

**Intervención psicológica de un caso de ansiedad generalizada desde la terapia centrada en
esquemas**

José Alexander Duran Castañeda



Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Universidad Pontificia Bolivariana

Bucaramanga

2019

**Intervención Psicológica De Un Caso De Ansiedad Generalizada Desde La Terapia
Centrada En Esquemas**

José Alexander Duran Castañeda

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Psicología Clínica**

Asesora:

Ps. Esp. Paula Fernanda Pérez Rivero



Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Universidad Pontificia Bolivariana

Bucaramanga

2019

Tabla de Contenido

Introducción	6
Objetivos.....	18
Método	19
Procedimiento	20
Resultados	27
Discusión	39
Conclusiones	42
Referencias	43
Anexos	49
Anexo 1 State-Trait Anxiety Inventory, STAI	49
Anexo 2 YSQ-L3 Schematic Questionnaire by Jeffrey Young	50
Anexo 3 Formato de consentimiento informado	60
Anexo 4 Plan de trabajo	61

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN CASO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DESDE LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

AUTOR(ES): José Alexander Duran Castañeda

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PEREZ RIVERO

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como propósito exponer y contribuir a la comprensión, análisis y formulación de un modelo de intervención psicológica para un caso de diagnóstico de ansiedad generalizada, llevada a cabo en 9 sesiones; que se intervino en el modelo de terapia cognitiva centrada en esquemas de Jeffrey Young. El proceso terapéutico tuvo a lugar en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, sede Bucaramanga en el área de bienestar estudiantil. Para la evaluación del caso se utilizó la entrevista clínica, el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) y el cuestionario de esquemas. La población estuvo conformada por 9 estudiantes del programa de psicología y 1 de salud ocupacional; de esta población se eligió el caso de una mujer de 47 años de edad con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Tras los resultados de la evaluación inicial, se formuló un plan de intervención con objetivos suscritos en la regulación y disminución de pensamientos automáticos relacionados con la patología, conductas autolíticas, entre otras. El alcance global del proceso registra una reducción significativa de la sintomatología presentada: en los pensamientos automáticos, relacionado con preocupaciones familiares y académicas; mejoría en la funcionalidad de la paciente en sus relaciones, disminuyendo la irritabilidad en la comunicación; y la reducción en la activación fisiológica al hablar en público. Los procedimientos programados en el tratamiento se cumplieron con el seguimiento en cada sesión, y el seguimiento posterior vía telefónica a las dos semanas. Se concluye que la terapia diseñada para este caso teniendo como base el modelo de esquemas fue efectiva para la mejora del malestar emocional y las manifestaciones fisiológicas.

PALABRAS CLAVE:

Cognitivo conductual, terapia centrada en esquemas y ansiedad generalizada.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION OF THE GENERALIZED ANXIETY CASE FROM CENTERED THERAPY IN SCHEMES

AUTHOR(S): José Alexander Duran Castañeda

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PEREZ RIVERO

ABSTRACT

The purpose of this study case is to expose and contribute to the understanding, analysis and formulation of a model of psychological intervention for a case of generalized anxiety diagnosis, carried out in 9 sessions; who intervened in Jeffrey Young's model of schematic-focused cognitive therapy. The therapeutic process was at the Minuto de Dios University Corporation, Bucaramanga headquarters in the area of student well-being. The clinical interview, the status-trait anxiety inventory (STAI) and the schematic questionnaire were used for the case evaluation. The population consisted of 9 students from the psychology program and 1 for occupational health; of this population was chosen in the case of a 47-year-old woman with generalized anxiety disorder (TAG). Following the results of the initial evaluation, an intervention plan was formulated with objectives underwritten in the regulation and reduction of automatic thoughts related to pathology, autolytic behaviors, among others. The overall scope of the process registers a significant reduction in the symptomatology presented: in automatic thoughts, related to family and academic concerns; improvement in patient functionality in their relationships, decreasing irritability in communication; and the reduction in physiological activation when speaking in public. The procedures scheduled in the treatment were followed up at each session, and subsequent follow-up. The procedures scheduled in treatment were followed up at each session, and subsequent follow-up by telephone at two weeks. It is concluded that the therapy designed for this case based on the model of schemes was effective for the improvement of emotional discomfort and physiological manifestations.

KEYWORDS:

Cognitive behavioral, therapy centered on the scheme and generalized anxiety.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

1. Introducción

1.1. Presentación

Según el Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM 5 (American Psychiatric Association APA, 2013) el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define como una condición que caracteriza a quienes lo padecen por las excesivas preocupaciones, las cuales son difíciles de controlar, llegando a afectar la vida cotidiana (pareja, economía, amigos, trabajo, familia...etc.). Según Macías (2010) y Clark y Beck (2010), citados por Mendlowicz y Stein, (2000) el TAG es uno de los problemas psicológicos que causa malestar emocional intenso y que repercute en la funcionalidad y la calidad de vida de las personas. En el presente documento, se introducirá el abordaje clínico de un caso con diagnóstico de TAG en una estudiante de pregrado de una universidad local.

1.2. Elementos Teóricos

El TAG ha sido una de las psicopatologías que más se ha modificado respecto a las clasificaciones internacionales desde el año 1980, así lo describe en Pagés (2007) en el cual los criterios del DSM-III, en 1987 el DSM-III-R y en 1994 el DSM-IV, fueron transformándose desde un cuadro impreciso y diagnóstico residual, a otro, poseedor de un criterio clave; la preocupación excesiva es el síntoma que lo convertiría en un trastorno de ansiedad específico y diferenciado de los otros. Por esta razón, el TAG tiene varias psicopatologías asociadas al diagnóstico diferencial, como lo son el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) debido a la orientación negativa hacia los problemas y con el trastorno de pánico con agorafobia (TA/A) por su característica de intolerancia a la incertidumbre.

Dugas (2005) habla en su investigación sobre el modelo único para la caracterización diagnóstica del TAG de acuerdo a cuatro criterios de diferenciación, los cuales se clasifican así:

El primero de estos factores refuerza la predisposición a la preocupación, debido a que las personas que presentan TAG se manifiestan excesivamente con angustia, este factor cumple un papel importante en la tendencia a la preocupación, debido a que las personas que se preocupan excesivamente reaccionan fuertemente a la incertidumbre. Este primer criterio tiene una correlación con las características del trastorno de ansiedad generalizada ya que las preocupaciones excesivas conllevan a la manifestación de la intolerancia y a la incertidumbre, la cual puede ser descrita como la dificultad de aceptar el hecho de que no es imposible que un evento negativo suceda a pesar de su baja probabilidad en la realidad.

El segundo criterio está basado en las creencias positivas acerca de la preocupación, esta característica tiene una correlación con la cognición y las creencias metacognitivas propias del TAG. Carro (2015) concluye que uno de los aspectos fundamentales del trastorno es la percepción, por parte del individuo, sobre las preocupaciones excesivas e incontrolables, entendiendo a éstas como ciertas e incluso acertadas dentro de la actividad cognitiva negativa, la cual es repetitiva y predominantemente verbal.

El tercer criterio está relacionado a la escasa orientación al problema, los pacientes que padecen TAG tienden a manifestar una mayor preocupación, por la variedad de las situaciones que afrontan en su diario vivir, estas impactan en la percepción de cómo el individuo afronta dichas situaciones. Según Wells (1999) citado en Carro de Francisco (2015) las personas se ven atrapadas en una perturbación emocional debido a que sus metacogniciones activan un patrón de respuesta hacia sus experiencias internas que se mantiene en ideas negativas, lo cual no permite que los pacientes tengan una orientación positiva y centrada de sus problemas.

El cuarto y último criterio está relacionado con la evitación cognitiva, los pacientes que padecen TAG tienen como característica la evitación, esta se podría describir como la forma de no entrar en contacto con el malestar que generan los eventos disparadores de la ansiedad; este criterio, ya sea a nivel de conducta, cognición o experiencia, se mantiene por que la misma evitación no es un mecanismo de regulación óptimo (Barajas, 2015), así se podría concluir que un individuo que padezca TAG, tiende a evitar y experimentar determinadas sensaciones fisiológicas desagradables, originadas por su ansiedad o bien por evitar enfrentarse con normalidad a dichas situaciones realizando conductas de seguridad, como el aislamiento o llevar a la mano siempre ansiolíticos, entre otras conductas.

Por otra parte, se ha encontrado que existe correlación entre el TAG y los ataques de pánico. En el trastorno de ansiedad generalizada, las personas se preocupan por múltiples sucesos, situaciones o actividades, entre los cuales sólo alguno podría involucrar la salud. En el trastorno de pánico, al individuo puede preocuparle que los ataques de pánico sean el reflejo de la presencia de una enfermedad médica. Sin embargo, si bien estos individuos pueden tener ansiedad por la salud, su ansiedad es típicamente muy aguda y episódica a diferencia del TAG (Barlow & Durand, 1999).

Una condición clave en el síntoma es la presencia de miedos irracionales por situaciones como la enfermedad y la salud, se han encontrado en diversos estudios que los miedos generados a partir de estas situaciones son más persistentes y duraderos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden experimentar el paradójico ataque de pánico que se desencadenan por sus preocupaciones de enfermedad (Irwin & Barbara, 2006).

No obstante, no solo la salud y la enfermedad son las preocupaciones desencadenantes del TAG, de hecho, los adultos con TAG a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias y habituales de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). Los niños con TAG tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto, una persona o una situación a otra (Jarne & Tarlan, 2006).

Además de las preocupaciones, los pacientes experimentan síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (Belloch, et al., 2009).

Por tanto, podría afirmarse que el TAG, es el trastorno de ansiedad con mayor tasa de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y con trastornos del estado del ánimo (Pagés, 2007). Así bien el TAG para quienes lo padecen implica un desorden emocional, donde se requiere el uso excesivo de estrategias de control sobre las emociones. Esta psicopatología dada a su etiología de carácter cognitivo con afectación a las manifestaciones conductuales es una psicopatología con características para el manejo terapéutico desde el modelo cognitivo-conductual (Cortese, 2009).

Además, este trastorno presenta una correlación biológica a tener en cuenta, la cual está estrechamente relacionada al estrés y la depresión, lo que significa que las experiencias por medio del aprendizaje y los eventos del diario vivir tienen una profunda correspondencia con la sintomatología del TAG (Duran, 2018).

El estrés y la ansiedad son dos términos muy afines que guardan relación entre sí, pero que pueden ser diferenciados. El primero puede ser entendido como la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es una respuesta emocional ante una amenaza, la cual se manifiesta a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional (Newman., et al., 2006).

Debido a la cercanía en que se encuentra los términos de estrés y ansiedad es menester esclarecer que el primero de estos corresponde a una reacción natural del factor generador del síndrome general de adaptación (SGA), que contemporáneamente se ha reconocido como resultado de la relación dinámica medioambiental o social que se le hace al organismo e induce una demanda, física y/o psicológica, fuera de lo habitual provocándole un estado de tensión constante. Estas señales son fácilmente detectables en las actividades diarias por el conjunto de signos psíquicos u orgánicos que producen estados de alarma que inducen al individuo a la denominada lucha o huida que terminan o en la adaptación o en el agotamiento, sin embargo, la presencia continua de esta respuesta y la no resolución del evento que desencadenó la respuesta de estrés inicial puede alterar el síndrome general de adaptación, desembocando en más tensión y contribuyendo a desórdenes generales o específicos de ansiedad (Le Doux, 2000).

Así mismo es relevante tener en cuenta que el estrés corresponde a una parte de la sobrevivencia de los organismos, pero el aumento de él o su nivel constante sin el debido tiempo de recuperación de los niveles de consumo de glucosa, pueden inducir enfermedades como aquellas denominadas enfermedades degenerativas: tales como en primera medida de tipo menor, por ejemplo la tensión muscular, hasta llegar a enfermedades incapacitantes y mortales como paros cardiorrespiratorios, entre diversas cardiopatías (Pérez de la Mora, 1995).

