



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**PROCESO TERAPÉUTICO BAJO EL ENFOQUE COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR
SEPARACIÓN PARA ADULTOS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NAYELI CASTRO GARCÍA

ASESOR:

PSIC. ANABEL VILLAFAÑA GARCÍA

ORIZABA, VER.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

*Agradezco a Dios por ser un gran impulso de fuerza, por permitirme encontrar
mi vocación.*

*Gracias a mis papás por ofrecerme apoyo incondicional, por guiarme, por dar
con tanto gusto y amor todo lo que tienen, por alimentar mis ilusiones y mis
planes, por su ejemplo de vida.*

*Gracias Chava por tu tiempo y tu granito de arena para la realización de esta
tesis.*

*A los profesores y psicólogos que me acompañaron en esta etapa por sus
experiencias, los consejos, y por compartir sus conocimientos e interesantes
datos.*

*Gracias, psicóloga Anabel por compartirme su tiempo, información de gran
utilidad, por su paciencia y por sus atinadas recomendaciones.*

A Iván por acompañarme en este proceso tan importante para mí.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1 Descripción del problema.....	8
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Justificación del problema.....	10
1.4 Formulación de hipótesis	12
1.4.1 Determinación de variables	13
1.4.2. Operacionalización de variables.....	13
1.5 Delimitación de objetivos.....	15
1.5.1 Objetivo general.....	15
1.5.3 Objetivos específicos.....	15
1.6 Marco conceptual	16
1.6.1 Ansiedad.....	16
1.6.2 Trastorno de ansiedad por separación	16
1.6.3. Adultez temprana	16
CAPÍTULO II	17
MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA	17
2.1. Antecedentes del caso	17
2.2. Demografía.....	17
2.3. Núcleo familiar	18
2.4. Ubicación geográfica	19
CAPÍTULO III.....	20
MARCO TEÓRICO	20
3.1. Fundamentos teóricos de la adultez temprana.....	20
3.1.1. Desarrollo físico.....	21
3.1.2. Desarrollo cognoscitivo	23
3.1.3. Desarrollo psicosocial.....	25
3.2. Autoconcepto	27
3.3. Fundamentos teóricos de la ansiedad	29

3.4. Causas o patogénesis	30
3.5 Estadísticas	34
3.6. Trastornos de ansiedad.....	35
3.7.1. Antecedentes del enfoque cognitivo-conductual.....	42
3.7.2. Autores.....	46
3.7.3. Técnicas	50
3.7.4. Aplicaciones	57
CAPITULO IV.....	61
PROPUESTA DE TESIS.....	61
4.1. Contextualización de la propuesta.....	61
4.2 Desarrollo de la propuesta	66
4.3 Anexos.....	95
CAPITULO V.....	103
DISEÑO METODOLÓGICO	103
5.1. Enfoque de la investigación	103
5.2. Alcance de la investigación.....	104
5.3. Diseño de la investigación	104
5.4. Tipo de investigación	105
5.5. Delimitación de la población	106
5.6. Selección de la muestra	106
5.7. Instrumentos de prueba.....	106
CAPITULO VI.....	107
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	107
6.1. Datos generales.....	107
6.2. Informe psicológico	107
6.3. Resultados por sesión.	114
CONCLUSIÓN.....	135
REFERENCIAS	138
GLOSARIO.....	143

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad afectan a un gran número de personas, muy común en nuestra sociedad. Uno de mayor prevalencia es el trastorno de ansiedad por separación (TAS), no es raro observar conductas negativas, provocadas por síntomas de ansiedad en las escuelas, por ejemplo; cuando el alumno se ve obligado a estar por un periodo de tiempo alejado de un familiar, de su casa o de su mascota.

El TAS es ansiedad excesiva e inapropiada para el desarrollo del sujeto respecto al hogar o personas a las que se encuentra relacionado, se puede presentar en la infancia, la adolescencia y la adultez. En esta tesis se muestra que cuando al trastorno no se le da un seguimiento psicoterapéutico continua presente en estas posteriores del desarrollo, causando problemas de adaptación del individuo en todos los ámbitos en los que se desenvuelve.

El proceso psicoterapéutico cognitivo-conductual que se plantea, es de gran apoyo para el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación. A continuación se describe brevemente cada uno de los capítulos que se abordarán en el presente trabajo de investigación.

En el presente trabajo se hizo un estudio de caso, el propósito de esta tesis es, como se plantea en el capítulo I, disminuir los síntomas del TAS mediante un orden de sesiones bajo el enfoque cognitivo-conductual en un adulto en etapa temprana, se conceptualiza el trastorno y otros términos necesarios para entender la problemática, así como la delimitación de los objetivos general y específicos y un marco conceptual.

En el capítulo II se presentan los antecedentes del caso, la demografía, una breve descripción del núcleo familiar de la persona que será el estudio de caso y la ubicación demográfica de donde se llevó a cabo la investigación.

A su vez, en el capítulo III se fundamenta teóricamente la etapa de adultez temprana, se describen las características del desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial, se conceptualiza el autoconocimiento. Se fundamentan también la ansiedad, su patogénesis, se hace una descripción de los trastornos de ansiedad, y en particular el TAS, se abordan datos estadísticos sobre su prevalencia y también se describe el enfoque cognitivo-conductual así como sus principales exponentes, técnicas y aplicaciones.

En el capítulo IV se contextualiza la propuesta, se describe el área clínica de la psicología y se desarrolla la propuesta.

En el capítulo V se explica la metodología mediante la cual se llevará a cabo la presente tesis, la delimitación de la población y se mencionan los instrumentos de prueba.

Por último, en el capítulo VI se presentan los resultados de la presente tesis por cada sesión y al final una conclusión general sobre la intervención y los resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

En el trastorno de ansiedad por separación existe inseguridad en relación con las figuras de apego; esto quiere decir que la persona siente que su base no es segura y por lo tanto quiere permanecer cerca de ella por temor a perderla (Cornachione, 2006). Los padres, en el intento de fomentar en sus hijos una actitud independiente optan, erróneamente por brindar pocas demostraciones de cariño y menos atenciones, lo que en ese caso desconocen los padres es que con ello están provocando inseguridad y ansiedad, en especial cuando se encuentran lejos de las figuras de apego.

La ansiedad y anticipación de la separación se ponen de manifiesto hacia la etapa media de la infancia. Aunque los adolescentes afectos de este trastorno, especialmente los varones, pueden negar la ansiedad por separación, ésta puede reflejarse a través de una actividad independiente limitada y la negativa a salir de casa. En los sujetos de más edad, el trastorno limita a veces su capacidad para afrontar cambios de circunstancias (p. ej., cambio de domicilio, casarse). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos (DSM-IV-TR, 2002).

La persona que presenta trastorno de ansiedad por separación constantemente piensa que al separarse algo malo puede ocurrirle a sí mismo a la persona con quien tiene el vínculo afectivo. Este trastorno es más frecuente en las familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos y que sienten temor hacia el proceso de autonomía progresiva del niño, que forma parte del desarrollo normal. Lo mismo sucede en las personas que han sufrido frialdad emocional, la censura y la dureza de sus padres (Soutullo & Mardomingo, 2010).

