESARROLLO SOCIAL

Áreas de desarrollo	Reporte (preguntas sugeridas). El profesional puede complementar con otras preguntas que considere pertinentes.



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC
 ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
 ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
 FORMATO DE EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA

<p>Historia Escolar</p>	<p>(1. Qué actividades le agradaban?, 2. Usted fue reconocido(a) por algo en el Colegio?, 3. Qué no le agradaba del Colegio en cuanto a actividades o normas?, 5. Qué personas importantes recuerda usted?, 6. Qué hecho importante recuerda usted de la época del Colegio (positivo o negativo).</p>
<p>Historia laboral</p>	<p>(1. Qué le gustaba, 2. Fue reconocido(a) por algo, 3. Qué lo incentivaba en mejorar su desempeño?, 4. Qué no le gustaba de su trabajo? (tareas, normas, lugares), 5. Fue sancionado(a)? 6. Qué personas importantes recuerda usted de sus trabajos, 7. Qué hechos recuerda usted como importantes en los trabajos que ha desempeñado)</p>
<p>Vida emocional</p>	<p>(1. A qué le tiene miedo, 2. Qué le causa mal genio, 3. Qué le causa tristeza, 4. Qué le causa alegría, 5. En qué momentos ha sentido que ha tenido que abstenerse de expresar lo que siente ante los demás?)</p>
<p>Vida Social</p>	<p>(1. Qué grupos ha integrado durante su vida, 2. Ha liderado algún grupo, 3. Ha estado bajo la dirección de otros, 4. Prefiere hacer las cosas solo(a) o ponerse de acuerdo con otros para lograrlas, 5. Qué dificultades y facilidades tiene en uno y otro caso? 6. Cómo han sido las experiencias de compartir con otras personas que tienen costumbres diferentes a las suyas? 7. Al conocer personas nuevas, ha propiciado éstas situaciones o espera a que los otros tomen la iniciativa? 8. Qué tipos de personas no le interesa conocer, 9. Con qué tipos de personas ha tenido buenas relaciones)</p>
<p>Convivencia en el establecimiento</p>	<p>(1. Cómo es la convivencia en el patio con los demás internos(as), 2. Cómo es la convivencia en el establecimiento en general, 3. Cómo es la relación con la guardia, 4. Cómo es la relación con los demás funcionarios del establecimiento, 5. Puede contarme algún episodio importante en cuanto a la convivencia.)</p>



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC
 ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
 ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
 FORMATO DE EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA

Vida de pareja

{1. Que es común al comparar sus relaciones de pareja (comprensión, conflicto, deseo, estabilidad, abandono), 2. Tiene pareja actualmente, 3. Cómo describe esa relación, 4. Percibe que en su actual relación de pareja existe un equilibrio para dar y recibir afecto?}

SEXUALIDAD

- 8.1 Considera que las relaciones sexuales sólo conducen a la reproducción? SI ___ NO ___
- 8.2 Considera que la sexualidad debe ser un tema tratado desde la niñez? SI ___ NO ___
- 8.3 A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____
- 8.4 De que formas demuestra afecto hacia los demás? _____
- 8.5 Se siente cómodo(a) cuando los demás le demuestran afecto? SI ___ NO ___
- 8.6 Ha tenido alguna experiencia traumática? _____
- 8.7 Qué enfermedades de transmisión sexual (ETS) conoce? _____
- 8.8 De qué forma previene el contagio de una ETS? _____
- 8.9 Qué métodos anticonceptivos conoce? _____
- 8.10 Cuáles de estos métodos anticonceptivos utiliza? _____
- 8.11 Cuántos hijos tiene? _____
- 8.12 Desearía tener (más) hijos? SI ___ NO ___

7. FARMACODEPENDENCIA


Antecedentes

7.1 Ha consumido sustancias psicoactivas en el pasado (ver sustancias en el cuadro)? SI ___ NO ___
 (En caso de ser negativa la respuesta pase a la pregunta 8.1.)