Las manifestaciones más comunes que provoca el estrés a través de estados de constante alerta, inducen un sentimiento indefinido de inseguridad que se evidencia en lo orgánico como lo son: palpitaciones, sequedad de la boca, náuseas, vómitos, tics localizados, temblor de pies y manos; y en lo psíquico: irritabilidad, temor, a veces angustia, inquietud interior, desasosiego, aspectos visibles en la conducta (Sapolsky, 2000). Así mismo este nivel de estrés puede presentar alteraciones de funciones ejecutivas de tipo cognoscitivo como lo son: el bloqueo afectivo, las alteraciones del lenguaje verbal, la timidez o la agresividad; también en los aspectos cognitivos: pensamientos obsesivos de preocupación, a veces ilógicos o irracionales; alteraciones de la memoria, dificultad para concentrarse, lo que conduce a relaciones poco asertivas en las relaciones afectivas, laborales o académicas caracterizadas por dificultades para desarrollar actividades sociales, o para iniciar una conversación o expresar sus opiniones, entre otros elementos que refuerzan el estado ansioso y aumentan el estrés (García, et al., 1999).

Por su parte, desde un contexto neurológico, el nivel de tensión traducido en ansiedad es una experiencia universalmente conocida como una respuesta esperable ante situaciones que connotan un riesgo. En este sentido, podría considerarse una ansiedad fisiológica mediada por el sistema nervioso central, caracterizada por ser un sistema complejo, dinámico y abierto. Este sistema está constituido por la médula espinal, el bulbo raquídeo, la protuberancia, el mesencéfalo, el diencéfalo, el cerebelo y los hemisferios cerebrales (Stahl, 2011). Así mismo la experiencia fisiológica de la ansiedad intervienen en el hipocampo, la corteza cíngula anterior y la corteza prefrontal. El hipocampo tiene a su cargo la interpretación del potencial amenazante, relacionándolo con experiencias pasadas. De su evaluación puede ocurrir que se active la cascada de la ansiedad o que esto no ocurra. (Bousoño, et al., 1999).

La amígdala, en tanto coordinadora de todo lo relacionado con las expresiones y con la experiencia de las emociones, interacciona con el hipocampo, aportando el significado afectivo y aumentando la fijación, consolidación y evocación de la memoria; así mismo con la corteza cinglada anterior, nexo entre circuitos límbicos y cognitivos; también lo hace con la corteza prefrontal; su sección orbito – frontal posee interacciones recíprocas con la amígdala y se relaciona con las respuestas al entorno. La sección dorso lateral está implicada en funciones ejecutivas superiores (Schmidt, 2010). Finalmente debido a su injerencia directa con estructuras fundamentales del sistema nervioso central, la ansiedad pasa de alertar y proteger a causar sufrimiento, y en algunos casos extremos, a excluir e invalidar socialmente. Por otro lado, es difícil separar a la ansiedad del miedo y del estrés, pues la aprehensión y los síntomas físicos que se experimentan en ellos son similares a los que se observan en la ansiedad, y aunque se podrían intentar establecer algunas diferencias entre ellos, es posible que tales entidades sean sólo variantes de un sistema único de alerta (Davis, 2001).

Unos de los aspectos fundamentales del TAG, es su relación entre la percepción-realidad, si bien, el modelo teórico conductual nos muestra cómo el sistema general de adaptación del estrés se ve intervenido y produce metacogniciones que emplean la preocupación como un estilo de afrontamiento de los problemas. Desde este enfoque, si bien existe un estímulo que es el disparador, lo que mantiene los componentes de la rumiación, fijación de la atención y estrategias autorregulatorias o conductas de afrontamiento poco útiles, son los esquemas de pensamientos metacognitivos que se retroalimentan en forma de patrón (Carro-de-Francisco & Sanz-Blasco, 2015).

En cuanto a la epidemiología del TAG, en Colombia, la encuesta nacional de salud mental llevada a cabo por el Ministerio de Salud (2015) reportó que desde el año 2003 la prevalencia del

TAG ha venido en aumento, y que se espera que continúe este comportamiento. Las cifras indicaron que un 0,5 % de la población esta diagnosticada con TAG (0,3% en mujeres y 0,2% en hombres); también se concluyó que 2 de cada 5 colombianos experimentará algún trastorno mental en su vida, siendo el TAG el de mayor crecimiento en la población (Minsalud 2003), afectando al 24% de la población en la década de los años 90 (Guerrero, 2018).

1.2.1. La terapia centrada en esquemas.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha tenido un desarrollo relevante y significativo en las diferentes áreas de aplicación en la psicología, gracias a su eficacia y efectividad, para el abordaje de una gran diversidad de trastornos psicológicos. Ruiz, Díaz y Villalobos (2011) refieren que la TCC parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada), es aprendida y puede modificarse, mediante los principios del aprendizaje. En este sentido, se define a la terapia cognitiva como: “un tratamiento de duración breve, focalizado en la comprensión de creencias disfuncionales idiosincráticas, vulnerabilidades específicas asentadas en esquemas latentes distorsionados y cómo eventos estresantes particulares chocan contra estas vulnerabilidades activándolas y así produciendo los síntomas y signos depresivos” (Figuroa, 2002, p. 50).

Dentro de las propuestas terapéuticas, más utilizadas por los psicólogos cognitivo–conductuales, está también la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young (1990- 1999). Este modelo resulta ser integrador por sustraer elementos de otras escuelas psicológicas como la Gestalt, la psicodinámica y la constructivista.

Vílchez (2009) exalta que la característica más relevante de la terapia centrada en esquemas es la integralidad terapéutica, la cual da tanto al terapeuta como al paciente, un marco integrador que

le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y auto derrotistas, de pensamiento, conducta, sentimientos y relaciones con los demás, con la finalidad de reducir la incidencia a la resistencia terapéutica mejorando el proceso de intervención.

Young (s.f. citado por Tiscornia, 2009) dio origen a la terapia centrada en esquemas, por medio de los estudios de casos, con pacientes que presentaban difícil abordaje terapéutico. Este autor fue analizando que la TCC, era con frecuencia ineficaz, ya que los pacientes no alcanzaban los requisitos básicos del modelo inicial como es: La dificultad para identificar las emociones y cogniciones, dificultades para articular sus problemas de forma concreta o centrada, dificultades para asumir tareas fuera de sesión, dificultad en el establecimiento de una relación terapéutica favorable, pensamientos y emociones disfuncionales y la evidencia de un abordaje terapéutico más prolongado debido a la rigidez de los patrones de conducta de los pacientes (Tiscornia, 2009).

Así mismo Young y Klosko (2003) refieren que los pacientes presentan dificultades para acceder rápidamente a sus pensamientos y emociones, siendo esto último un área crítica para la búsqueda en la modificación de creencias y las conductas que se deriva de ellas.

Debido a esto, Young (s.f. citado por Tiscornia, 2009) toma su experiencia y evidencia del trabajo realizado con su mentor Aron Beck, y comienza los pilares de su modelo tomando como base el estudio de los esquemas mal-adaptativos tempranos, esto permitió a Young delinear una conceptualización clara sobre el sufrimiento del paciente basado en el hallazgo y reparación de las necesidades básicas insatisfechas durante su desarrollo en las intervenciones realizadas. Lo anterior indica que a diferencia del concepto planteado por Beck (1983), la terapia centrada en esquemas integra los siguientes aspectos tal como lo refiere el autor; temas amplios o patrones

que comprometen los recuerdos, sensaciones corporales, emociones y cogniciones concernientes a nosotros mismos y a las relaciones con los demás. Estos se originan durante nuestra infancia o adolescencia y se perpetúan a lo largo de nuestra historia (Young, 2006).

Dado que el objetivo principal de la terapia centrada en esquemas radica en identificar los esquemas mal adaptativos tempranos, para que el paciente pueda verlos como elementos de origen pasados, que dieron inicio al aprendizaje, donde se desarrollaron los mecanismos y la rigidez conductual, para lo cual se requiere que el paciente sea parte integral del proceso terapéutico, donde aprenda a desarrollar mecanismos menos rígidos y más saludables para desenvolverse en su diario vivir. Lo anterior permite concluir, que los terapeutas cognitivos conductuales, presentan un gran desafío, ya que en algunos casos los pacientes muestran resistencia y baja motivación por el proceso terapéutico. La ventaja de brindar herramientas para que el paciente pueda releer su historia desde otra perspectiva, resignificarla y ganar autoaceptación; esto permite a los terapeutas manejar muchas de las reacciones negativas y la rigidez que los pacientes suelen activar (Tiscornia, 2009).

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir la fase de evaluación y los cambios generados con la terapia centrada en esquemas de un caso con trastorno de ansiedad generalizada, que permita concluir los logros terapéuticos alcanzados.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar las conductas adaptadas y desadaptadas, en el proceso de afrontamiento, del trastorno de ansiedad generalizada.

Describir las estrategias terapéuticas aplicadas, basadas en la terapia centrada en esquemas de un caso con trastorno de ansiedad generalizada.

Describir los alcances terapéuticos dentro de las secciones realizadas aplicando la terapia centrada en esquemas.

3. Método

3.1. Diseño

En la presente monografía se presenta el estudio de un caso de TAG abordada desde la terapia centrada en esquemas de Young (1990-1999) terapia que corresponde al enfoque cognitivo-conductual.

3.2 Participantes y muestra

Se escoge a conveniencia un caso de entre los 9 consultantes atendidos durante la práctica clínica, una mujer de 47 años, casada, sin hijos estudiante del programa de psicología, la cual presentaba dificultad para identificar cogniciones y emociones, dificultades para articular sus problemas de forma concreta o centrada, así mismo se evidenció que presentaba mayor dificultad para realizar tareas fuera de la sesión y la dificultad en el establecimiento de una relación terapéutica favorable. Características que cumplen con los criterios para el abordaje terapéutico de la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young (1990-1999).

3.3 Instrumentos

El desarrollo de la intervención se ejecutó en formato de entrevista clínica, donde se recopiló información de los datos demográficos, los antecedentes personales y familiares.

Se emplea el formato de auto registro para la recopilación de datos sobre los pensamientos, emociones, respuestas y conductas, junto con la aplicación de pruebas psicométricas como la *YSQ-L3*, (*Schematic Questionnaire by Jeffrey Young.*), en la adaptación al español “Cuestionario de esquemas de Jeffrey Young tercera edición” (Villalobos, Torres & Hermosillo, 2009). Con el objetivo evaluar los esquemas mal-adaptativos tempranos y creencias irracionales en la paciente.

La prueba *STAI* (*State- Trait Anxiety Inventory, STAI*)- Vera, Celis, Córdova, Buela y Spielberger, (2007), en su versión española “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) del año 1982 (Universidad Complutense de Madrid, 2006): se aplicó para conocer el nivel de estado y ansiedad en la paciente. Esta prueba un instrumento creado y utilizado para evaluar ansiedad en dos dimensiones; ansiedad estado y ansiedad rasgo (Spielberg, 1994).

3.2. Procedimiento

- A. Selección del caso: El caso se seleccionó considerando que la paciente cumplía con las características para el abordaje terapéutico desde la terapia centrada en esquemas de entre 10 casos de consulta realizados en el área de bienestar. Se comentó a la paciente sobre los aspectos de la práctica de psicología clínica y del proceso de estudio de caso único que se realizaría, resaltando la participación de carácter voluntario para la ejecución del estudio. Una vez, la consultante aceptó se llevó a cabo la firma del consentimiento informado.
- B. Evaluación: Durante las sesiones I y II se realizó la entrevista abierta y la observación conductual, junto con el auto registro que se designó como actividad posterior a las sesiones. Se realizó la aplicación de las pruebas psicométricas y luego se hizo el análisis y formulación del caso que permitieron planear el proceso terapéutico. En esta fase se planteó la identificación del caso desde el análisis funcional del caso, estableciendo las correspondientes hipótesis y los objetivos terapéuticos.
- C. Intervención: Se realizaron ocho sesiones de las 12 planteadas, posteriores a las dos primeras que fueron para la recopilación de la información y el establecimiento de los objetivos terapéuticos. La ejecución de las intervenciones se realizó desde el enfoque cognitivo-conductual, utilizando la técnica centrada en esquemas de Jeffrey Young (1990-

1999), que junto con las técnicas como: Relajación progresiva de Jacobson. (1929), Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (Caballo, 2010), Exposición a responder de forma asertiva en situaciones de interacción social (Caballo, 2010) y la Terapia de desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), entre otras.