El rendimiento de la persona con trastorno de ansiedad por separación tanto en el ámbito escolar, familiar, social, y laboral puede verse afectado debido a los síntomas propios del trastorno. Como afirman Moore y Jefferson (2005) “En ocasiones, bajo la influencia de una madre o un padre excesivamente protectores, el niño puede adquirir un carácter tímido, temeroso y reacio a cualquier novedad”.

En la familia de una persona con TAS puede haber ciertos problemas como un limitado número de actividades familiares debido a la conducta negativa de quien presenta el trastorno, frustración en los familiares porque no cuentan con el tiempo suficiente para sí mismos ni la pareja y celos entre hermanos por la especial atención que se le brinda al familiar con TAS.

En la adultez hay ciertos casos que desatan un trastorno de ansiedad por separación, los más frecuentes suelen ser:

- El divorcio
- La pérdida de un ser querido
- La separación del hogar
- Distanciamiento de la madre o padre
- La pérdida de una mascota

1.2. Formulación del problema

¿Es el proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual una herramienta para disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad por separación en una persona en la etapa de adultez temprana?

1.3. Justificación del problema

El trastorno de ansiedad por separación es uno de los trastornos de ansiedad que se presentan mayormente en la infancia. Como afirman Pacheco & Ventura (2009), los reportes de prevalencia en varios estudios van desde un 2,4% a 5,4%. La prevalencia de trastornos con sintomatología ansiosa es mucho mayor pudiendo llegar hasta al 50% en niños. En muestras epidemiológicas se ha observado que el TAS tiende a ser más frecuente en mujeres, aunque otros estudios no han demostrado diferencias por género, sí

han encontrado que los niños reportan mayor número de síntomas ansiosos comparados con los adolescentes.

La mayor frecuencia del TAS surge entre los 7 y 9 años de edad, aunque puede ser más temprano, incluso durante la etapa preescolar. Aunque se conoce que la prevalencia del TAS disminuye con la edad, la ansiedad o conductas de evitación relacionadas a la separación, pueden persistir hasta la adultez. Los niños o adolescentes que presentan un TAS cuando sean adultos tendrán mayor predisposición a presentar otros trastornos (Pacheco & Ventura, 2009).

Su prevalencia se estima en torno al 4 % en niños y adolescentes jóvenes. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación va decreciendo con la edad o a lo largo de la infancia y la adolescencia (DSM-IV-TR, 2002).

Esto significa que, puede ser considerado como uno de los más prevalentes en el ámbito infantil. Por ello, es de suma importancia conocer su abordaje, ya que es muy probable que a lo largo de la vida profesional lleguen a consulta varios pacientes con trastorno de ansiedad por separación.

La frecuencia de la ansiedad por separación es del 50-75% hacia los 2 años y del 20-40% a los 3 años. También se ha propuesto que la ansiedad por separación aparece antes y desaparece más tarde en culturas en las que el niño permanece en estrecho contacto físico con la madre durante largos periodos y es atendido exclusivamente por ella.

En el DSM-V el trastorno de ansiedad por separación se mantiene con los mismos síntomas del DSM-IV pero cambia el criterio de la edad, ya que puede presentarse a lo largo de la vida; frente a la separación de las figuras significativas (no únicamente los padres), la duración establecida es de cuatro semanas en el niño y seis meses en los adultos (Botero, D. 2016).

Como se puede observar en lo anteriormente mencionado, se trata un trastorno muy común en la infancia y si no se trata a tiempo o no llega a ser tratado, puede iniciar o reaparecer en las próximas etapas del desarrollo, ya sea en la adolescencia o en la adultez. Tal es el caso de la persona a la cual se le dará tratamiento en la presente investigación, quien de manera voluntaria pide apoyo psicoterapéutico.

1.4. Formulación de hipótesis

El proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual es una herramienta para disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad por separación en una persona en la etapa de adultez temprana.

1.4.1 Determinación de variables

Variable independiente: Proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual.

Variable dependiente: El trastorno de ansiedad por separación.

1.4.2. Operacionalización de variables

Variable	Teórica	Operacionalmente
Proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual <i>Independiente</i>	Proceso estructurado y sistematizado que implica la obtención de datos, evaluación, orientación e intervención mediante técnicas cognitivo-conductuales con el propósito de desarrollar recursos de afrontamiento, y de cambiar o disminuir pensamientos y conductas disfuncionales.	Conjunto de 19 sesiones con duración de 60 minutos cada una. En cada sesión se realizan técnicas y actividades propias del enfoque cognitivo-conductual.

<p>El trastorno de ansiedad por separación</p> <p><i>Dependiente</i></p>	<p>Ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado.</p>	<p>Lo que responda en el cuestionario de Beck para ansiedad, Valora la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos.</p> <p>Lo que responda en la escala de Hamilton para el diagnóstico del trastorno de ansiedad, compuesto por 14 ítems, 13 referentes a síntomas ansiosos y uno al comportamiento durante la entrevista.</p> <p>Lo que responda a los ítems del TAS en el DSM-IV-TR y el DSM-5.</p>
--	---	--

Tabla 1.1. Operacionalización de las variables

1.5 Delimitación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

Disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad por separación en un adulto en etapa temprana mediante el proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual.

1.5.3 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de ansiedad y el trastorno de ansiedad por separación una persona en etapa de adultez temprana mediante la aplicación de pruebas psicológicas
- Desarrollar un proceso terapéutico mediante técnicas propias del enfoque cognitivo-conductual
- Aplicar las técnicas del proceso terapéutico de enfoque cognitivo-conductual a una persona en etapa de adultez temprana

1.6 Marco conceptual

1.6.1 Ansiedad

Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo, aumento del ritmo cardiaco, etc.) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape).

1.6.2 Trastorno de ansiedad por separación

Trastorno caracterizado por ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado.

1.6.3. Adultez temprana

Etapa de desarrollo del ser humano que va desde los 20 a 40 años de edad en la cual la condición física del individuo alcanza su nivel máximo, el pensamiento y los juicios morales adquieren mayor complejidad, se llevan a

cabo elecciones educativas y laborales, a veces después de una etapa de exploración. Los rasgos y estilos de personalidad se estabilizan y se establecen relaciones íntimas y estilos de vida personales.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1. Antecedentes del caso

El presente estudio de caso se llevará a cabo en un individuo de sexo femenino, actualmente reside en la colonia Infonavit Santa Margarita, ubicada en la ciudad de Córdoba, Veracruz. Córdoba se localiza en las estribaciones del Citlaltépetl, zona centro montañosa del estado, en las coordenadas 18° 53' latitud norte y 96° 56' longitud oeste, a una altura de 860 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con el municipio de Ixhuatán del Café, al sur con Coetzala, al este con Amatlán de los Reyes y al oeste con Fortín. Al noreste con el municipio de Atoyac. Su distancia aproximada por carretera a la capital del estado es de 90 Km. La historia de Córdoba puede guiarse a través de tres grandes sucesos: su fundación, la Batalla del 21 de mayo y la firma de los Tratados de Córdoba.