Frecuencia/ Sustancia	Consumo anterior	Frecuencia de consumo	Edad de inicio del consumo	Lugar de inicio del consumo	Razones por las cuales consumió (presión social, curiosidad, soledad, escape de la realidad, diversión)
Alcohol					
Cigarrillo					
Marihuana					
Bazuco					
Cocaína					
Inhalantes					
Otras, Cuáles					

7.2 Antecedentes del Abuso (Dependencia) de SPA

Nivel	Factores de Riesgo (desencadenantes)	Factores de Protección (inhibidores)
Personal		
Familiar		



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC
ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
FORMATO DE EVALUACIÓN AREA PSICOLOGIA

Social		
Otros (educativo, laboral, etc)		

Actualidad

7.4 Consumo actualmente sustancias psicoactivas? SI NO . (SI no pase a la pregunta 8.1.)


7.5 **Historia Delictiva**

Sustancia	Consumo actual	Frecuencia	Por qué consume? Que gana consumiendo?
Alcohol			
Cigarrillo			
Marihuana			
Bazuco			
Cocaina			
Inhalantes			
Otras, Cuáles?			

7.8 Ha pensado en dejar de consumir? SI NO

7.7 Está interesado en recibir ayuda para dejar de consumir? SI NO

Página No 5 OP 50-029-06 V01


INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO – INPEC
ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
FORMATO DE EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA

Anteriores delitos

8.1 A qué edad cometió su primer delito? _____

8.2 Cuál fue ese delito? (contravención o infracción) _____

8.3 Qué lo(a) motivó a cometer su primer delito? _____

8.4 Por qué delitos lo(a) han sindicado o condenado(a) anteriormente? _____

8.5 Ha cometido delitos que no hayan sido judicializados? SI _____ NO _____

8.6 Ha estado detenido anteriormente? SI _____ NO _____ En que tipo de establecimiento? Estación de Policía _____

Centro de recepción de menores _____ Cárcel municipal _____ Penitenciaría _____ Otras?, Cuáles? _____

8.7 Establecer el N° de entradas a cada uno de estos establecimientos _____

Actual delito

8.8 Por qué delito(s) está condenado(a) actualmente? _____

8.9 Qué lo(a) motivó a cometer ese(os) delito(s)? _____

8.10 Qué piensa de la víctima? _____

8.11 Cómo ocurrieron o como dicen que ocurrieron los hechos por los cuales fue condenado(a)? _____

8.12 Cómo cometió el delito?. Para diligenciar el cuadro indague para los tres momentos (antes, durante y después), del (los) delito(s), qué hizo el interno(a), qué pensó y qué sintió.

	Antes	Durante	Después
Comportamiento			
Pensamiento			
Sentimiento			

Observaciones: Para el contrastar, considere la información existente en el expediente

8.13 Si usted fuera víctima de un delito, lo(a) denunciaría? _____

8.14 Qué piensa de la cuantía de la pena que le han impuesto? _____

8.15 Qué opina de las personas que están libres? _____

9. **Resultados del Test Psicométrico MINIMULT**, este test es de aplicación obligatoria para todos los condenados(as) en primera evaluación, en los establecimientos en que se cuente con este instrumento.

<p>VALIDEZ</p> <p>L= _____</p> <p>F= _____</p> <p>K= _____</p> <p>Clave: _____</p>	<p style="text-align: center;">CONCEPTO POR COMBINACIONES DE ESCALAS</p>
---	---



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO – INPEC
ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN
ÁREA DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO
FORMATO DE EVALUACIÓN ÁREA PSICOLOGÍA

¹⁰ Resultados del Test Proyectivo MACHOVER, su aplicación es obligatoria para internos(as) iltrados en primera evaluación y complementario para letrados(as), en los establecimientos en que se cuenta con este instrumento.

[Empty rectangular box for results of the MACHOVER test]

¹¹ Resultados de otras pruebas aplicadas: Nombre de la Prueba _____

[Empty rectangular box for results of other tests]

¹² Evaluación Diagnóstica (ESTADO DE SALUD, ESTADO MENTAL, ESQUEMA COGNITIVO-CONDUCTUAL, ETAPAS EVOLUTIVAS CRONOLÓGICAS, ÁREAS DE DESARROLLO SOCIAL, SEXUALIDAD, FÁRMACODEPENDENCIA, HISTORIA DELICTIVA, MINIMULT, MACHOVER, OTRAS PRUEBAS).