D. Seguimiento: Posterior a la última sesión, debido a que la paciente manifiesta el no seguimiento en el proceso terapéutico planteado, debido al cambio de horario de clases el cual dificultaba la asistencia a las sesiones programadas, las cuales estaban sujetas al espacio dado por bienestar estudiantil para el desarrollo de las intervenciones. Se evalúa la efectividad de las sesiones practicadas con la paciente durante el proceso terapéutico practicado a corto plazo, donde se realizaron en la última sesión las retroalimentaciones y recomendaciones, las cuales fueron orientadas a mantener los cambios de aspecto positivo durante el programa.

E. Resultados: Posterior a la culminación del proceso terapéutico, se procedió a realizar el análisis de los datos más representativos, con el objetivo de facilitar el análisis de los resultados, están los resultados de las pruebas aplicadas en el proceso diagnóstico y posterior el análisis de los alcances con el proceso de intervención realizado.

Tabla 2.

Análisis de las Sesiones de Intervención

Sesión	Objetivo	Observaciones
1	Realización entrevista inicial, motivo de consulta y	Se realiza entrevista de tipo abierta con preguntas enfocadas a identificar, el contenido cognitivo asociado a la sintomatología que la consultante refiere en su motivo

	<p>firma de consentimiento informado.</p>	<p>de consulta. Se explica a la consultante las pautas para el proceso de intervención clínica, bajo la terapia centrada en esquemas, se firma por parte de la consultante el consentimiento informado.</p>
2	<p>Aplicación de instrumentos psicométricos</p>	<p>Se aplican las pruebas ala consultante: Cuestionario de esquemas de Young. YSQ-L3 (2013), para determinar los esquemas mal adaptativos tempranos en su aprendizaje y el inventario de ansiedad, estado-rasgo (State-Trait Anxiety Inventory) STAI, para la evolución del constructo de la ansiedad.</p>
3	<p>Identificar y desencadenar esquemas originados en la infancia.</p>	<p>El resultado del cuestionario de esquemas de Young, arroja que la consultante presenta modos desadaptativos tempranos, los cuales están asociados a niveles elevados de afectividad; esto a partir de una situación vivida en la infancia ante la separación de sus padres, en la cual se activa el esquema de abandono e inseguridad. Se emplea con la consultante la parentalización, mediante la cual, la consultante logra separar la necesidad de reconocimiento y su capacidad para lograr objetivos, que le generaban sentimientos de incapacidad.</p> <p>Se identifica evitación como estrategia de afrontamiento para el esquema de abandono.</p>

4	<p>Enseñar a la consultante a manejar el miedo a hablar en público y a la reducción de los síntomas por medio de la respiración</p>	<p>Se comienza a utilizar la relajación asistida para manejar la elevada activación fisiológica por medio de la técnica de imaginación, se inició el entrenamiento en respiración lenta, diafragmática, (Jacobson) aplicada para el control de la ansiedad. Se orienta a la consultante que bajo esta técnica de respiración ayudara a reducir las respuestas fisiológicas para el momento en que este frente a su salón de clase o confrontando a su pareja. Se explica y se inicia con la consultante la actividad de auto registro donde la consultante comenzara a registrar los sentimientos, sensaciones fisiológicas y actividades que le generan angustia e irritabilidad durante el día.</p>
5	<p>Enseñar a la consultante a reconocer sus estrategias de afrontamiento.</p>	<p>Con base a la bitácora de auto registro, la sección se basa en identificar cuáles son las actividades diarias que en la consultante genera mayor respuesta fisiológica negativa y activa el esquema emocional, identificándolas como: dolor en el pecho, palpitaciones, ganas de salir corriendo, sudoración excesiva; presentes cuando debe hablar frente a sus compañeros de universidad, exponer y al manifestarle a su pareja lo que piensa y sus sentimientos hacia él. La consultante durante la sección es consciente de que ella tiende a aislarse de sus compañeros y de su pareja debido a</p>

		<p>su incapacidad de afrontamiento a la situación que se presentan y que le causan ansiedad.</p>
6	<p>Generar estrategias para combatir el esquema de inseguridad</p>	<p>A partir de descubrimiento guiado, la consultante identifica la presencia del esquema de inseguridad en su relación de pareja.</p> <p>Por medio la evaluación de las ventajas y desventajas del esquema, se logra que la consultante tenga la motivación y decisión para expresar a su pareja sus sentimientos, emociones, como mantener una comunicación abierta con él.</p> <p>Ayudando a la consultante a sentirse segura al momento de confrontar las situaciones de su relación de pareja y con las personas de su entorno.</p>
7	<p>Identificación del esquema de aislamiento social.</p> <p>Pautas para desarrollo de habilidades sociales</p>	<p>Los autorregistros entregados en cada sección por la consultante, aportan información relevante para el desarrollo de las sesiones. La consultante por medio del auto registro refiere que su aislamiento se debe a la imposibilidad de hablar en público, y es donde más surgen las respuestas fisiológicas negativas. Mediante la técnica de reestructuración, durante esta sección se identifica que el</p>

		<p>esquema de asilamiento está relacionado con una vivencia de la consultante cuando estaba en el colegio, donde ella tenía la responsabilidad de declamar un poema y ante el miedo de estar frente a los compañeros y profesores, no pudo declamar el poema, para lo cual la profesora lo toma como sabotaje y es castigada en frente de todos los alumnos.</p>
8	<p>Sesión de Cierre Generar estrategias Para combatir la resistencia en relación con su padre</p>	<p>Por medio de la imaginería, se activa el esquema de abandonamiento, la consultante muestra resistencia a profundizar en recuerdos de su padre antes de la separación, mediante la técnica de la silla vacía, existe dialogo imaginario de la consultante con su padre expresando la ira y frustración. Posterior a la implementación de la técnica, la consultante logra identificar que la ira y frustración en relación con su padre, originaba en ella inconformismo con su relación de pareja, poca comunicación e irritabilidad al no poder expresarse de manera precisa.</p> <p>Se dan pautas para continuar con el manejo de los ejercicios de respiración, se recomienda sobre la importancia de continuar con las estrategias de afrontamiento y habilidades sociales. Debido al cambio de horario de la consultante por los tiempos estipulados por la</p>

		<p>universidad, se hace necesario realizar seguimiento telefónico durante 8 días más, indagando a la consultante sus avances respecto a las pautas y recomendaciones dadas durante el proceso terapéutico ejecutado durante las 8 sesiones.</p> <p>La consultante refiere que logro manejar significativamente las respuestas fisiológicas, la comunicación con su pareja y una disposición diferente ante sus compañeros de clase.</p>
--	--	---

4. Resultados

4.1. Identificación del paciente

Mujer de 47 años de edad, casada sin hijos, trabajadora independiente y estudiante universitaria del programa de psicología de la corporación universitaria minuto de Dios, sede Bucaramanga, procedente de Tunja-Boyacá, de tez morena, cabello liso negro, de contextura media. Actitudes adecuadas, con coherencia de los pensamientos, orientada en lugar, tiempo y espacio durante la entrevista inicial.

4.1.1. Motivo de consulta.

Remitida por bienestar estudiantil de la universidad, debido al reporte de los docentes de que la consultante presenta dificultad para hablar en público, miedo excesivo, irritabilidad y ansiedad constante, como ella lo describe textualmente al momento de la consulta inicial: *“Me asusta estar frente al curso, cuando me corresponde alguna exposición o que sea dirigirme en público me causa ansiedad”*. Los problemas referidos por la paciente son las preocupaciones y la irritabilidad, la constante frustración ante algunas situaciones referentes a la universidad el cual ella describe que son parte de sus problemas de aprendizaje, la distante relación con sus compañeros de estudio, y también en su relación con su pareja siendo esta también lejana, con poca comunicación y miedo a expresar lo que siente.

4.1.2. Sintomatología.

La consultante refiere, que la mayoría del tiempo se siente irritable, opresión en el pecho, dificultad para respirar y sudoración excesiva, cuando debe hablar en público o confrontar a su pareja, no expresa fácilmente sus emociones con su pareja y tiende a asilarse socialmente,

presenta algunos días dificultad para conciliar el sueño. Evita situaciones sociales en las que podría llegar a ser evaluada socialmente.

4.2. Historia Personal

4.2.1. Embarazo y Parto.

La paciente es la segunda de 5 hermanos, durante el embarazo, hubo maltrato físico por parte del padre hacia la madre, su nacimiento fue a término, por parto natural, no referencia complicaciones médicas durante la gestación y posterior al nacimiento.

4.2.2. Infancia.

La paciente refiere que durante su infancia experimentó situaciones de violencia intrafamiliar por parte de su padre, hacia su madre y hermanos, sin embargo, refiere que su padre proveía lo necesario para el hogar, su madre fue durante su infancia sobreprotectora con ella, en situaciones tales como salir a jugar con los vecinos o dejarla sola al cuidado de su hermano mayor. Dentro de los datos relevantes la paciente comenta que, a la edad de 8 años, la escogieron en el colegio para la declamación de un poema en una izada de bandera, comenta que ella se aprendió el poema, al momento dirigirse a toda la escuela, quedo inmóvil y muda, no podía declamar la poesía, comenta que sus compañeros se reían de ella y su profesora la golpeo en las manos castigándola por no haber cumplido con lo asignado para la izada de bandera. Manifiesta que esta experiencia la llevo a ser más insegura, a tener temor de poder participar en las actividades escolares y llegar a pensar que ella tiene algún problema para aprender.

4.2.3. Adolescencia.

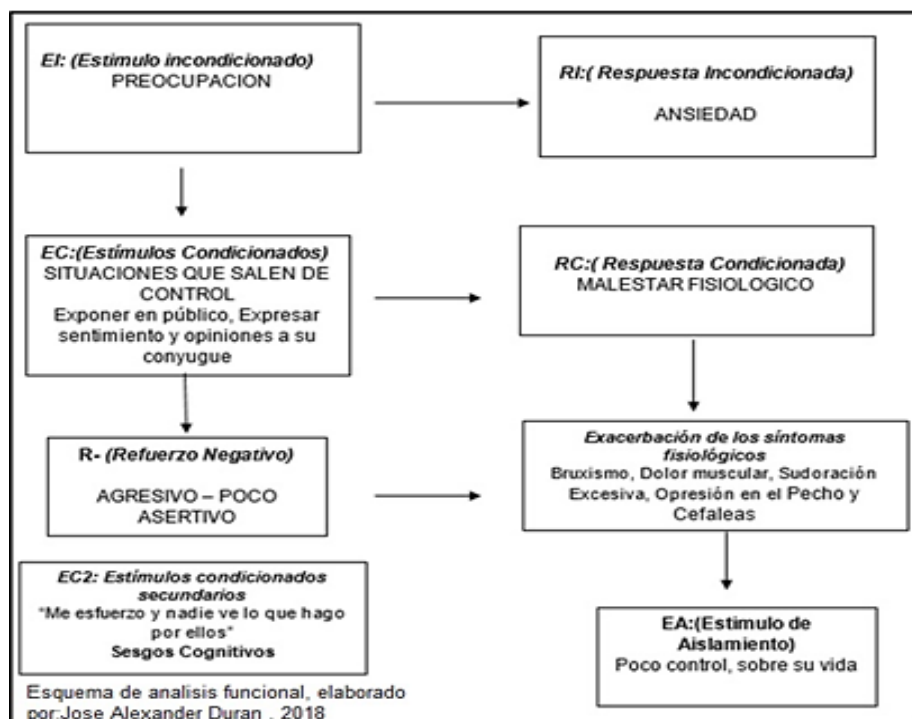
Durante la adolescencia, hacia los 15 años, la paciente comenzó a experimentar angustia, cuando en el colegio debía exponer o realizar algún acto en público, la opresión en el pecho, falta de aire, dificultad para respirar y sudoración fueron los síntomas que la paciente refirió haber experimentado con frecuencia en su etapa adolescente, estos síntomas venían acompañados de pensamientos automáticos como: *“No voy a poder con esto”*, *“Me va a dar un ataque”*, *“Debo salir de aquí”*, refiere que al terminar de exponer o realizar alguna actividad donde sentía angustia, terminaba con dolor en todo su cuerpo, los músculos le dolían como si hubiese realizado ejercicios durante todo el día. En las noches con frecuencia presentaba dolor en la mandíbula (Bruxismo) y comenzaban los periodos de no conciliación del sueño, refiere que surgían pensamientos de inseguridad, miedo y sentimientos de abandono, estos se manifestaban durante las noches. En el día estaba irritable y no tenía tolerancia a la frustración, situación que le llevaba al asilamiento y retraimiento ya que se sentía incomprendida por sus compañeros de colegio, y con sus padres al no poder expresarse correctamente de lo que ella estaba viviendo, por miedo a que pensarán mal de ella o que estaba llamando la atención.