2.2. Demografía

Según las cifras más actuales por parte del INEGI, el municipio de Córdoba tiene una población aproximada de 196 541 habitantes, con lo que representa el 2.57% de la población total del Estado de Veracruz, lo que la convierte en la 4a. ciudad más grande y poblada del estado, superada sólo por Veracruz (552 156 hab.), Xalapa (457 928 hab.) y Coatzacoalcos (305 260 hab.). De la población total de Córdoba 91 805 son varones y 104 736 son mujeres, siendo la relación hombres-mujeres 2010 de 87.7. Actualmente el sujeto de estudio reside en la colonia Infonavit Santa Margarita, ubicada en la ciudad de Córdoba, Veracruz.

2.3. Núcleo familiar

M. (como se le llamará al sujeto de investigación) es la menor de cuatro hermanos, en total son tres mujeres y un hombre. Vive con sus padres y su hermana mayor quien es madre soltera de un niño. El padre funge como jefe de familia, él es quien se encarga de trabajar para sustentar las necesidades económicas de su familia, su esposa (madre de M.) se desempeña como ama de casa, la hermana mayor también trabaja para apoyar económicamente, y en especial, para darle estudio a su hijo. De igual forma M. trabaja, rara vez coopera para cubrir gastos de su casa, lo que percibe económicamente lo utiliza para gastos personales. Todos los miembros de este núcleo familiar tienen un vínculo afectivo a excepción de M. quien se mantiene la mayor parte del tiempo aislada de la familia.

Nivel socioeconómico: Clase media.

2.4. Ubicación geográfica



Figura 1. Ubicación geográfica de la ciudad de Córdoba, Veracruz.



Figura 2. Ubicación geográfica de la colonia Infonavit Santa Margarita.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. Fundamentos teóricos de la adultez temprana

Al terminar la adolescencia, cuando se ha alcanzado totalmente la madurez biológica, los procesos psicológicos están definidos por la historia personal del individuo.

Como afirman Craig y Bacum (2009) El ser humano se desarrolla en forma única en el seno de su contexto o de su ambiente. Cada cambio que ocurre en el ciclo vital se debe a una combinación de factores biológicos, de sus procesos psicológicos, de su entorno social, y de experiencias de su pasado.

La etapa de la adultez temprana puede abarcar un periodo que varía entre los 18-21 a los 40 años (Craig y Bacum, 2009). La edad en la que ocurran todos esos cambios y la madurez va a depender de los estímulos y las experiencias vividas por cada individuo.

La adultez emergente es una etapa de reconocimiento y exploración de posibilidades, una etapa en la que se puede experimentar nuevos estilos de vivir. Es un periodo en el cual, los individuos han dejado de pertenecer al grupo de la adolescencia, sin embargo, aún no han adoptado roles de gente adulta (Papalia, Feldman y Martorell 2012).

3.1.1. Desarrollo físico

Con respecto al desarrollo físico, la estatura máxima se alcanza comúnmente a los 16 años para las mujeres y a los 18 en los hombres. Los músculos crecen y cambian la forma de manera distinta según el sexo. A los 22 años aproximadamente, las mujeres ya han alcanzado el tamaño en el busto y la cadera de una adulto, y los hombres la anchura de los hombros (Berger, 2009).

Es en la adultez temprana donde se construye la base de la salud física de por vida. El ejercicio, las horas de sueño, los hábitos alimenticios... es decir, el estilo de vida; influirá de gran manera en tener un buen estado de salud y calidad de vida (Papalia, Duskgig, & Martorell, 2012).

“Todos los sistemas del cuerpo, incluyendo el digestivo, respiratorio, circulatorio y reproductivo sexual, funcionan de manera óptima en el comienzo de la adultez (citado en Berger, 2009)”. Por lo cual esta es la mejor etapa para desarrollar trabajos forzosos o de desgaste ya sea físico o mental, logros atléticos y por supuesto, para la reproducción.

La energía y la vitalidad con la que funciona el organismo, se encuentra en su punto óptimo a la edad de entre los 25 y los 30 años, por supuesto, sin excesos y sin consumo de drogas. A partir de esta etapa, comienza a declinar. La disminución de la capacidad física y las habilidades se manifiesta en situaciones en las que el entorno exige más al cuerpo de lo que está acostumbrado a rendir en un periodo de tiempo menor a lo habitual. (Craig, Bacum 2009). He aquí la importancia de adoptar buenos hábitos en la alimentación y la actividad física, porque eso le asegurará al adulto una vida posterior sana.

El sistema reproductivo sexual se encuentra en su apogeo en la juventud. Los jóvenes tienen un impulso sexual muy fuerte: la fertilidad es mayor y las pérdidas de embarazo son menos comunes; es significativamente más alta para mujeres y varones a la edad de 20 años que a los 40 (citado en Berger, 2009).

Según Papalia, Duskgig, & Martorell (2012). Los factores conductuales que influyen mayormente en la salud y la condición física son:

- Dieta y nutrición
- Obesidad/sobrepeso
- Trastornos alimenticios
- Actividad física
- Estrés
- Sueño
- Tabaquismo
- Alcoholismo

El saber y entender la relación que existe entre la conducta y la salud no garantiza que una persona adopte buenos hábitos para gozar de salud física, también influye la personalidad, las emociones y el entorno social.

3.1.2. Desarrollo cognoscitivo

Así como el organismo llega al nivel máximo de funcionamiento durante la adultez temprana, ocurre con la capacidad cognoscitiva, las etapas de la niñez y la adolescencia son más evidentes que la etapa de la adultez, puesto que no todas las personas adquieren la madurez de pensamiento en este periodo de tiempo, por consiguiente, varían la forma de pensar y la toma de decisiones.

Los procesos cognoscitivos que se van empleando a lo largo de la vida forman en el adulto temprano una amplia base de datos, la cual sirve para conocerse a sí mismo y al mundo físico y social que nos rodea. Los cambios de esta etapa del desarrollo, mayormente tienen lugar en lo que se conoce como inteligencia, capacidad cognoscitiva o competencia intelectual (Craig & Bacum, 2009). En todos los casos, las personas de entre 30 y 50 años de edad cuentan con un mejor desempeño en ciertas habilidades cognoscitivas como son: El razonamiento y el proceso de información (citado en Craig & Bacum, 2009). Durante el paso del ciclo de vida se siguen desarrollando de forma natural otras habilidades cognoscitivas como el juicio y el razonamiento, las habilidades que se ejercitan con frecuencia se conservan mejor.

Un aspecto complejo de cognición es el pensamiento reflexivo, que aparece entre los 20 y 25 años de edad, que es cuando las regiones completamente mielinizadas de la corteza cerebral pueden manejar el pensamiento de nivel superior, al mismo tiempo que el cerebro forma neuronas nuevas, sinápsis y conexiones dendríticas. Un medio ambiente rico en estímulos activar el desarrollo de conexiones corticales más gruesas y densas (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012). La mayoría de los adultos desarrollan la capacidad para convertirse en pensadores reflexivos, pero pocos alcanzan la capacidad óptima en esta habilidad, menos aún pueden aplicarla de manera sistemática a diversos tipos de problemas.

En cuanto al pensamiento posformal, está caracterizado por ser la capacidad para afrontar la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección, y el compromiso. Las personas difieren en la comodidad en la que pueden manejar los sentimientos antes mencionados. Esta etapa superior de la cognición por lo regular comienza en la adultez temprana (citado en Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Para Papalia, Feldman, & Martorell, (2012), “El pensamiento posformal es flexible, abierto, adaptable e individualista. Recurre a la intuición y a la emoción así como a la lógica para ayudar a las personas a afrontar un mundo aparentemente caótico. Aplica los frutos de la experiencia a situaciones ambiguas”.