[Lined area for diagnostic evaluation]

¹³ Plan de Tratamiento sugerido

[Lined area for suggested treatment plan]

14. Firma del Profesional _____

16. Firma y huella del Interno(a)

15. Nombre del Funcionario y cargo _____

[Empty box for fingerprint or signature of the inmate]

Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

BDI-II

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.



Adaptación española: Jesús Sanz, Carmelo Vázquez

Beck Depression Inventory – Second Edition. Copyright © 1996 Aaron T. Beck. Copyright de la edición española © 2003 Aaron T. Beck. Todos los derechos reservados. Adaptado, reproducido y distribuido por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1ª, Madrid 28042 con la autorización de NCS Pearson, Inc. (USA).

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es

PsychCorp



<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés por el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

AVISO: Esta hoja está impresa en tintas azul y negra. Si su copia no es así es que ha sido fotocopiada violando las leyes del copyright.


Puntuación Total

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es

PsychCorp

Anexo D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)




Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

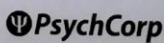
INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY, marcando una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.


	NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, no me molestó mucho	MODERADAMENTE, fue muy desagradable pero podía soportarlo	GRAVEMENTE, casi no podía soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarme				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Sensación de estar aterrorizado				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Estar asustado				
18. Indigestión o molestias en el abdomen				
19. Sensación de irme a desmayar				
20. Rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)				
21. Sudoración (no debida al calor)				

AVISO: Esta hoja está impresa en tintas lila y negra. Si su copia no es así es que ha sido fotocopiada violando las leyes del copyright.
 Adaptación española: Jesús Sanz
 Beck Anxiety Inventory. Copyright © 1990, 1987 Aaron T. Beck. Copyright de la edición española © 2011. Aaron T. Beck. Todos los derechos reservados. Adaptado y distribuido por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1ª, Madrid 28042 con la autorización de NCS Pearson, Inc. (USA).



Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es





8 435085 113949

Anexo E. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
J.J.M.A. Edad 25 años, género masculino, ocupación: Agricultor	Consultante: “ es que tengo mucho desespero, no me hayo y no me puedo estar quiero, quisiera salir corriendo, pero aquí como”	1	-Toma de datos biográficos del consultante -Indagar acerca del estado psicológico. - Lograr rapport terapéutico	-Entrevista abierta -Formato de Evaluación Psicológica. -Pruebas psicotécnicas	1. Explicación y firma del consentimiento informado. 2. Apertura y diligenciamiento del formato de evaluación psicológica 3. Rapport 4. Registro de información dada por el consultante y de datos relevantes de su conducta no verbal. 6. Aplicación de Inventario de Ansiedad (BAI) y de Depresión de Beck (BDI). 7. se hace modelamiento para psicoeducación en la técnica de respiración diafragmática	- Se logró establecer un espacio de confianza con el consultante que permitió apertura emocional y verbal. - El consultante describió síntomas recurrentes de episodios de impaciencia, preocupación excesiva, dificultad para dormir, pesimismo en general y acerca de su propia vida. ”; Refiere que presenta sentimientos de frustración e ideas negativas acerca de su relación de pareja. - Existe una relación disfuncional con sus hijos ocasionada por lo que la madre le dice a los niños de mi todo el tiempo”. - La prueba de ansiedad, arrojó nivel de ansiedad moderada. - En la prueba de Depresión no arrojó depresión, solo una leve alteración del estado de ánimo. - El consultante presenta una tendencia marcada a reaccionar agresivamente ante los problemas y las situaciones estresantes, se le dificulta gestionar las emociones y pensamientos que le generan malestar.	-El consultante refiere tener la expectativa de mejorar preocupación y mejorar la relación con su pareja y sus hijos, lo cual es un potencial porque a pesar de las dificultades económicas y emocionales, desea mejorar su rol como esposo y como padre. Además, de ser una persona receptiva y con disposición positiva frente a proceso terapéutico. -Descartar trastorno depresivo a través de las pruebas psicotécnicas pertinentes. - No conoció a su padre biológico. --Se le pidió al consultante realizar proselitismo racional, Biblioterapia e Inundación in vivo para que así logre identificar los pensamientos que desencadenan los