A los 17 años, sus padres se separan producto de los constantes maltratos por parte del padre, hacia su madre, otro motivo que conllevó a la separación, fue una relación extramarital por parte del padre, donde la madre no toleró esta situación, para lo cual deciden separarse, debido a la escasez económica posterior a la separación, la madre no pudo seguir sosteniendo la casa ya que durante toda la vida ella se dedicó a las labores del hogar, por lo cual decide quedarse con la paciente y enviar a sus otros hijos a vivir con los abuelos y tíos maternos. Las necesidades económicas y emocionales vividas en la convivencia con su madre posterior a la separación,

como lo manifiesta la paciente fue una época muy triste y difícil de vivir, ya que su padre no volvió a ayudar a su madre y a sus hermanos con el sustento económico.

A los 20 años conoce en su trabajo al que hoy es su pareja actual, refiere de él que es un hombre pasivo y buen esposo, comenta que la relación de noviazgo antes del matrimonio fue complicado ya que ella vivía con su madre y una de sus hermanas, la carga económica y el cuidado de su madre, no permitían que tuviese el tiempo para una relación “normal”, así mismo comenta que su madre no sabía que ella en ese momento tenía novio ya que a esa edad, su madre la sobreprotegía, controlando desde las finanzas hasta su vida personal, cansada de las preocupaciones en su entorno familiar decide irse de casa a vivir con su actual pareja, situación que llevo a un distanciamiento con su madre, ya que ella tenía la mayor de las responsabilidades en el hogar, su madre toma la ida de casa como desilusión y por dos años, deja de hablar con la paciente. A los 25 años la paciente contrae matrimonio por la iglesia católica.

4.2.4. Análisis Funcional.



4.3. Presentación del caso

Respecto a la evaluación se estableció que la paciente reaccionaba ansiosamente (Respuesta condicionada) en aquellas situaciones no manejadas por ella y que estaban fuera de su control (Estimulo condicionado). El origen concreto de los episodios de ansiedad se da a partir de situaciones donde debe exponerse al público, o al momento de expresar sus opiniones y sentimiento a su pareja. Esta manifestación de ansiedad genera malestar y respuestas fisiológicas negativas en la paciente.

Se establece durante el proceso de diagnóstico la presencia de otros estímulos, los cuales condicionan la manifestación de la ansiedad e irritabilidad (Estimulo condicionado de primarios) como son: La relación con su familia y compañeros de universidad u trabajo, preocupaciones por los compromisos académicos debidos a sus pensamientos auto derrotistas y los compromisos económicos en el hogar.

Se pudo determinar que existían otros estímulos que en este caso son condicionados de segunda instancia los cuales son producto de los pensamientos automáticos y, por lo tanto, tienen que ver con la interpretación de la paciente, respecto a las opiniones de los demás, lo cual generaba en ella pensamientos negativos acerca de su entorno como: “Seré buena para eso”, “Me esfuerzo y nadie ve lo que hago por ellos” (Estimulo condicionado de secundarios). De igual forma, las afirmaciones respecto a la interpretación que la paciente le da a sus pensamientos, sumado a los estímulos condicionados anteriormente mencionados crean en ella irritabilidad (Estimulo incondicionado), la paciente responde así de manera poco asertiva con su entorno familiar y social, estos son: Familia, cónyuge, compañeros de trabajo y universidad (Estimulo de aislamiento).

En la mayoría de las situaciones diarias de la paciente, en algunos momentos trataba de no asilarse e irritarse, prefería asumir muchas de las situaciones así no fuesen injustas o no aceptadas para ella, en las situaciones que ya estaban fuera de su control la paciente experimentaba exacerbación de las manifestaciones fisiológicas como: Bruxismo, dolor muscular, sudoración excesiva, opresión en el pecho y cefaleas. La cuales desencadenaban en la ausencia de voluntad y la disminución motivacional para realizar acciones básicas como trabajar o estudiar.

4.3.1. Hipótesis de Origen.

Como premisa a la evaluación realizada inicialmente se evidenció que la paciente reaccionaba, con niveles altos de ansiedad al momento de enfrentarse a un público, en este caso en las exposiciones que le asignaban en clase, así mismo sentía vergüenza por su discapacidad visual. El origen de esa ansiedad se va desarrollando a lo largo de su historia de vida, para lo cual la desconfianza en los demás y en si misma ha ido desencadenando estados ansiedad al momento de exponerse ante las demás personas y poder verbalizar u expresarse, ya que durante su infancia fue enseñada a la sumisión y el castigo físico. De los estímulos condicionados están relacionados a situaciones estresantes para la paciente, como es enfrentarse a expresar sus sentimientos a su pareja, u mantener una comunicación activa, desenvolverse adecuadamente con sus compañeros de universidad, poder exponer y mostrar sus habilidades académicas y de aprendizaje hacia sus profesores y compañeros, así mismo la paciente presentaba pensamientos que accionaban como estímulos condicionados basados en las situaciones, tales como las preocupaciones diarias, relacionadas con el dinero, la vida en pareja, los compromisos académicos y su rol de madre, los cuales se manifestaban como: “Seré buena para eso”, “ Me esfuerzo y nadie ve lo que hago por ellos”.

4.3.2. Hipótesis de Mantenimiento.

La predisposición ante las situaciones estresantes para la paciente, permitió definir que la ansiedad experimentada, influía significativamente en sus habilidades sociales, el aislamiento con respecto a sus compañeros de universidad, y la poca interacción comunicativa con su pareja.

Este carácter, según Vélchez (2009), está relacionado a los esquemas disfuncionales tempranos, los cuales son estables y duraderos, y que son desarrollados a lo largo de la vida de los individuos. La predisposición y ansiedad conllevaron a que la paciente sintiera poca tolerancia a la frustración y por consiguiente esos estímulos producen en ella irritabilidad, ante la imposibilidad de desenvolverse y enfrentar esa situación el miedo excesivo, según Vélchez (2009) en las generalidades de la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young menciona que los esquemas disfuncionales tempranos son reflejos de creencias de uno mismo en relación con el ambiente, por tanto mantenerlos tiene consecuencias negativas.

De acuerdo con el análisis funcional y la aplicación de pruebas psicométricas, se consideró relevante buscar reducir los niveles de ansiedad e irritabilidad, con el objetivo de mitigar el malestar fisiológico en la paciente, para lo cual se vio la pertinencia de introducir técnicas cognitivo-conductuales como la terapia centrada en esquemas, buscando así una reducción a la respuesta de ansiedad. Se priorizó durante el plan de intervención propuesto donde se trabajó en 8 sesiones las cuales duraron 8 semanas en las cuales se abordaron aspectos como la reestructuración cognitiva y afianzamiento en el entrenamiento de las habilidades sociales y los pensamientos asertivos, los cuales redujeron a mediano plazo la sintomatología y la experiencia fisiológica de la ansiedad generalizada presentada en la paciente.

4.3.3. Diagnóstico diferencial.

Tabla 1

Descripción de los diagnósticos diferenciales asociados al TAG

Trastorno Depresivo	CIE 10 F 33.0	Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve
Trastorno de pánico con o sin agorafobia	F40.9	Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas
Trastorno Obsesivo Compulsivo	F42.9	La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes, casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad y depresión.

4.3.4. Impresión Diagnóstica.

Según la APA (2013) para el diagnóstico de TAG. Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva). La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes, teniendo en cuenta que y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses:

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento:

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante (American Psychiatric Association 2013, Pg. 7).

4.4. Resultados de la intervención

Las puntuaciones en el cuestionario del *Cuestionario de esquemas de Jeffrey Young. YSQ-L3 (2009)*, donde la paciente presentó en tratamiento: percentil de 48 (Muy Alto), para Abandonamiento, 39 (Alto), con respecto a la Desconfianza, 30 (Alto) a los Castigos, 25 (Alto) referente a la privación emocional y 38 (Alto) Estándares Inflexibles. Estos resultados mostraron que la paciente presentaba modos u esquemas desadaptativos tempranos, los cuales están asociados a niveles elevados de afecto. Rodríguez (2009) se refiere, sobre el abandono y la

inestabilidad, pertenecen al sistema de creencias donde el individuo considera que las personas, a su alrededor no pueden darle apoyo fiable y estable, al igual que el esquema de desconfianza/abuso el individuo espera que lo hieran o se aprovechen de él, formando patrones de desconfianza e inestabilidad con las relaciones de su entorno diario.

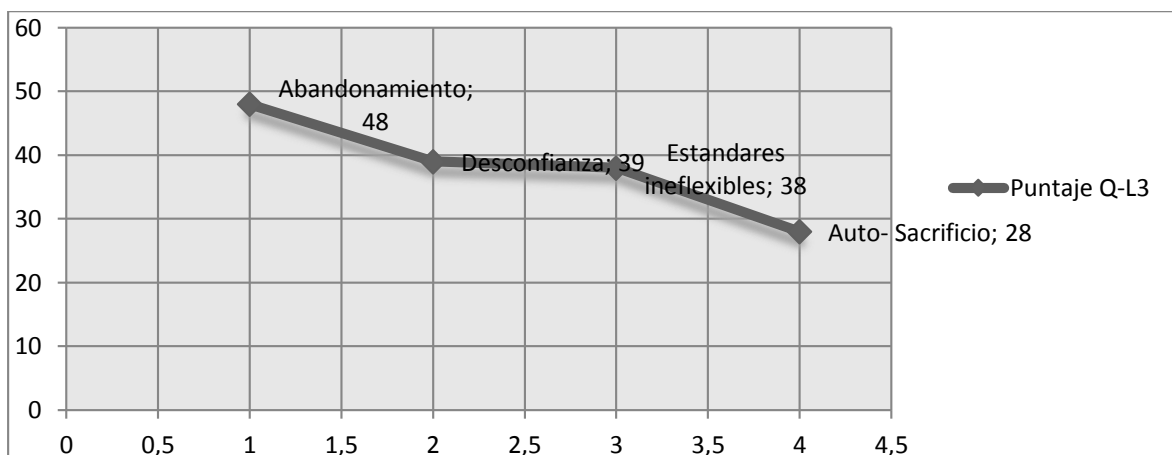


Figura 3: Resultados de puntuación del cuestionario de esquemas de Jeffrey Young (2009).

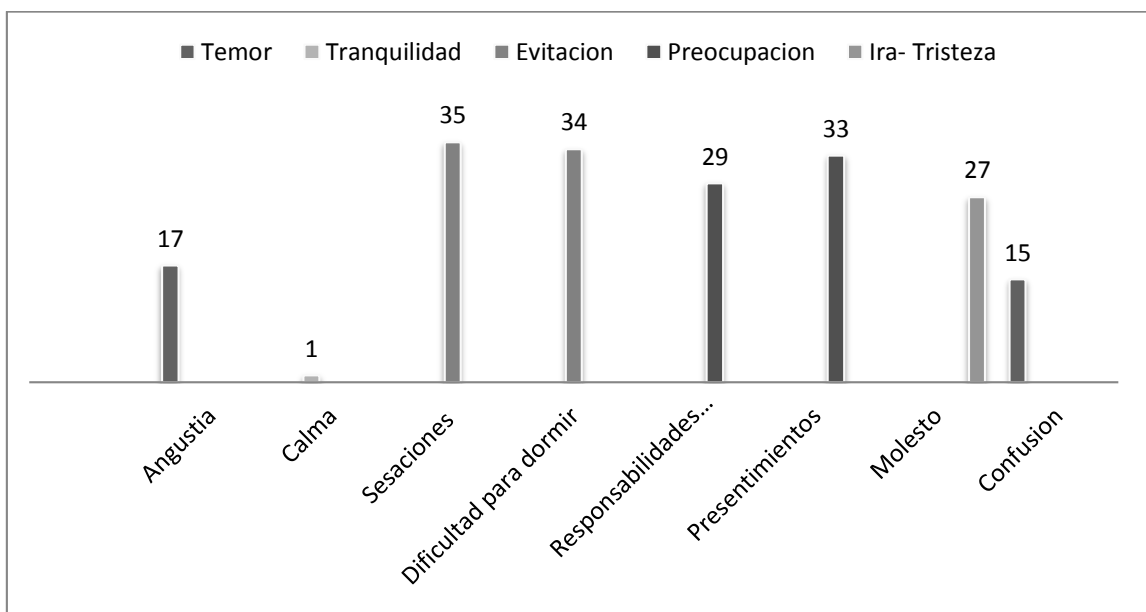


Figura 4: Resultados de puntuación del cuestionario de esquemas de Jeffrey Young (2009).