Los adultos con flexibilidad cognitiva evitan replegarse, ya sea en sus emociones o en el intelecto. En cambio, reflexionan acerca de sus opciones, integran las emociones y la razón y emplean el tiempo necesario para elegir el mejor curso de acción (citado en Berger, 2009). La flexibilidad intelectual surge cuando se acepta que la perspectiva de cada persona es sólo una de tantas, que cada problema tiene muchas posibles soluciones potenciales.

3.1.3. Desarrollo psicosocial

En la fase de la adultez temprana el individuo ha alcanzado un nivel de madurez que le permite buscar nuevas experiencias que formen parte de su

desarrollo personal, a su vez está en un momento propicio para cambiar su estilo de vida, si así lo desea, dentro de estos cambios están; consolidarse como persona, posterior a ello, la búsqueda de una relación afectiva estable, la planificación a futuro de una familia, de amistades duraderas, es decir, extender su capacidad de intimar con las demás personas. Es momento de tomar decisiones en cuanto a una profesión y un empleo, de seguir en el hogar con sus padres o buscar independencia tanto emocional como económica, de formar un matrimonio o vivir en soltería, de formar parte de uno o distintos grupos sociales y por lo tanto, realizar actividades nuevas.

Según Havighurst, (En Kozier y Erb, 2013) en el desarrollo psicosocial, como adulto mayor se tienen las siguientes tareas:

- Responsabilizarse del hogar
- Iniciar una profesión
- Asumir las responsabilidades cívicas
- Elegir pareja
- Aprender a vivir en pareja
- Crear una familia
- Criar a los hijos
- Establecer un grupo social

Actualmente muchos jóvenes adultos deciden vivir esta etapa como solteros, ya sea para dedicarse por completo a su carrera, para disfrutar de la “libertad” y del sueldo percibido o para aportar económicamente en su hogar. La sociedad se encuentra cada vez más abierta a estos nuevos estilos de vida.

La diversidad es una de las principales características de esta etapa, pues en contraste con lo antes mencionado; “El adulto joven, que surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, esto es, aquella capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando puedan exigir sacrificios significativos” (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue & Michaca, 2013). Lo cual aplica en las relaciones de amistad y de pareja.

3.2. Autoconcepto

El autoconcepto es la opinión que se tiene de sí mismo y que tiene lugar por medio de juicios internos de valor, lo que ayuda al ser humano a entenderse a sí mismo, a controlar y moderar su comportamiento. El autoconcepto comienza en la adolescencia y se desarrolla durante ella con la autoconciencia, al darse cuenta gradualmente de que somos seres

individuales, que somos aparte de otros seres y otras cosas; se obtiene la habilidad de reflexionar sobre sí mismos y sobre nuestras acciones.

Lo siguiente es la autodefinición que es poder identificar las características propias tanto internas como externas que se consideran importantes para describirse a sí mismos. Es entonces cuando se desarrolla un concepto de quienes son en realidad y de cómo quieren llegar a ser. Cuando se completa este proceso de entendimiento propio se da un gran progreso en el autocontrol (Sandoval, 2012). Cuando el adolescente se propone metas para lograr ser o hacer lo que desea, ayuda, en gran parte a su madurez.

Desde la psicología cognitiva se prefiere la denominación de autoconocimiento, en vez de autoconcepto, por ende el autoconcepto no es un simple concepto sino una completa teoría que el sujeto elabora acerca de sí mismo. Se considera que el autoconcepto se encuentra formado por una gran diversidad de autoconcepciones formuladas a lo largo de la existencia, construyendo un cuerpo de autoconocimiento de uno mismo que influye en la regulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones e incidiendo en la elección de objetivos y establecimiento de planes de actuación. “Por ello no solo contiene información de lo que se es, sino también de lo que es posible ser (posible selves)” (Saura, 2002).

“El autoconcepto se manifiesta en las actitudes y en la forma de actuar de las personas. Este brinda la estabilidad o inestabilidad, coherencia o incoherencia y organización o desorganización de los rasgos de personalidad y los sentimientos” (Schultz & Schultz, 2009).

El autoconcepto puede ser visto también como un fenómeno social. Es (como se cita en Sandoval, 2012). “El punto de convergencia entre el individuo y la sociedad”. Ahora empiezan a controlar su comportamiento para complacer tanto sus exigencias personales como las exigencias de su entorno social, equilibrando ambas. Es, la formación del autoconcepto un importante pilar de la autoestima.

3.3. Fundamentos teóricos de la ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional que se manifiesta en el individuo cuando interpreta una situación como peligrosa o amenazante y tiene como propósito la adaptación, forma parte de un sistema de alerta biológica que prepara al individuo para la acción y favorece tanto a la supervivencia como al crecimiento personal. Pero la ansiedad se torna patológica cuando se presenta de manera intensa, es constante y en vez de ser adaptativa, le impide al individuo realizar sus actividades de la manera habitual.

El trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas aparecen en la infancia, la fobia social y la agorafobia durante la adolescencia, el trastorno por estrés postraumático, el de angustia y el de ansiedad generalizada en la edad adulta joven. Sin embargo, los pacientes con trastornos de ansiedad tienen el antecedente de que entre los 11 y 15 años, de 50 a 83% ha tenido algún trastorno mental, y entre el 31 y 57% de los pacientes tuvieron algún trastorno de ansiedad (De la Fuente, Heinze, 2011).

3.4. Causas o patogénesis

Cuando nos encontramos ante situaciones que percibimos como amenazantes, el organismo activa sus sistema de alerta, la ansiedad. El concepto de ansiedad está asociado a la percepción de amenaza y la disposición de respuestas frente a ella. La ansiedad surge como advertencia que activa al organismo para movilizarlo ante situaciones de riesgo real o no real para poder estar a salvo.

Según se perciba la amenaza la ansiedad nos preparará para luchar, huir, evitar, activar conductas de sumisión que disminuyan las conductas hostiles de otros, buscar apoyo y protección y/o para adquirir herramientas o conocimientos que nos faciliten alcanzar nuestros objetivos. Desde un componente de respuesta se puede facilitar o inhibir la activación de los otros componentes, ya que estos se encuentran conectados por redes asociativas (Moreno, 2007).

La ansiedad incluye tres tipos de componentes, se describen a continuación:

1. Componente fisiológico, se corresponde con la activación del sistema nervioso vegetativo. Implica cambios vasculares, respiratorios, etc.
2. El cognitivo, comprende pensamientos e imágenes mentales que se han asociado con la percepción y la búsqueda de peligro y la sensación de falta de control. Es decir, pensamientos automáticos negativos.
3. El componente conductual, consiste en la respuesta de escape, evitación, e interrupción de una conducta que esté en marcha. Incluye sobreactivación motora y búsqueda de seguridad.

“Existen importantes datos que avalan la existencia de un componente genético en la etiología de la ansiedad. Se ha descrito que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en niños cuyos padres sufren de ansiedad, ya que el componente genético puede llegar a explicar hasta un tercio de la varianza de las muestras con trastorno de ansiedad” (Soutullo & Mardomingo, 2010).