							estados de agresión y distorsiones cognitivas.
		2	-Realizar devolución de resultados. -psicoeducar	Psicoeducación Discusiones cognitivas	-Dialogo con el consultante sobre los acontecimientos relevantes de la semana anterior para identificar las situaciones que le están generando malestar significativo. -Psicoeducación sobre los resultados, problemáticas y proceso terapéutico (Devolución de resultados) -Análisis de síntomas presentados en la última semana y del estado emocional observable en la sesión.	Se observa en la descripción de su Inundación in vivo que sus intereses se encuentran enfocados en el estado de su relación con la pareja y sus hijos, los problemas económicos que están atravesando ya que en esto se centra su relato. -Posible 300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada. El consultante presenta cuatro de los seis criterios del TAG: •Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. •Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. •Irritabilidad. •Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).	El consultante ha manifestado estados emocionales diferentes durante la misma sesión y así mismo, cambia sus ideas acerca de las mismas cosas según sea su estado emocional. -Es importante psicoeducar al consultante en las características propias del desarrollo de cada uno de sus hijos con el fin de que tenga conocimiento de que puede exigir, esperar y debe brindarles a los mismos según su edad cronológica teniendo en cuenta el tiempo de la condena (15 años). - A través de la terapia de reestructuración cognitiva se va a trabajar la negación y la minimización, mejorar la empatía, cambiar las creencias y actitudes distorsionadas. y desarrollar un plan de prevención de las recaídas.
		3	Identificar las distorsiones cognitivas con el fin de	Terapia cognitiva de Beck:	-Análisis de conductas presentados en la última semana, del estado emocional y de ideas	-el consultante reconoce que ha intentado disminuir los conflictos con su pareja como posibles	- Se evidencia a través de sus ideas que aún tiene un elevado nivel de dificultad para el

			disminuir las conductas de irritabilidad	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Discusiones cognitivas</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Relajación muscular progresiva</p> <p>Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC:</p> <p>Respiración diafragmática</p> <p>Modelamiento</p>	<p>recurrentes asociadas con posibles episodios de ira.</p> <p>-Consciencia de las distorsiones cognitivas: objetivación, intensidad de las emociones</p> <p>Seguimiento de la semana anterior.</p> <p>-Psicoeducación sobre regulación emocional.</p> <p>-Realización de ejercicios de respiración y relajación progresiva con el fin de que lo aplique fuera de sesión para bajar la tensión muscular que se presenta en las situaciones estresantes y que usualmente se desencadenan en elevada irritabilidad como medida de evitación.</p> <p>-Ejecución de la Terapia Racional Emotiva con el consultante, a través de debate de creencias de situaciones cotidianas se realiza una valoración de los recursos del consultante para la solución de problemas y la valoración positiva de las situaciones.</p>	<p>activadores de conflictos y conductas impulsivas.</p> <p>-La relajación le ayudo a regular el estado de ánimo</p> <p>- Refiere que se presentaron nuevos conflictos con la pareja asociados a nuevas ideas de infidelidad.</p> <p>- El consultante logró aplicar los ejercicios de respiración y relajación en la sesión ante lo cual estuvo de acuerdo en el propósito de implementarlo cada vez que se viera ante una situación activadora de estrés</p>	<p>manejo de su ira, acompañado de sentimientos de culpa y desvalorización hacia él.</p> <p>- El consultante ha mostrado adherencia al tratamiento ya que no ha faltado a ninguna de las sesiones citadas semanalmente y expresa tener presente lo aprendido cuando no está en consulta.</p>
		4	Disminuir las conductas disruptivas asociadas a episodios de irritabilidad e inestabilidad emocional.	Reestructuración cognitiva	Discusión cognitiva sobre las conductas impulsivas de la consultante durante la semana.	Se abordaron las ideas irracionales que mantiene la consultante y sobre cómo estas afectan la crianza de sus hijos y su estabilidad emocional con su pareja	corroborar los posibles avances
		5	Otorgar al consultante habilidades que favorezcan el	Imagen de afrontamiento para resolución	Se le indica al consultante que realice una historia escrita en donde se deje en evidencia que un personaje principal derrota a	Se obtiene un resultado donde el consultante se representa hacia mismo y se evidencia estrategias de afrontamiento a los problemas	