En la figura 4 se observan los resultados *State-Trait Anxiety Inventory- STAI* (2006), donde la paciente en el proceso de tratamiento un percentil de 65 para la ansiedad cual reflejaron un nivel

alto de ansiedad – estado, al inicio del tratamiento, la ansiedad estado la definen los autores como una condición emocional transitoria del organismo, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. Rio, Santamaría, Gracia y Aragón (2017), lo cual indica que los niveles de ansiedad estado, evidenciados en la paciente con relación a los 20 caracteres que evalúa la prueba 8/20 son muy altos, lo que demuestra en relación con el análisis funcional que la ansiedad presentada por la paciente es producto a diversos estímulos de origen incondicionados y condicionados.

Los resultados de acuerdo al progreso de las intervenciones, fueron corroborados por la consultante de forma verbal, la cual refería experimentar significativamente, una disminución en los pensamientos automáticos, los cuales estaban relacionados a las preocupaciones, irritabilidad, pocas habilidades sociales y la activación fisiológica al exponerse a situaciones con público. La consultante, expresa en la última intervención, en cuanto a la comunicación con su pareja, mejoro significativamente, refirió estar satisfecha con la atención recibida durante el proceso de intervención.

Dentro de los resultados se destaca, el afrontamiento de la paciente ante las situaciones estresantes y dominio al expresarse en público, en su trabajo, universidad y con su pareja, se observó una disminución significativa en la ansiedad y en los estados de irritabilidad: aprendió a manejar la respiración estando al frente de sus compañeros de clase y profesores, estando sola, sin la compañía de sus compañeros, con su pareja comenzó a buscar espacios para hablar de su relación como pareja y a expresarle su pareja aquellas situaciones que para la paciente le eran difíciles de aceptar y expresar, como el hecho de no poder tener hijos.

Mejóro notablemente sus habilidades sociales, con sus compañeros de universidad, expresándoles de forma asertiva, sobre su situación, así mismo aprendió a realizar afrontamiento con aquellas cosas que le molestaban, sin recurrir a el aislamiento. Respecto a la conciliación del sueño y las activaciones fisiológicas, como dolor muscular y bruxismo, la paciente refiere que durante las secciones fue disminuyendo progresivamente, y que ha podido dormir mejor.

La respuesta de la paciente durante las primeras intervenciones, fueron de resistencia, posterior a los autorregistros y el afrontamiento en las sesiones, fue receptiva y colaborativa, realizando todas la tereas que se dejaban para la casa.

5. Discusión

El TAG es clasificado como un diagnóstico caracterizado por ansiedad y preocupaciones excesivas presentado en forma de aprensión anticipativa y se asocia con sintomatología de inquietud, fatiga rápida, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas del sueño (APA 2013). En el presente caso, la paciente registró un diagnóstico de TAG, teniendo como estímulo desencadenante exponerse al público, o al momento de expresar sus opiniones y sentimientos a su pareja, pero identificándose otros estímulos condicionados de primarios que le conducían a presentar una sintomatología de tensión ansiosa y respuestas fisiológicas negativas, como bruxismo, dolor muscular, cefaleas, entre otras.

El caso fue abordado desde el modelo de Young (2006), el cual es uno de los marcos cognitivos más recientes y de mayor divulgación. Este modelo es caracterizado por tener un matiz claramente integradora/ecléctica, al aunar técnicas de distinto tipo y, sobre todo, de distinto origen, una de ellas la técnica de desensibilización sistemática. Uno de los rasgos típicos de este modelo es la vinculación que se establece entre patrones representacionales actuales de vida y su origen en experiencias infantiles de tipo familiar que llevan al reforzamiento de la desconfianza (Cuevas Toro, et al., 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, la terapia centrada en esquemas es una de las terapias cognitivas actuales en donde se da una mirada histórica diacrónica del problema del paciente, a partir de competencias relatorías de tipo descriptivo. Otros de los rasgos más destacados es la unión de diferentes elementos entre los que sobresalen: la conceptualización del problema del paciente, aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. Este es un modelo de tratamiento cognitivo interesante que lleva al uso de estrategias de cambio no solo metodológico, sino

terapéutico, todo a partir de la importancia de los esquemas disfuncionales tempranos como reproductor de la ansiedad misma (Herrera & Maldonado, 2002).

Este aspecto de la terapia centrada en esquemas sobre la creación de los esquemas disfuncionales tempranos como reflejos de creencias de sí mismo en relación con el ambiente y que mantienen por un sistema de retroalimentación de consecuencias negativas se hizo evidente en el presente caso, en el que fue el análisis funcional y la evaluación psicometría arrojó resultados que demostraban en la paciente una reacción de niveles altos de ansiedad que se había desarrollado a lo largo de su historia de vida. Esta predisposición ante las situaciones estresantes permitió identificar la forma en que influía significativamente en sus habilidades sociales, el aislamiento social y la baja comunicación con su pareja; presentando una orientación a tener poca tolerancia a la frustración y, por lo tanto, también a la incertidumbre, generando estados de activación fisiológicas y tensión (Vílchez, 2009)

Los estudios de Cámara y Calvete (2010) examinan la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, el afrontamiento y los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, empleando el modelo de los recursos (Holahan & Moos, 1987) y la terapia centrada en los esquemas (Young & Klosko, 1994), allí se plantea que la presencia de esquemas disfuncionales tempranos (EDT) predecirían el aumento de síntomas de ansiedad y depresión a través de formas inadecuadas de afrontamiento del estrés como el abandonamiento y la desconfianza, en ese sentido dicha conclusión de la investigación citada relacionada da resultados parecidos a los ya citados en el presente trabajo, como se percibe en el caso de la presente monografía.

De igual manera, la terapia centrada en los esquemas propone elementos que se usaron para intervenir en este trabajo como el uso de los recursos individuales y sociales de la persona que influyeron en el ajuste psicológico mediante el uso de distintas estrategias de afrontamiento. Con relación a la paciente, uno de los objetivos terapéuticos, fue la búsqueda de reducir los niveles de ansiedad e irritabilidad, buscando mitigar el malestar fisiológico en la paciente; bajo estos objetivos, los elementos combinados con la terapia de relajación progresiva de Jacobson (1929) brindaron mejores resultados en el tratamiento mejorando las estrategias de afrontamiento de la ansiedad de la paciente, confirmando lo contemplado por la teoría (Arcos-Carmona et al, 2011). Así mismo, el acompañamiento de técnicas de reestructuración cognitiva y afianzamiento en el entrenamiento de las habilidades sociales, permitieron reducir a mediano plazo la sintomatología y la experiencia fisiológica de la ansiedad generalizada presentada en la paciente.

La terapia centrada en esquemas, por ser una terapia que surge como alternativa para el abordaje de pacientes con problemas con síntomas de rumiación, se considera como una herramienta valiosa en el tratamiento del caso mencionado en el presente trabajo, teniendo como base la similitud de elementos diagnósticos que remarcan los casos de ansiedad en la mayoría de los pacientes, tal vez el más común, el abandonamiento o aislamiento social y el estrés (Calvete, 2009).

Finalmente, es apropiado afirmar que la metodología de estudio de caso permite el fortalecimiento de las habilidades propias del terapeuta y un acercamiento práctico al soporte empírico de dichos tratamientos, teniendo en cuenta que los tratamientos terapéuticos tienen eficacia en la medida que sean más individualizados desde la historia de vida del paciente o consultante con ansiedad (Siabato & Macías, 2016).

6. Conclusiones

Existen respuestas condicionadas que propician los estados de ansiedad a partir de situaciones en donde la persona asume que no tiene control. Particularmente son eventos como la exposición al público o al momento de expresar opiniones y sentimientos, produciendo el estado de activación fisiológica del estrés y de tensión en respuesta a una circunstancia apremiante, esta activación constante genera un nivel de desgaste en la vida de la persona que vivencia.

Durante el proceso de diagnóstico se descubre que la presencia de diversos estímulos asociados como inquietante condicionan la manifestación de la ansiedad e irritabilidad, este grupo de estímulos identificado como condicionado de primarios son básicamente: La relación con su familia y compañeros de universidad u trabajo, preocupaciones por los compromisos académicos reforzados con pensamientos extremistas y negativos, así mismo, los compromisos económicos en el hogar.

Existen un grupo de estímulos denominados de segunda instancia o condicionado de secundarios, los cuales son producto de los pensamientos automáticos, de tal forma que están asociados a la interpretación personal que individualmente se hace de las opiniones de los demás, lo cual facilita los pensamientos negativos caracterizados por la falta de confianza. Así mismo, las afirmaciones respecto a la interpretación que la paciente le daba a sus pensamientos, sumado a los estímulos condicionados mencionados anteriormente generaron emociones negativas caracterizadas por la ira e irritabilidad y la baja tolerancia a la frustración. La persona afectada respondía con baja asertividad a sus diferentes entornos por su menoscabo en las competencias de sociabilidad.

Las manifestaciones fisiológicas más frecuentes en el caso de ansiedad abordado en el presente trabajo fueron: Bruxismo, dolor muscular, sudoración excesiva, opresión en el pecho y cefaleas. Dichas manifestaciones desencadenan dificultades motivacionales y actitudinales como la ausencia de voluntad o abulia en la práctica y desempeño de actividades básicas diarias entre ellas trabajar o estudiar.

7. Recomendaciones

El abordaje de los esquemas disfuncionales tempranos puede ser útil como predictor de la ansiedad. Pues existen estudios en donde los datos muestran que las estrategias de distanciamiento, tales como la evitación, la negación y el pensamiento ilusorio, actúan como mediadores parciales y/o totales de la relación entre los EDT y los síntomas. Particularmente es importante mirar las estrategias de distanciamiento que el individuo usa y reproduce como elemento colateral a la ansiedad (Cámara & Calvete, 2010).

Es importante para efectividad del proceso terapéutico identificar los aspectos predictores de la ansiedad, con el fin de crear y recrear más elementos en torno a su reflexión crítica psicológica y por ende terapéutica, este último aspecto es fundamental pese a la adaptación de diferentes elementos que conlleven al ajuste psicológico desde el cambio y no del conformismo adaptativo, para ello es clave el estudio de los esquemas de afrontamiento de la ansiedad.

Con respecto al caso, se hace recomendación darle seguimiento seis meses, posterior a la atención prestada, para la evolución y desarrollo de la misma y así mismo un año después con el fin de identificar de forma más clara la evolución de la paciente en su proceso terapéutico.

Para concluir, los resultados vistos en el presente trabajo muestran al igual que otros trabajos que sugieren la relajación progresiva de Jacobson (1929) en los programas de prevención e intervención de la ansiedad existe un notable beneficio para el paciente o consultante al incorporarse dentro de las estrategias terapéuticas.

8. Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4^a ed. Washington. Estados Unidos. Ed. Review.
- Asociación Americana De Psiquiatría (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Trastornos Mentales Quinta Edición*. Ed. Médica Panamericana.
- Barajas, S. (2015). Evitación y psicopatología: Un estudio a través de una tarea experimental y su relación con medidas de autoinforme. *Psicopatología y Psicología Clínica: 1*(1), 63-73.
- Barlow, D. & Durand, M. (1999). *Psicología Anormal: Un Enfoque Integral*. Ciudad de México. México. Ed. Paraninfo.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Volumen I & II. Madrid, España. Ed. McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.ebrary.com>
- Bousoño, M., Sáiz, P. A., Jiménez, L., & Fernández, J. M. (1999). Bases biológicas del trastorno por ansiedad social. Abordaje actual del trastorno por ansiedad social. *Mal Estar e Subjetividades: 6*(2), 15-26.
- Carro-de-Francisco, C. & B. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud: 26*(3), 159-166.
- Cortese, E. N. (2009). *Manual de psicopatología y psiquiatría*. Ed 2°. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nobuko. Recuperado de <http://www.ebrary.com>
- Davis, M. (2001). "The amygdala: vigilance and emotion". *Molecular Psychiatry: 6*(1), 13-34

- Dugas, M. J. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders: 19*(3), 329-343.
- Gabalda, I. C. (2014). Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. *Psicoterapia: 25*(98), 7-24.
- García, R., Vouimba, R. M., Baudry, M. & Thompson, R. F. (1999). “The amygdala modulates prefrontal cortex activity relative to conditioned fear”. *Nature: 402*(67), 294-296.
- Guerrero, M. O. (27 de marzo del 2004). Colombia se llena de Ansiedad. *El Tiempo* Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1588993>
- Irwin, S. & Barbara, S. (2006). *Psicopatología: psicología anormal el problema de la conducta inadaptada*. México: Ed. Pearson.
- Jarne, E. A., & Talarn, C. A. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Ed. UOC. Recuperado de <http://www.ebrary.com>
- Le Doux, J. E. (2000). “Emotion circuits in the brain”. *Annual Review of Neurosciences: 23*(1), 155-184.
- Ministerio de la protección social Colombia- Fundación Fess (2003). Estudio Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

- Ministerio de la protección social Colombia- Universidad pontificia Javeriana. (2015). Estudio Nacional de Salud Mental. Recuperado de https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Connelly Gibbons, M. B., & Erickson, T. M. (2006). *Participant factors in treating anxiety disorders*. En L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 121-154). New York. Ed. Oxford University Press.
- Pagés, S. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica: 16(1)*, 89-94.
- Pérez de la Mora, M. (1995), “*Biología de la transmisión sináptica*”, en J. C. Díaz Zagoya y J. J. Hicks (comps.), *Bioquímica* (464-478), México, Ed. McGraw Hill Interamericana,.
- Ruiz, D. Villalobos, A. & Díaz, M. A. (2013). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid. Ed. Declee.
- Sapolsky, R. M. (2000). “Stress hormones: good and bad”, *Neurobiology of Disease: 7(5)* 540-542.
- Stahl, S. & Stephen. S. (2011). *Psicofarmacología esencial de Stahl*. Tomo II. Madrid. Ed. Aula Médica.
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade: 3(1)*, 10-59.
- Tiscornia, M. (2009). El modelo de la Terapia de Esquemas en el abordaje de pacientes difíciles. *Sociedad uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC): 2*. 3-14.

Uriarte, B. V. R. (2013). *Funciones cerebrales y psicopatología*. México, D.F., México: Ed.

Alfil, S. A. de C. V. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>

Vílchez. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young, Universidad Femenina del

Sagrado Corazón. Schmidt, V. (2010). Las bases biológicas del neuroticismo y la extraversión,

¿por qué nos comportamos como lo hacemos? *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de*

Ciencia Psicológica: 2(1), 20-25.

9. Anexos


9.1. Anexo 1


Test: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Autores: Vera, Celis, Córdova, Buela y Spielberger,

Año: (2007),

Versión: española "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI) del año 1982 (Universidad Complutense de Madrid, 2006).

 Universidad Complutense Madrid		Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica Instrumentos - Material de Prácticas			
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)					
ANSIEDAD-ESTADO					
<i>Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</i>					
	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
1. Me siento calmado	0	1	2	3	
2. Me siento seguro	0	1	2	3	
3. Estoy tenso	0	1	2	3	
4. Estoy contrariado	0	1	2	3	
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3	
6. Me siento alterado	0	1	2	3	
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3	
8. Me siento descansado	0	1	2	3	
9. Me siento angustiado	0	1	2	3	
10. Me siento confortable	0	1	2	3	
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3	
12. Me siento nervioso	0	1	2	3	
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3	
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3	
15. Estoy relajado	0	1	2	3	
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3	
17. Estoy preocupado	0	1	2	3	
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3	
19. Me siento alegre	0	1	2	3	
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3	


 Universidad Complutense Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica
Instrumentos - Material de Prácticas

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

9.2. Anexo 2

Test: YSQ-L3, (Schematic Questionnaire by Jeffrey Young.),

Año: 2009

Autores: Torres y Hermsillo, Universidad de Autónoma de Aguascalientes, México, (2009).

Versión: Adaptación al español "Cuestionario de esquemas de Jeffrey Young tercera edición"

Villalobos.

M-127

YSQ – L3

Jeffrey Young, Ph. D.

Nombre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES

En la parte de abajo encontrarás una lista de enunciados que alguien podría usar para describirse. Por favor, lee cada enunciado y decide qué tan bien te describe eligiendo el número de la escala que consideres como el que mejor te describe y escribiéndolo en la línea que precede al enunciado. Cuando no estés seguro(a), basa tu respuesta en lo que emocionalmente **sientes**, no en lo que **crees** que sería verdad.

ESCALA DE PUNTAJE

1 = Completamente falso 4 = Moderadamente verdadero
 2 = Generalmente falso 5 = Generalmente verdadero
 3 = Ligeramente más verdadero que falso 6 = Me describe perfectamente

EJEMPLO:

A. 4 Me preocupa no caerle bien a la gente

1. _____ La gente no ha estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.
2. _____ No he recibido suficiente amor o atención.
3. _____ Por lo general, no he tenido alguien de quien depender para obtener consejos o apoyo emocional.
4. _____ La mayor parte del tiempo, no he tenido alguien que me apoye, que comparta conmigo, o que se interese profundamente en todo lo que me suceda.
5. _____ En gran parte de mi vida, no he tenido a alguien que quiera acercarse a mí y pasar mucho tiempo conmigo.
6. _____ Por lo general, nadie ha estado ahí para darme calidez humana, apoyo y cariño.
7. _____ En gran parte de mi vida, No he sentido que soy especial para alguien.
8. _____ Por lo general, no he tenido alguien que realmente me escuche, me entienda, o que esté en sintonía con mis verdaderas necesidades y sentimientos.

M-128

ESCALA DE Puntuación	1 = Completamente falso 2 = Generalmente falso 3 = Ligeramente más verdadero que falso	4 = Moderadamente verdadero 5 = Generalmente verdadero 6 = Me describe perfectamente
9. _____	Raramente he tenido una persona fuerte para darme buenos consejos o para guiarme cuando no estoy seguro(a) de qué hacer.	
10. _____	Me preocupa que la gente que quiero muera pronto, aun cuando hay pocas razones médicas para respaldar mi preocupación.	
11. _____	He notado que me aferro a la gente que está cerca de mí porque me da miedo que me dejen.	
12. _____	Me preocupa que la gente a quienes me siento cercano(a) me dejen o me abandonen.	
13. _____	Siento que no tengo una base estable de apoyo emocional.	
14. _____	Siento que las relaciones importantes no puedan durar; creo que éstas terminan tarde o temprano.	
15. _____	Me siento atraído(a) a las parejas que no pueden estar conmigo en una forma comprometida.	
16. _____	Al final terminaré solo(a).	
17. _____	Cuando siento que alguien que quiero se está alejando de mí, me desespero.	
18. _____	A veces me preocupa tanto que la gente me deje, que termino alejándolos.	
19. _____	Me disgusta cuando alguien me deja solo(a), aunque sea por un periodo de tiempo pequeño.	
20. _____	No puedo contar con que la gente que me apoya esté ahí de forma regular.	
21. _____	No puedo permitirme tener relaciones profundas con otras personas porque no tengo la seguridad de que siempre estarán ahí.	
22. _____	Parece que las personas que son importantes en mi vida, siempre van y vienen.	
23. _____	Me preocupa mucho que la gente que amo me deje porque encuentre a alguien más a quien prefieran.	
24. _____	Las personas muy cercanas a mí, han sido muy impredecibles; en un momento son amables y están disponibles; y en el próximo están enojados, molestos, absortos en ellos mismos, peleando, etcétera.	
25. _____	Necesito tanto a otras personas que me da miedo perderlas.	
26. _____	No puedo ser yo mismo(a) o expresar lo que realmente siento pues la gente terminará dejándome.	
27. _____	Siento que las personas se aprovecharán de mí.	
28. _____	Frecuentemente siento que tengo que protegerme de los demás.	
29. _____	Siento que no puedo bajar la guardia frente a otras personas o me harán daño intencionalmente.	
30. _____	Si alguien se comporta amable conmigo, asumo que está buscando algo.	
31. _____	Es sólo cuestión de tiempo antes de que alguien me traicione.	

M-129

ESCALA DE PUNTAJACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

32. ___ La mayoría de las personas solo piensan en ellos mismos.
33. ___ Me cuesta muchísimo confiar en los demás.
34. ___ Siempre sospecho de las intenciones de otras personas.
35. ___ Las personas son raramente honestas; usualmente, no son lo que parecen.
36. ___ Usualmente, estoy a la búsqueda de las "segundas intenciones" de la gente.
37. ___ Si creo que alguien está tratando de herirme, intento herirlo(a) primero.
38. ___ Las personas tienen que demostrarme que son dignas de confianza antes de que yo pueda confiar en ellas.
39. ___ Les pongo "pruebas" a las personas para saber si me están diciendo la verdad y si sus intenciones son buenas.
40. ___ Me apego a la creencia "controlar o ser controlado".
41. ___ Me enoja al pensar en las formas en que he sido maltratado(a) por otra gente durante el curso de mi vida.
42. ___ Durante mi vida, quienes han sido cercanos a mí, se han aprovechado o me han usado para conseguir sus propósitos.
43. ___ He sido abusado(a) física, emocional o sexualmente por gente importante en mi vida.
44. ___ No me adapto.
45. ___ Soy fundamentalmente diferente a otras personas.
46. ___ No soy aceptado, soy solitario(a).
47. ___ Me siento distanciado(a) de las demás personas.
48. ___ Me siento solo(a) y aislado(a).
49. ___ Siempre me siento fuera de los grupos.
50. ___ Nadie me entiende realmente.
51. ___ Mi familia siempre fue diferente a las otras familias alrededor de nosotros.
52. ___ A veces me siento como si fuera un extraño.
53. ___ Si desapareciera mañana, nadie lo notaría.
54. ___ Ningún(a) hombre/mujer que yo desee podría amarme una vez que vea mis defectos.
55. ___ Nadie que yo desee querría estar cerca de mí si conociera mi yo real.
56. ___ Soy intrínsecamente imperfecto(a) y defectuoso(a).
57. ___ No importa cuánto lo intente, siento que no seré capaz de encontrar un(a) hombre/mujer importante para mí, que me respete o sienta que valgo la pena.
58. ___ No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
59. ___ Siento que no soy una persona a la que se puede amar.

ESCALA DE PUNTUACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

94. ___ Echo a perder todo lo que intento, aún fuera del trabajo (o de la escuela).
95. ___ Soy inepto(a) en la mayoría de las áreas de la vida.
96. ___ Si confío en mi propio juicio en situaciones diarias, tomaré una decisión equivocada.
97. ___ Me falta sentido común.
98. ___ Mi juicio no es confiable en situaciones diarias.
99. ___ No confío en la habilidad que tengo para resolver los problemas cotidianos que surgen.
90. ___ Siento que necesito alguien en quien apoyarme para orientarme acerca de cosas prácticas.
91. ___ Me siento más como niño(a) que como adulto(a) cuando se trata de manejar responsabilidades diarias.
92. ___ Encuentro abrumadoras las responsabilidades de la vida diaria.
93. ___ No puedo escapar del sentimiento de que algo malo está por suceder.
94. ___ Siento que un desastre (natural, financiero, criminal, o médico) podría sucederme en cualquier momento.
95. ___ Me preocupa convertirme en un(a) vagabundo(a) o persona de la calle.
96. ___ Me preocupa ser atacado.
97. ___ Tomo grandes precauciones para evitar enfermarme o herirme.
98. ___ Me preocupa poder estar desarrollando una enfermedad seria, aún cuando nada serio haya sido diagnosticado por un médico.
99. ___ Soy una persona miedosa.
100. ___ Me preocupan mucho las cosas malas que suceden en el mundo: crimen, contaminación, etc.
101. ___ Frecuentemente siento que me estoy volviendo loco(a).
102. ___ Frecuentemente siento que tendré un ataque de ansiedad.
103. ___ Frecuentemente me preocupa el poder tener un ataque al corazón o padecer cáncer, aún cuando hay muy pocas razones médicas para estar preocupado(a).
104. ___ Siento que el mundo es un lugar peligroso.
105. ___ No he sido capaz de separarme de mis padres de la forma que las demás personas de mi edad parecen haberlo hecho.
106. ___ Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.
107. ___ Es muy difícil para mis padres y para mí callar detalles íntimos sin sentirnos culpables o traicionados.