El 10-12% de los pacientes se recuperan espontáneamente. El 15% empeoran y experimentan una incapacidad importante a consecuencia de sus síntomas. El resto se divide en partes iguales entre los pacientes sintomáticos con ligera incapacidad y los que no presentan incapacidad alguna. Los

individuos que se auto medican con alcohol u otras sustancias tienen una evolución claramente peor” (Friedman, 2004).

La presencia de inhibición conductual como característica temperamental es un factor que aumenta la vulnerabilidad para sufrir ansiedad y varias modalidades de miedo. Como se menciona en (Soutullo & mardomingo, 2010), la inhibición conductual se define como la presencia de ciertos rasgos biológicos que predisponen a reaccionar con inhibición y retraimiento cuando se es expuesto a determinadas situaciones o experiencias de carácter ambiental o social. Se ha encontrado que alrededor del 10-20% de los niños nacen con esta predisposición.

Las diferencias individuales en cuestiones genéticas, neurofisiológicas y temperamentales interactúan con la vulnerabilidad cognitiva predisponente para aumentar o reducir la tendencia propia a la ansiedad en respuesta a una adversidad o amenaza vital. Como se cita en (Clark & Beck, 2012), la vulnerabilidad biológica generalizada en los trastornos d ansiedad, donde la heredabilidad, un factor inespecífico de vulnerabilidad, explica entre el 30 y el 40% de la variabilidad en los trastornos de ansiedad.

Esta vulnerabilidad genética suele expresarse mediante elevaciones en rasgos globales o temperamentos como el neuroticismo, ansiedad rasgo o afectividad negativa. La activación crónica, las estructuras neuroanatómicas

prepotentes y las anormalidades de los neurotransmisores en serotonina, GABA y CRH son otras vulnerabilidades biológicas a la ansiedad que tienen importancia etiológica, en parte, mediante la interacción de modo sinérgico con la vulnerabilidad cognitiva (Clark & Beck, 2012).

Según Peurifoy (2007), algunos de los factores que influyen en la aparición de ansiedad son:

- Modelo de rol parental ansioso
- Figura parental o miembro de la familia crítico
- Reglas familiares rígidas
- Sistema de creencias rígido
- Insistencia en las apariencias o comportamiento “correcto”
- Padres sobreprotectores
- Supresión o negación de sentimientos
- Falta de información sobre el cuerpo, los pensamientos y las emociones
- Aprobación relacionada sólo con el buen desempeño
- Ansiedad respecto de separación o pérdida
- Una inversión de roles padre/hijo
- un secreto de familia o personal

Las personas tienen una gran capacidad para aprender y adaptarse a situaciones nuevas, es posible, mediante un tratamiento psicoterapéutico

aprender a modificar las características que ocasionan problemas relacionados con la ansiedad.

3.5 Estadísticas

El director de Investigación del Instituto de Neurociencias, Investigación y Desarrollo Emocional (Incide); Edilberto Peña de León, menciona que de los trastornos de ansiedad, 50 % se presentan antes de los 25 años de edad; l menos 14.3 % de los mexicanos padece trastornos de ansiedad generalizada, que es la enfermedad de salud mental más común en México (Notimex, 2016).

En el país existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. El inicio de la ansiedad frecuentemente se asocia con la presencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos.

De todas las enfermedades mentales, son las que cuentan con una mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% a 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Heinze & Camacho, 2010). Así como una prevalencia aproximada de 18% a lo largo del último año. Aproximadamente de 1 entre 5 hasta 1 entre 12 que solicitan

consulta en primer nivel de atención, padecen de síntomas ansiosos (Heinze & Camacho, 2010).

3.6. Trastornos de ansiedad

Se considera un trastorno de ansiedad cuando los síntomas son crónicos, y a un nivel alto e impide que la persona se desenvuelva de manera normal en sus actividades cotidianas, al individuo se le dificulta desarrollarse en los distintos ámbitos como son la familia, la escuela o trabajo y en lo social.

A continuación se describen algunos de los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de angustia con o sin agorafobia: la persona presenta crisis de angustia que reinciden, al menos una de las crisis continúan durante al mínimo un mes, con la constante inquietud de tener más crisis y también gran preocupación por las consecuencias de las mismas.
- Fobia específica: Es un temor acusado y persistente que es excesivo o racional desencadenado por la presencia de un objeto o situación específicos.
- Fobia social: Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o situaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible

evaluación por los demás. La persona teme actuar de un modo que sea humillante o vergonzoso.

- Trastorno obsesivo compulsivo: las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que la persona se ve obligada a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- Trastorno por estrés postraumático: Cuando la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático; acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, así como responder con temor una desesperanza o un horror intensos y el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos, sueños, flashback, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos asociados con el acontecimiento traumático y/o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos asociados al evento.
- Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesivas que se prolongan más de seis meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas: (1) inquietud o impaciencia (2), fatigabilidad fácil, (3) dificultad para concentrarse, (4) irritabilidad o (5) tensión muscular (alteraciones del sueño).

De acuerdo al DSM-IV, el trastorno de ansiedad por separación pertenece a los trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia, se describe brevemente a continuación, (más adelante se describirá por completo):

El TAS es ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo para el sujeto, concerniente respecto su separación del hogar o de las personas con quien está vinculado. Los síntomas de los trastornos de ansiedad pueden disminuir si se tiene tratamiento farmacológico, aun así, la mayoría necesita también un tratamiento psicoterapéutico especializado para la favorable recuperación de quien los padece.

Alrededor del 30% de los habitantes de México tienen riesgo de desarrollar algún trastorno mental a lo largo de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes (14.3%), el de mayor prevalencia en la población mexicana es la fobia específica (7.1%), seguido de la fobia social (4.7%) y el trastorno de angustia (2.1%); el menos prevalente es el trastorno de ansiedad generalizada (1.2%) (De la fuente & Heinze, 2011).

Todos los trastornos de ansiedad	14.3%
Fobias específicas	7.1%
Fobia social	4.7%

agorafobia	2.5%
Estrés postraumático	2.6%
Trastorno de angustia	2.1%
Ansiedad generalizada	1.2%

Tabla 3.1. Prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad.

(De la fuente & Heinze, 2011).

Trastorno de ansiedad	Edad promedio de inicio
Ansiedad por separación	4.6 años
Fobias específicas	9.7 años
Fobia social	14 años
agorafobia	19.6 años
Estrés postraumático	19.8 años
Trastorno de angustia	21.5 años
Ansiedad generalizada	25.7 años

Tabla 3.2. Edad promedio de inicio de los trastornos de ansiedad. (De la

fuentes & Heinze, 2011).

La edad de comienzo, el sexo y otros factores sociodemográficos como la educación, el estatus marital, la etnia, etc., son considerados de forma importante para conocer los factores asociados a los síndromes clínicos de la ansiedad (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

3.7. Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación, según el DSM-IV, pertenece a los trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia, se describe a continuación:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo para el sujeto, concerniente respecto su separación del hogar o de las personas con quien está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

- 1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- 2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño
- 3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
- 4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- 5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o son las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.

- 6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante ir a dormir fuera de casa
 - 7) Pesadillas repetida con temática de separación
 - 8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (DSM-IV-TR, 2002).