			autocontrol emocional	de problemas concretos	un “enemigo” que para el caso debe ser la ansiedad, la narración debe contar hacerse en tercera persona y escribiera todo lo sucedido donde el final de la historia sea adaptativo y funcional	con respuestas agresivas hacia los mismos.	
		6	Disminuir en el consultante la tendencia a responder de manera disfuncional a las diferentes problemáticas que se puedan presentar	Modelado encubierto	Se le pide al consultante que piense en personas y las enliste que conozca y que le gustaría imitar su forma que reaccionar ante los problemas.	Se le pidió al consultante que imagine o recuerde una situación donde su reacción no hubiese estado acorde y luego que intentara resolverla como esa persona, interiorizando esas formas de responder a los problemas e interiorizándolo a su repertorio conductual.	
		7	Evaluar el estado de el consultante A través de	Evaluación pos tratamiento	Evaluación clínica mediante entrevistas clínicas Aplicación de los instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Cuestionario de Depresión de Beck (BDI).	La integración de los resultados de las pruebas pre y post test describen los siguientes resultados. El Cuestionario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) arrojaron un nivel bajo en los dos momentos de aplicación. Según los resultados de cada aplicación se observa una evolución significativa como solución de problema, espera, religión, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación. Así como una notable disminución del uso de estrategias como búsqueda de apoyo social, reacción agresiva y la expresión de la dificultad de	

					<p>afrontamiento. La evitación emocional y la autonomía se mantienen en el mismo nivel de poca frecuencia de uso en los dos test.</p> <p>el consultante identifica y expresa los siguientes logros como resultado del proceso terapéutico y de la aplicación de la Terapia Racional Emotiva:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Logró identificar que los momentos donde se presentan mayores situaciones de estrés y por lo tanto se desencadenan episodios de agresión e impulsividad.2. Logró un nivel de apertura cognitiva que le permite visualizar recursos que antes no percibía y aplicarlos a su propio bienestar, tales como, hacer una sola cosa a la vez, fortalecer el amor a Dios.3. Está teniendo en cuenta que cada uno de sus hijos tiene necesidades particulares de acuerdo a su edad y deben vivir como niños y no con responsabilidades de adultos.4. Logró identificar que su relación con la pareja y sus hijos puede ser más estable en cuanto su trato sea más positivo;	
--	--	--	--	--	---	--

						5. Ha logrado que la aceptación es más favorable para su salud mental.	
		8	la prevención de recaídas evitar la manifestación de los síntomas ansiosa en cuanto se presenten diferentes situaciones del entorno	prevención de recaídas a través de la devolución de los resultados pos test y Psicoeducación	Se realiza psicoeducación para introyección de las habilidades adquiridas en el proceso para mejorar la interacción y reacciones y el manejo de las emociones frente a las diversas problemáticas	Se brindó refuerzo Psicoeducativo.	
		9	Devolución de resultados post test	Devolución de resultados. Generación de compromisos	Se realizó la última sesión de prevención de recaídas a través de la devolución de los resultados pos test y Psicoeducación	Se realizó devolución de resultados al consultante enfatizando en los recursos que desarrolló en el proceso terapéutico para prevenir recaídas, tales como, disminución del uso de reacciones agresivas ante las situaciones estresantes, así como expresión de las emociones, búsqueda de apoyo social y profesional. -Se brindó refuerzo Psicoeducativo.	Se cierra el proceso terapéutico, tras la devolución de resultados, prevención de recaídas y diligenciamiento del formato de cierre de caso respectivo.

Anexo F. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión.

Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
Primera etapa: Evaluación y diagnóstico	1	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de caso. • Consentimiento informado. • Entrevista con consultante. • Indagación de Formato de Evaluación Psicológica • Aplicación de los instrumentos: Pre-prueba <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). ▪ Inventario de Depresión de Beck (BDI).
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis funcional. • Devolución de resultados. • Psicoeducación.
	3 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitiva de Beck: • Reestructuración Cognitiva. • Respiración diafragmática. • Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC. • Técnica Debate de Creencias.
Segunda etapa: Intervención	5	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen de afrontamiento para resolución de problemas concretos
	6	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado en cubierto
	7	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los instrumentos: Post prueba <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). ▪ Inventario de Depresión de Beck (BDI).
	8	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas a través de devolución de resultados pos-test y Psicoeducación
	9	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de resultados generación de compromisos y cierre