ESCALA DE
PUNTUACIÓN

1 = Completamente falso
2 = Generalmente falso
3 = Libéramente más verdadero que falso

4 = Moderadamente verdadero
5 = Generalmente verdadero
6 = Me describe perfectamente

M-132

108. ___ Mis padres y yo tenemos que hablamos casi todos los días, si no, alguno se siente culpable, herido, decepcionado o solo.
109. ___ Con frecuencia siento que no tengo una identidad separada de la de mis padres o mi pareja
110. ___ Frecuentemente siento que mis padres están viviendo a través de mí o que no tengo una vida propia.
111. ___ Me es muy difícil mantener distancia de la gente con la que estoy íntimamente ligada; tengo problemas manteniendo un sentido independiente de mí mismo(a).
112. ___ Estoy tan involucrado(a) con mi pareja o mis padres que realmente no sé quien soy o lo que quiero.
113. ___ Tengo problemas separando mi punto de vista o mis opiniones de las de mis padres o mi pareja.
114. ___ Frecuentemente siento que no tengo privacidad cuando se trata de mis padres o mi pareja.
115. ___ Siento que mis padres se sentirían muy heridos si yo me fuera a vivir solo(a), lejos de ellos.
116. ___ Dejo a la gente hacer las cosas a su manera porque tengo miedo de las consecuencias.
117. ___ Siento que si hago lo que quiero sólo estaría buscando problemas.
118. ___ Siento que no tengo otra opción que ceder a los deseos de los demás, si no, ellos se desquitarán o me rechazarán de alguna manera.
119. ___ En las relaciones, dejo que la otra persona tenga el dominio y/o tome la delantera.
120. ___ Siempre he dejado que los demás decidan por mí así que realmente no sé lo que quiero para mí.
121. ___ Siento que las decisiones importantes en mi vida no han sido realmente mías.
122. ___ Me preocupa mucho complacer a la demás gente para que no me rechacen.
123. ___ Tengo muchos problemas exigiendo que mis derechos sean respetados y mis sentimientos tomados en cuenta.
124. ___ Me desquito con las personas de manera muy discreta o sutil en lugar de mostrar mi enojo directamente.
125. ___ Iria mucho más lejos de lo que muchas personas van con tal de evitar confrontaciones.
126. ___ Antepongo las necesidades de los demás ante las mías, si no, me siento culpable.
127. ___ Me siento culpable cuando defraudo o decepciono a la gente.

ESCALA DE Puntuación	1 = Completamente falso	2 = Generalmente falso	3 = Ligeramente más verdadero que falso	4 = Moderadamente verdadero	5 = Generalmente verdadero	6 = Me describe perfectamente
----------------------	-------------------------	------------------------	---	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------

M-133

128. ___ Le doy a los demás más de lo que yo obtengo a cambio de ellos.
129. ___ Soy quien usualmente termina cuidando de la gente cercana a mí.
130. ___ Soy capaz de hacer casi cualquier cosa por una persona que yo amara.
131. ___ Soy una buena persona porque pienso en los demás más de lo que pienso en mi mismo(a).
132. ___ En el trabajo, usualmente soy yo quien se ofrece a hacer tareas adicionales o tiempo extra.
133. ___ No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.
134. ___ Me las puedo arreglar con poco porque mis necesidades son mínimas.
135. ___ Sólo soy feliz cuando los que están a mi alrededor son felices.
136. ___ Tengo poco tiempo para mí porque me encuentro muy ocupado(a) haciendo cosas por la gente que quiero.
137. ___ Siempre he sido quien escucha los problemas de los demás.
138. ___ Me siento más cómodo(a) dando regalos que recibiendo los.
139. ___ Las personas perciben que hago demasiado por los demás y no lo suficiente por mí.
140. ___ No importa que tanto dé, siento que nunca es suficiente.
141. ___ Si hago lo que quiero, me siento incómodo(a).
142. ___ Me es muy difícil pedirle a los demás que se ocupen de mis necesidades.
143. ___ Me preocupa perder el control de mis acciones.
144. ___ Me preocupa poder herir física o emocionalmente a alguien en forma seria si mi enojo se sale de control.
145. ___ Siento que debo controlar mis impulsos y mis emociones o algo malo podría pasar.
146. ___ Hay mucho enojo y resentimientos dentro de mí que no expreso.
147. ___ Soy demasiado consciente como para expresar a otros sentimientos positivos (por ejemplo: afecto, cuidado).
148. ___ Me avergüenza expresarle mis sentimientos a los demás.
149. ___ Me cuesta trabajo ser cálido(a) y espontáneo(a).
150. ___ Me controlo tanto que la gente piensa que soy insensible.
151. ___ La gente me percibe como una persona cerrada emocionalmente.
152. ___ Debo ser el/la mejor en todo lo que hago; no puedo aceptar segundos lugares.
153. ___ Me esfuerzo para mantener todo en perfecto orden.
154. ___ Debo lucir de lo mejor la mayoría de las veces.
155. ___ Intento hacer mi máximo esfuerzo; no puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".
156. ___ Tengo tanto que lograr que realmente casi no hay tiempo para relajarse.

M-134

ESCALA DE PUNTAJACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

157. ___ Casi nada de lo que hago es lo suficientemente bueno; Siempre puedo hacerlo mejor.
158. ___ Debo cumplir con todas mis responsabilidades.
159. ___ Siento que hay una presión constante para que logre mis metas y realice mis cosas.
160. ___ Mis relaciones se afectan porque yo me presiono demasiado.
161. ___ Mi salud se está deteriorando porque me pongo bajo demasiada presión para hacer bien las cosas.
162. ___ Frecuentemente sacrifico placer y felicidad para alcanzar mis propios estándares.
163. ___ Cuando cometo un error, merezco que me critiquen fuertemente.
164. ___ No puedo permitirme el hecho de justificar o formular excusas para escapar fácilmente de mis errores.
165. ___ Soy una persona muy competitiva.
166. ___ Le doy mucho énfasis al dinero y al estatus.
167. ___ En términos de mi desempeño, siempre tengo que ser el/la número uno.
168. ___ Tengo problemas para aceptar un "no" por respuesta cuando quiero algo de otras personas.
169. ___ Con frecuencia me enojo o me irrito si no obtengo lo que quiero.
170. ___ Soy especial y no tendría por qué aceptar las restricciones que tienen otras personas.
171. ___ Odio ser limitado y que eviten que haga lo que quiera.
172. ___ Siento que no tengo por qué seguir las reglas y convencionalismos normales que la demás gente sigue.
173. ___ Siento que lo que yo tengo que ofrecer es de mas valor que lo que tienen que ofrecer los demás.
174. ___ Usualmente antepongo mis necesidades a las de los otros.
175. ___ Frecuentemente me doy cuenta de que estoy tan envuelto(a) en mis prioridades que no tengo tiempo para atender a mis amigos o a mi familia.
176. ___ La gente me dice con frecuencia que soy muy dominante y controlo la manera en cómo se hacen las cosas.
177. ___ Me irrito mucho cuando la gente no hace lo que le pido.
178. ___ No puedo tolerar que otras personas me digan qué hacer.
179. ___ Tengo gran dificultad para dejar de beber, fumar, comer en exceso u otros comportamientos que son problemáticos.
180. ___ No parezco poder disciplinarme para cumplir con tareas aburridas o rutinarias.

M-134

ESCALA DE PUNTUACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

157. ___ Casi nada de lo que hago es lo suficientemente bueno; Siempre puedo hacerlo

ESCALA DE PUNTUACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

M-135

181. ___ Frecuentemente me dejo llevar por impulsos y expreso emociones que me meten en problemas o hieren a otras personas.
182. ___ Si no puedo alcanzar una meta, me frustro fácilmente y me doy por vencido(a).
183. ___ Me es muy difícil sacrificar satisfacciones inmediatas para alcanzar una meta a largo plazo.
184. ___ Frecuentemente sucede que, una vez que empiezo a sentirme enojado(a), ya no puedo controlarme.
185. ___ Tiendo a exagerar las cosas aunque sé que es malo para mí.
186. ___ Me aburro muy fácilmente.
187. ___ Cuando las tareas se vuelven difíciles, es usual que no pueda perseverar hasta completarlas.
188. ___ No me puedo concentrar en algo por mucho tiempo.
189. ___ No puedo forzarme a hacer cosas que no disfruto, aun cuando sé que son por mi propio bien.
190. ___ Pierdo la cordura ante la más mínima ofensa.
191. ___ Raramente soy capaz de mantener mis decisiones.
192. ___ Casi nunca puedo evitar mostrarle a la gente como me siento en realidad, no me importa el costo que esto pudiera tener.
193. ___ Frecuentemente hago cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
194. ___ Es importante para mí caerle bien a casi todas las personas que conozco.
195. ___ Cambio mi conducta en función de la persona con la que esté con el fin de caerle aún mejor.
196. ___ Me esfuerzo mucho para adaptarme y estar a la altura de las situaciones.
197. ___ Mi autoestima está basada mayormente en la manera en que otra gente me percibe.
198. ___ Tener dinero y conocer gente importante me hace sentir que valgo la pena.
199. ___ Invierto mucho tiempo en mi apariencia física para que la gente me valore.
200. ___ Los logros son más valiosos para mí cuando otra gente los nota.
201. ___ Estoy tan enfocado(a) en quedar bien con los demás que algunas veces no sé quien soy.

ESCALA DE PUNTUACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

M-136

205. ___ Me siento menos importante a menos de que obtenga mucha atención de parte de los demás.
206. ___ Si hago comentarios en una junta o me presento en una reunión, busco el reconocimiento y la admiración.
207. ___ Recibir muchos elogios y cumplidos me hacen sentir como una persona que vale la pena.
208. ___ Aún cuando las cosas parecen ir bien, siento que es sólo temporalmente.
209. ___ Si algo bueno pasa, me preocupa que algo malo suceda después.
210. ___ No puedes ser demasiado cuidadoso(a); algo, casi siempre, va a salir mal.
211. ___ No importa que tan duro trabaje, me preocupa perder el control de mis finanzas.
212. ___ Me preocupa que una mala decisión pueda llevarme a un desastre.
213. ___ Frecuentemente me obsesiono con decisiones menores porque las consecuencias de cometer un error, parecen muy serias.
214. ___ Me siento mejor asumiendo que las cosas no resultarán para mí, de esta manera, no me siento decepcionado(a) si las cosas salen mal.
215. ___ Me enfoco más en los aspectos y eventos negativos de la vida que en los positivos.
216. ___ Tiendo a ser pesimista.
217. ___ La gente cercana a mí me considera un(a) preocupón(a).
218. ___ Si la gente se entusiasma demasiado con algo, me siento incómodo y quiero advertirles lo que podría salir mal.
219. ___ Si cometo un error, merezco que me castiguen.
220. ___ Si no hago mi mayor esfuerzo, debo salir perdiendo.
221. ___ No hay excusas si cometo un error.
222. ___ La gente que no da su mayor esfuerzo debe ser castigada de alguna manera.
223. ___ Por lo general, no acepto las excusas de los demás, simplemente porque ellos no están dispuestos a aceptar responsabilidades y pagar las consecuencias.
224. ___ Si no hago el trabajo, debo sufrir las consecuencias.
225. ___ Frecuentemente pienso acerca de los errores que he cometido y me siento enojado(a) conmigo mismo(a).

M-137

ESCALA DE PUNTUACIÓN	1 = Completamente falso	4 = Moderadamente verdadero
	2 = Generalmente falso	5 = Generalmente verdadero
	3 = Ligeramente más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

229. ____ Me enoja cuando las personas se disculpan a sí mismas o cuando culpan a otras personas de sus problemas.
230. ____ No importa el por qué cometo un error ya que cuando hago algo mal debo sufrir las consecuencias.
231. ____ Me castigo mucho cuando echo a perder las cosas.
232. ____ Soy una mala persona que merece ser castigada.