El trastorno de ansiedad por separación se especifica con claridad por su presencia tanto en niños como en adolescentes y en adultos, en realidad el DSM-IV-TR no excluía su diagnóstico. Quizá la limitación de esta edición previa es que forzaba a que el inicio fuese antes de los 18 años. La investigación muestra que en una parte de los adultos su inicio es posterior (Rodríguez, 2014).

En la siguiente tabla se muestra la diferencia entre los criterios del trastorno de ansiedad por separación en el DSM-IV y el DSM-V:

DSM-IV	DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> • La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas. • El inicio se produce antes de los 18 años de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

Tabla 3.3. Cuadro comparativo del TAS en DSM-IV y DSM-V.

El trastorno puede darse en la edad adulta y tener su inicio antes de los 18 años de edad. Los aspectos centrales de los criterios diagnósticos siguen siendo los mismos aunque, para el trastorno de ansiedad por separación, se ha adaptado su redacción para las presentaciones en la edad adulta y no únicamente en niños y adolescentes (Tortella, 2014).

3.7.1. Antecedentes del enfoque cognitivo-conductual

La psicología cognitiva estudia todo lo referente a las enfermedades mentales involucradas en la adquisición, procesamiento y almacenamiento de la información. Estudia la gran gama de cuestiones que derivan de nuestra búsqueda e interpretación de información y de cómo esta información influye continuamente en nuestra conducta.

El trabajo de los psicólogos cognitivos se ha aplicado para ayudarnos a entender mejor la inteligencia y el aprendizaje, las emociones, la toma de decisiones, las relaciones sociales e incluso los procesos que utilizamos para determinar cuando estamos enfermos (Worchel & Shebilske, 1998). Muchos de los líderes de la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos.

La terapia cognitivo-conductual es una forma de psicoterapia que resulta de la combinación entre las estrategias de modificación de conducta basadas en la ciencia conductual y la terapia cognitiva, vinculada con modelos cognitivos de la psicopatología.

La propuesta principal que apoya la terapia cognitivo-conductual es que los trastornos o problemas emocionales son resultado de respuestas

aprendidas y pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje. Así, se pueden lograr cambios en las conductas y emociones problemáticas. Si bien los aspectos específicos de la Los científicos de la TCC influyen en la práctica al formular modelos específicos, con hipótesis determinadas, acerca de la etiología y mantenimiento de trastornos particulares, y al desarrollar nuevas intervenciones basadas en estos modelos (Zayfert & Black, 2008).

El enfoque cognitivo-conductual se forma por las teorías de cuatro autores, inicia con el condicionamiento clásico, el cual surge a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov, quien descubrió que existe un proceso básico de aprendizaje. En ese proceso los organismos aprenden la relación que existe entre los estímulos que provienen del ambiente. El popular experimento de Pavlov consistió en que un perro aprendió a salivar cuando se le presentaba el sonido de un metrónomo, el mismo se había presentado al animal antes de administrarle comida, repitiendo el proceso varias veces. El sonido es el estímulo que anticipa un fenómeno necesario para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia.

Inspirado por el trabajo de Pavlov, John B. Watson al aplicar los principios básicos del condicionamiento clásico y sus propias ideas, fundó el conductismo. Conocido por su radical experimento en el cual intentó condicionar a un niño para que temiese a un animal al aparecer simultáneamente a un ruido muy fuerte; lo cual sí se logró. No pudo realizarse

la segunda fase del experimento en la que Watson estudiaría la manera de revertir el miedo condicionado del niño, debido a que el menor no volvió al hospital donde se realizaba tal experimento. Cabe mencionar que en la época actual no podría llevarse a cabo un experimento como ese por cuestiones de ética, sin embargo, este autor aportó gran énfasis sobre el comportamiento humano y el uso del método científico en la psicología.

Las investigaciones de Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento operante o instrumental. Es un proceso en donde el comportamiento se adquiere, mantiene o extingue en función de las consecuencias de una acción en específico. A las distintas investigaciones y experimentos que provienen de estas ideas se les conoce como teoría del aprendizaje.

Posteriormente, surgen las investigaciones de Bandura que comienzan a conformar nuevas hipótesis, dándole gran importancia al papel que juega la imitación en el aprendizaje. A ello se le conoce como teoría del aprendizaje social, desde la cual se afirma que no solo se produce por medio de la experiencia directa y personal, sino que en los seres humanos la observación de otras personas, y la información que se recibe por medio de símbolos verbales o visuales constituyen distintas variables.

Más tarde, Aaron Beck y Albert Ellis, dos de los principales autores de la terapia cognitivo conductual; de manera independiente desarrollaron teorías que dieron forma a los modelos de intervención terapéutica denominados: Terapia cognitiva, por Beck y Terapia racional emotiva de Ellis, ambos teóricos coinciden en la influencia que ejercen los pensamientos sobre las emociones y las conductas. También que el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo.

Los psicólogos clínicos cognitivos-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; el cual se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo citado en (como se cita en Lega, Caballo & Ellis, 2002).

Desde el punto de vista cognitivo conductual podría decirse que, como mencionan Lega, Caballo & Ellis (2002), La cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas:

- De contenido cognitivo
- De procesos cognitivos
- Productos cognitivos

Como proponen Caballo & Ellis (2002), las estructuras y el contenido cognitivo se denominan en conjunto como esquemas; Las deficiencias y distorsiones cognitivas servirán para explicar el funcionamiento desadaptativo de la persona. Los esquemas son reglas generales, inflexibles, o suposiciones silenciosas que:

1. se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias pasadas,
2. Forman la base para seleccionar, discriminar, examinar y codificar los estímulos; y
3. Para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales.

Se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales:

1. Los métodos de reestructuración cognitiva
2. Las terapias de habilidades de afrontamiento
3. Las terapias de solución de problemas Caballo & Ellis (2002).

3.7.2. Autores

a) Albert Ellis

Albert Ellis y Aaron T. Beck fueron importantes fundadores de las terapias cognitivas. Ambos se formaron en el psicoanálisis pero su trayectoria los llevó a rechazar tanto los conceptos como la terapia psicoanalítica por falta de eficacia y evidencia empírica.

Como se cita en (Feixas & Miró, 1993), Ellis reemplazó la escucha pasiva por una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que las personas pueden sustituir sus pensamientos racionales por otros más razonables.

Ellis dice que las creencias más irracionales vienen de tres ideas centrales y que cada una de ellas es irreal. Analiza los problemas de esta manera: la letra A significa un acontecimiento o experiencia activadora, que la persona supone que es la causa de C, una consecuencia o reacción emocional. La terapia racional emotiva le muestra a la persona que problema real es lo que está entre A y C: en medio se encuentra B, las creencias irracionales e irreales de la persona (Coon, 1998).

En 1959, fundó la organización llamada Instituto para la Vida Racional, sin ánimo de lucro, posteriormente y hasta la actualidad se le conoce como Instituto Albert Ellis, donde muchos profesionales se han capacitado en su modelo de psicoterapia.

Fue así como formuló su propio modelo, una nueva psicoterapia, más corta, donde se redujo el número de sesiones y reemplazó las cuatro o cinco veces por semana en “el diván” por una o dos veces por semana cara a cara con el paciente. En enero de 1955, le nombró formalmente “terapia racional” y presentó su primer trabajo significativo al respecto en el congreso de la APA en Chicago en 1956.

b) Aaron Beck

Beck, por su parte sumó a su insatisfacción con la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con los postulados freudianos. Realizó investigaciones sobre los sueños de sus pacientes depresivos y no encontró las temáticas deseables desde la teoría psicoanalítica, encontró que en los sueños los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi siempre como víctimas.

El enfoque que fue desarrollado por Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, a esto se le conoce como triada cognitiva de la depresión (Feixas & Miró, 1993).

c) Albert Bandura

Es un teórico del aprendizaje social, conocido por sus investigaciones acerca de la conducta agresiva y la función del modelamiento o imitación en el aprendizaje. Su investigación se refiere principalmente a la adquisición y modificación de las características de la personalidad infantil.

En 1974 fue presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA). En 1980 recibió el premio para las Contribuciones Científicas Distinguidas. Bandura ha demostrado que se pueden aprender conductas nuevas al observar a otra persona realizar un acto y no únicamente teniendo una experiencia propia. Aun cuando la recompensa y el castigo no son esenciales en el aprendizaje por imitación, pueden influir (Vernon & Calvin, 2010).

Según la teoría de Bandura, el aprendizaje vicario significa experimentar el mismo sentimiento o emoción que la otra persona está mostrando, es decir, una persona que observa las reacciones emocionales de un modelo a un estímulo no sólo experimenta la misma emoción, sino que

también tiende estar condicionado emocionalmente al estímulo que causa la reacción del modelo, en consecuencia cuando se presenta el estímulo en ausencia del modelo, el sujeto reacciona emocionalmente a tal estímulo.

3.7.3. Técnicas

El objetivo de las técnicas cognitivas y conductuales es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas.

A) Técnicas cognitivas

A continuación se enlistarán varias de las técnicas cognitivas que existen y se describen en Freeman & Reinecke (1995), de las cuales se ha comprobado su utilidad para lograr los objetivos de la terapia:

1. **Comprensión del significado idiosincrásico:** Es fundamental preguntar al paciente directamente sobre el significado de sus verbalizaciones, pueden estructurarse de tal forma que el terapeuta no dé en el blanco de la comprensión pero se halle en la dirección correcta.

2. Cuestionar las pruebas: Para desafiar los pensamientos disfuncionales consiste en examinar el grado en el que el pensamiento se apoya en pruebas. Es muy importante enseñar al paciente a cuestionarse las pruebas que está usando para mantener y fortalecer una idea o creencia.
3. Reatribución: cuando algunos pacientes tienden ya sea a hacerse responsables de las situaciones donde son mínimamente atribuibles a ello o por el contrario, tienden a culpar a alguien más para así no adoptar ninguna responsabilidad. El terapeuta puede, ayudar al paciente a distribuir la responsabilidad y no sentirse culpable de todo ni atribuir falsamente la culpa a otra persona.
4. Examen de las opciones alternativas: Esta estrategia implica trabajar con los pacientes para generar opciones adicionales, los pacientes suicidas son un claro ejemplo de individuos que creen haber perdido todas las opciones. El terapeuta debe evitar una postura de considerar el suicidio como inaceptable, ya que puede potenciar una posición más dura del paciente ante el suicidio, en cambio el terapeuta puede tomarlo como una opción, no podemos negarlo aunque protestamos contra él, por lo tanto, el objetivo del terapeuta consiste en generar otras opciones, incluso una sola opción aumenta al 100 % las posibilidades del paciente suicida.

5. Descatastrofizar: Si el paciente considera una experiencia potencialmente catastrófica el terapeuta puede trabajar para ayudar al paciente a evaluar la situación, se hacen preguntas como: ¿qué es lo peor que te puede suceder? O si sucede, ¿de qué forma modificará tu vida? “Ellis le llama solución elegante”. Es importante que esta técnica sea usada con mucha amabilidad para que el paciente no se sienta ridiculizado por el terapeuta.

6. Imaginar consecuencias: se pide al paciente que imagine una situación y que describan las imágenes y los problemas concomitantes. El terapeuta trabaja con el paciente para evaluar el peligro con realismo y desarrollar las estrategias de manejo. La explicación e investigación del estilo, formato y contenido de la fantasía puede producir un buen material de trabajo para la terapia.

7. Ventajas y desventajas: haciendo que el paciente elabore un listado con las ventajas y desventajas de mantener una creencia o conducta particular, así como las ventajas y desventajas al modificarla podemos ayudar al paciente a lograr una perspectiva más equilibrada.

8. Descubrimiento guiado de la asociación: Mediante preguntas sencillas como ¿y entonces, qué?, ¿qué implica esto? Y ¿qué sucederá

entonces? El terapeuta puede ayudar al paciente a examinar el significado que atribuye a los sucesos.

9. Graduar: particularmente útil para el paciente que ve las cosas de forma dicotómica fuerza al paciente a ganar distancia y perspectiva. Por ejemplo: terapeuta: en una escala del 1 al 10, ¿qué tan ansioso te sientes?

Paciente: un 9

Terapeuta: ¿puedes pensar en la situación en la que has experimentado mayor ansiedad?

Paciente: Sí, cuando me despidieron del trabajo y necesitaba dinero,

Terapeuta: comparado con eso, ¿Cuál es tu nivel de ansiedad en este momento?

Paciente: Siendo así, es 4 o 5.

10. Ensayo cognitivo: Al visualizar un acontecimiento en la mente, el paciente puede practicar determinadas conductas usando su imaginación. Así el paciente puede investigar multitud de posibilidades.

11. Autoinstrucción: se enseña al paciente a producir instrucciones directas o en algunos casos conrainstrucciones, ayuda al paciente a usar u fortalecer una técnica que todos nosotros usamos en diversos momentos.

12. Bloqueo de pensamientos: Se puede enseñar al paciente a imaginar una señal de ALTO, oír una campana, imaginar una pared o pensar en la palabra alto o para, cualquiera puede servir. La técnica tiene cualidades distrayentes y aversivas.

13. Focalización: Ocupando su mente con pensamientos neutrales, el paciente puede bloquear los pensamientos disfuncionales durante un periodo limitado, esto puede consistir en contar o centrando su atención en estímulos externos. Concede a los individuos tiempo para lograr cierto grado de control sobre su pensamiento.

B) Técnicas conductuales

Las siguientes técnicas que se describirán son técnicas conductuales que también se utilizan en la terapia cognitivo-conductual (Lega, Caballo & Ellis).

1. El debate: tiene como propósito enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis del pensamiento irracional, es un proceso lógico y empírico en el que se ayuda al paciente a que se detenga y piense se compone de dos estrategias básicas: 1 se ayuda al paciente a que examine y cuestione su forma actual de pensar, y 2 desarrolle nuevos y más funcionales modos de pensamiento. Existen cuatro estilos de debate; socrático, didáctico, chistoso/juguetón y revelador de sí mismo.

2. Tareas para casa: su propósito es ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, como su nueva habilidad para debatir, a través de ejercicios para practicar en casa, entre una sesión y otra, cuando el sujeto tiene que funcionar en el mundo real. Le permite también al terapeuta revisar, de forma sistemática el proceso del paciente.