Copyrights 2005, Jeffrey Young, Ph. D. Special thanks to Gary Brown, Ph. D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph. D., and the many other therapists and researchers who have contributed items and feedback in the development of the YSQ, 3rd Edition. Unauthorized reproduction without written consent of the autor is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 130 west 42nd St. Ste. 501, new York, NY 10036. Traducción y adaptación al español por Mtro. Armando Villalobos Nájera, Lic. Mayra Torres y Mtra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre. UAA, Departamento de Psicología, 2009.

9.3. Anexo 3

Título: Formato de consentimiento informado

Universidad Minuto De Dios

Consentimiento Informado

Certifico que he recibido y comprendido que la información que recibí del Psicólogo es de carácter confidencial y que la podrá revelar si **durante la evaluación o el tratamiento, el psicólogo detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros**. Se me indico que durante las primeras sesiones se realizara una evaluación de mis necesidades a través de diferentes pruebas y técnicas psicológicas que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad y con base a la evaluación diseñara el plan de intervención que más se ajuste a mi necesidad. También se me informo que el enfoque de la intervención que se va a trabajar se denomina **Terapia Cognitivo Conductual**, la cual consiste en un acercamiento de terapia breve enfocado en la resolución de los problemas. De igual manera he comprendido que por el psicólogo encontrarse en un ejercicio de practica la intervención es formativa y académica, pero pondrá todo su conocimiento al servicio de mi proceso terapéutico. También se me indico que yo puedo revocar el consentimiento informado o dar por terminada en cualquier momento la relación entre psicólogo y yo cuando lo considere pertinente, sin que ello indique algún tipo de consecuencia para mí.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año 2017, en la ciudad de Bucaramanga- Santander.

Firma del Usuario

Firma Psicólogo en Formación

9.4. Anexo 4

Plan de trabajo

Consultante	JBS
Motivo de Consulta	La paciente refiere que “me asusta estar frente al curso cuando me corresponde alguna exposición o que sea dirigirme en público me causa ansiedad”
Número de sesiones	8
Objetivo Terapéutico	<p>Sesión1; Conocer al paciente en su globalidad. Indagar sobre su personalidad, sus habilidades y destrezas y problemas o dificultades psicológicas que pueda presentar, como base significativa para identificar posibles conflictos que pueda generar en su situación actual.</p> <p>Sesión2; Conocer al paciente en su globalidad. Indagar sobre su personalidad, sus habilidades y destrezas y problemas o dificultades psicológicas que pueda presentar, como base significativa para identificar posibles conflictos que pueda generar en su situación actual.</p> <p>Sesión 3; Identificar sus habilidades frente a contextos que le puedan causar situaciones de ansiedad y comportamientos desadaptativos frente a su contexto actual.</p> <p>Sesión 4; Reconocer la importancia de manejar y controlar situaciones que le puedan generar ansiedad a partir de las técnicas de relajación.</p> <p>Sesión 5; Reforzar lo hecho durante las sesiones anteriores, y así fortalecer su conocimiento ante su problemática actual.</p> <p>Sesión 6; Identificar ideas irracionales que le puedan generar conductas perturbadoras dentro de su contexto actual.</p> <p>Sesión 7; Reforzar la técnica que el paciente está utilizando para reducir el estímulo temido o el generador de la ansiedad y así aprender a gestionar su conducta ante ella.</p> <p>Sesión 8; Buscar reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos mediante la realización de conductas que eviten que esta aparezca.</p>
Técnica Utilizada	<p>Sesión 1-2; Mayéutica.</p> <p>Sesión 3; Entrenamiento en habilidades sociales.</p> <p>Sesión 4; Entrenamiento en el manejo de la ansiedad.</p> <p>Sesión 5; Tratamientos de autoayuda.</p> <p>Sesión 6; Detección de creencias irracionales.</p> <p>Sesión 7; Técnicas de exposición.</p> <p>Sesión 8; Silla Vacía.</p>

<p>Actividades Desarrolladas en Sesión</p>	<p>Se realiza una serie de preguntas dirigidas a identificar y corregir el contenido cognitivo asociado a la sintomatología; esto se realiza en las dos sesiones.</p> <p>Sesión 1; 1. La petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias 2. Indagar las alternativas interpretativas a los pensamientos o creencias 3. Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales.</p> <p>Sesión 2; 4. Comprobar la gravedad de las predicciones negativas 5. Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación:</p> <p>Sesión 3; Se desarrollan estrategias donde el paciente comenzara a trabajar sus habilidades sociales frente a situaciones que puedan generarle ansiedad y así comenzara a trabajar lo aprendido en las sesiones anteriores.</p> <p>Sesión 4; Se usará la relajación aplicada, para el control de la ansiedad y así se le entrenará para reconocer los síntomas que puedan reflejar la presencia de la ansiedad y aprender a reconocer las respuestas de la ansiedad a medida que se puedan ir formando, de la misma manera poder usar los indicadores para iniciar la respuesta de afrontamiento de la relajación.</p> <p>Sesión 5; Se realiza una búsqueda de bibliografías y temáticas acorde a su situación actual, donde se desarrolla un aprendizaje y control respecto a su contexto actual.</p> <p>Sesión 6; La paciente buscara las creencias irracionales que la llevan a las conductas perturbadoras, para ello se utilizara autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, y así permitiendo su identificación.</p> <p>Sesión 7; se buscará que la paciente confronte un estímulo que le genera ansiedad y así utilizar las técnicas aprendidas para reducir el estímulo estresante y restaurar los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar ante dicho estímulo o situación</p> <p>Sesión 8; la paciente se enfrentará a varios estímulos ansiógenos para reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos mediante la realización de conductas que eviten que esta aparezca.</p>
<p>Resultados de las actividades</p>	<p>Igual que el punto anterior se mencionan los resultados para cada sesión.</p> <p>Durante la sesión 1 se obtuvo como resultado las creencias o pensamientos que posee la paciente frente a situaciones que pueden generarle inestabilidad en sus esferas de funcionamiento, lo cual le ha ocasionado algunas consecuencias emocionales al mantener algunas creencias disfuncionales.</p> <p>Durante la Sesión 2 se obtuvo la conceptualización de los pensamientos que la paciente formula para que sus predicciones sean negativas</p>

	<p>Durante la sesión 3 La paciente encuentra, situaciones que le pueden ocasionar malestar y le es difícil aplicar sus habilidades sociales dentro de un contexto laboral y académico.</p> <p>Durante la sesión 4 La paciente logra manejar el entrenamiento y lo coloca en práctica en diversos espacios de su contexto actual.</p> <p>Durante la sesión 5 La paciente se responsabiliza ante su tratamiento y así se fortalecerá dentro de un contexto de aprendizaje que le ayudará a mejorar su calidad de vida.</p> <p>Durante la sesión 6 Se le orienta y se le realiza psicorientación ante las diferentes maneras de identificar las creencias irracionales que constantemente le están afectando su contexto actual. Y así utilizar la sesión anterior de aprendizaje.</p> <p>Durante la sesión 7 la paciente logra confrontar los estímulos que le ocasionan ansiedad y así reduce los estímulos estresantes.</p> <p>Durante la sesión 8 la paciente evita estímulos mediante la realización de conductas que le facilitan su proceso.</p>
Observaciones	Aún se continúa en proceso.
Pruebas Aplicadas	Durante las sesiones y proceso terapéutico se utilizó la observación conductual donde su función es cuantificar y analizar la conducta. A través de ésta, se determina el diagnóstico, de igual manera se utilizó el autorregistro donde podremos analizar de qué situación inicial partimos, y qué puede estar pasando ante esa situación, y así mirar qué sentimientos nos provoca ese pensamiento y cuál es la consecuencia o conducta que aparece después de ese sentir o pensar dentro de su contexto actual.
Resultados de pruebas aplicadas	Se recogió información donde se obtuvieron datos relevantes sobre un síntoma o un problema que presentaba la paciente.
Diagnóstico según DSMV	<p>Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM V F41.1; Según el CIE 10 F41.1</p> <p>Cumple con el criterio A, ya que la consultante presenta dificultad en controlar las preocupaciones, de la misma forma cumple con el criterio B, ya que la consultante presenta Inquietud o sensación de estar atrapada o con los nervios de punta, Fácilmente fatigada, Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, Irritabilidad, Tensión muscular, Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). Cumple con el criterio C, ya que la consultante presenta, ansiedad, preocupación y síntomas físicos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Según el CIE 10 la consultante cumple con:</p>

	<p>Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).</p> <p>Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).</p> <p>Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).</p>
<p>Plan de tratamiento</p>	<p>Desarrollar estrategias donde la consultante pueda analizar sus pensamientos y creencias disfuncionales y así construir técnicas de respuesta más adaptativas y funcionales.</p> <p>La técnica de reestructuración cognitiva; Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente y generando junto a la consultante alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales. Se modifican creencias, actitudes y puntos de vista que estén afectando al paciente dentro de su vida cotidiana.</p> <p>Sesión3: entrenamiento en habilidades sociales; actividad, se desarrollan estrategias donde el paciente comenzara a trabajar sus habilidades sociales frente a situaciones que puedan generarle ansiedad y así comenzara a trabajar lo aprendido en las sesiones anteriores.</p> <p>Sesión4; Entrenamiento en el manejo de la ansiedad: actividad; se usará la relajación aplicada para el control de la ansiedad y así se le entrenará para reconocer los síntomas que puedan reflejar la presencia de ansiedad y así aprender a reconocer las respuestas de la ansiedad a medida que se puedan ir formando, de la misma manera poder usar los indicadores para iniciar la respuesta de afrontamiento de la relajación.</p> <p>Sesión5; Tratamientos de autoayuda: actividad: comenzara un proceso de los programas de autoayuda específicos como textos, y tareas en casa para el aprendizaje en cuanto al control de la ansiedad en su contexto actual.</p> <p>Sesión 6: Detección: la paciente buscara las creencias irracionales que la llevan a las conductas perturbadoras, para ello se utilizara autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, y así permitiendo su identificación.</p> <p>Sesión 7: Técnicas de exposición: este tipo de técnicas se empleará especialmente en el consultante ya que se basa en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que ésta se reduzca, de manera que el paciente pueda aprender a gestionar su conducta ante ella y a nivel cognitivo reestructura los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar ante dicho estímulo o situación.</p> <p>Sesión 8: Desensibilización sistemática: en esta técnica se establecen también jerarquías de estímulos ansiógenos a los que el paciente va a</p>

exponerse se diferencia de las técnicas anteriores en el hecho de que previamente se ha entrenado al paciente en la realización de respuestas incompatibles con la ansiedad, se busca reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos mediante la realización de conductas que eviten que esta aparezca.

Sesión 9: Desensibilización sistemática: se sigue trabajando esta técnica ya que es fundamental que la paciente la domine y maneje según sean las necesidades de su contexto.

Sesión 10: Técnicas de distracción o focalización atencional: esta técnica no se trata de "escaparse" de la ansiedad o del problema, sino de atender a aspectos realmente importantes y relevantes para el quehacer cotidiano del paciente, donde ella misma pueda visualizar la importancia del quehacer diario y no le importancia a las situaciones que le puedan generar la sintomatología, esta situación no es un escape, sino un comportamiento adaptativo focalizado a situaciones que el consultante debe resolver en ese instante.

Sesión 11: Visualizaciones: Consiste en que el paciente imagine una escena que le produzca relajación, se le recomienda que sea una situación vivida realmente por el paciente ya que es necesario que genere una situación relajante y satisfactoria, se intenta activar todas las vías sensoriales (olfato, oído, vista, etc.) de modo que la visualización sea lo más realista posible para la paciente y así una vez entrenada la escena relajante, la consultante puede autoaplicársela para el manejo de su ansiedad en situaciones dentro de su contexto actual.

Sesión 12: se realiza cierre del proceso terapéutico donde se evaluará la evolución y recuperación de la paciente, así mismo se dejará en observación para tres meses ya que es necesario el seguimiento regular para fortalecer lo aprendido en el proceso.