3. Ejercicios para atacar la vergüenza: consiste en ayudar al paciente a cambiar su manera básica de razonar. Durante un ejercicio paciente actúa en público de manera deliberadamente vergonzosa, tratando al mismo tiempo, de aceptarse a sí mismo, a pesar de su comportamiento inaceptable y de tolerar la incomodidad que esa conducta le pueda producir.

4. Relajación muscular progresiva: su objetivo es reducir la tensión muscular y la activación física. Se trata de una técnica adaptativa de afrontamiento para disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente. Se instruye al paciente para que contraiga y relaje varios grupos musculares de todo el cuerpo, el paciente mantiene una contracción más o menos de tres a cinco segundos antes de relajar la parte específica del cuerpo.

5. Respiración diafragmática: se maneja como herramienta de afrontamiento cuando el paciente comienza a sentir ansiedad, el objetivo es disminuir mediante el proceso controlado de respiración la activación fisiológica.

6. Desensibilización sistemática: en esta técnica el paciente realiza una jerarquía de situaciones que le generan gran ansiedad para que, de menos a más, la persona vaya visualizando cada ítem o contexto temido. Una vez el paciente se ha imaginado durante un tiempo cada situación, el terapeuta le guía por medio de unas pautas, previamente entrenadas, para que consiga relajarse antes de volver a repetir el mismo procedimiento. Con la repetición este proceso permite el permanecer relajado, y que la situación no provoque ansiedad. El objetivo final es que la persona se sienta tranquila cuando tenga que enfrentarse en vivo a la situación que le generaba el bloqueo.

7. Exposición en vivo: consiste en exponer al paciente al estímulo que le genera ansiedad durante periodos prolongados de tiempo que pueden durar una hora o más tiempo, el paciente tiene la instrucción de permanecer aun cuando el nivel de ansiedad se eleve, se puede apoyar de distintas técnicas de relajación o distracción previamente aprendidas. El procedimiento es gradual y se maneja una lista jerárquica de estímulos que al paciente le generan ansiedad o miedo; a los que se irá exponiendo en cada sesión.

3.7.4. Aplicaciones

La Terapia Cognitivo Conductual es un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada que actualmente no se utiliza en un modelo general de la conducta normal y anormal único. La orientación empírica de la terapia cognitivo conductual y su naturaleza autoevaluación son aspectos que comparten todos los modelos que se agrupan bajo esta denominación.

Estas características se hacen presentes en la utilización de métodos científicos de evaluación a la hora de determinar qué valorar y cómo hacerlo, y en una metodología ajustada al método hipotético-deductivo durante el proceso de intervención. Este enfoque de contrastación empírica en todo lo

referente a evaluación y tratamiento se muestra con claridad en el proceso de evaluación conductual, el cual respalda las fases de la intervención en la terapia cognitivo conductual, y que es una de sus mayores fortalezas (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

El enfoque cognitivo-conductual ha tenido distintas aplicaciones en el campo de la psicología en distintas áreas como la educación, la lingüística, la medicina, la psicología de la salud, y muchas otras más; especialmente en el ámbito de la salud mental y física.

Este enfoque ha incursionado de manera relevante en asuntos como la epidemiología clínica, ocupándose del establecimiento de perfiles psicológicos y psicopatológicos de diferentes grupos poblacionales (UPB, S.F.).

La psicología desde sus diferentes perspectivas busca la explicaciones de la conducta humana no solo para lograr el diagnóstico de los principios fundamentales del aprendizaje, los procesos fundamentales como la percepción, la sensaciones, procesos cognitivos; la influencia de variables como la personalidad, los procesos motivacionales y emocionales que influyen en el desempeño de las personas y las dinámicas comunitarias de la sociedad. En los últimos años, la disciplina psicológica ha impactado en diferentes espacios clínicos y de la salud, se ha enfatizado en los trabajos

interdisciplinarios sobre enfermedades crónicas, y por tanto se ha dado un reconocimiento del papel del psicólogo en diferentes contextos (UPB, S. F.).

A continuación, una lista de los distintos problemas en los que la intervención cognitivo-conductual ha sido aplicada y ha obtenido resultados efectivos:

- Fobias y miedos específicos, fobias sociales, agorafobia.
- Trastorno de pánico y ataques de pánico.
- Ansiedad social, ansiedad heterosocial, falta de aserción, déficit de habilidades sociales.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Depresión, trastorno bipolar.

- Disfunciones sexuales
- Trastornos de pareja.
- Insomnio, pesadillas, terrores nocturnos.
- Obesidad, anorexia, bulimia.
- Drogodependencias
- Juego patológico.
- Ira, agresión.

- Víctimas de malos tratos y de abusos sexuales.
- Tartamudeo, tics, hábitos nerviosos
- Mutismo selectivo.
- Enuresis y encopresis.
- Hiperactividad/impulsividad, déficit de atención.
- Problemas niños-padres
- Deficiencia mental.
- Autoestimulación y autolesión.
- Esquizofrenia, autismo, psicosis infantiles.
- Duelo, culpabilidad, baja autoestima
- Trastornos de personalidad.
- Delincuencia.

Un enfoque de la salud mental en el que se han desarrollado; desde su inicio, investigaciones en las que se realizan guías y protocolos de intervención, y a su vez se obtienen datos estadísticos de epidemiología que resultan demasiado útiles para abrir paso a nuevos estudios.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE TESIS

4.1. Contextualización de la propuesta

Nombre: Proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad por separación para adultos.

Objetivo: Disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad por separación en una persona en la etapa de adultez temprana mediante un proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual.

Justificación:

Es común que durante la infancia un niño sienta ansiedad ante el hecho de encontrarse apartado ya sea de su casa, sus papás o especialmente de quien se encarga de cuidar de él, la o las personas a

quienes se encuentra vinculado, pero también pueden presentarse estos síntomas en un adolescente o en un adulto.

Es importante mencionar que el TAS puede iniciar o presentarse a lo largo de la vida de un individuo, en el caso de M., la persona que se ofreció voluntariamente para la presente investigación; el TAS inició en la infancia, cuando entró al preescolar sentía mucho miedo al estar “sola” en la escuela sin su mamá. Continuó con estos síntomas hasta llegar a la adultez temprana.

Cuenta la paciente que en aquel momento, sus familiares no supieron que se trataba de un trastorno infantil y por consiguiente no tuvo tratamiento. Pasaron los años y en su pubertad se fracturó la buena relación entre ella y sus padres, la comunicación entre la familia empeoró.

El autoconcepto que se formó es negativo, se culpa por cada cosa desagradable que pasa, eso sucede en cada ámbito de su vida. Sus acciones se rigen por una serie de ideas irracionales, de inferencias que toma por verdad; causando en ella demasiada ansiedad e inseguridad. Puesto que a nadie de su núcleo familiar le tiene la confianza de expresar sus miedos, sus ideas, sus pensamientos ni sus percepciones porque cree y siente que no la quieren y que no es importante; vuelca, entonces, sobre su mascota todas esas emociones. A esto se le llama desplazamiento; es un mecanismo de

defensa. Las situaciones anteriormente mencionadas son, en parte, lo que en la infancia de M. causara el TAS y, por otro lado, consecuencia de un TAS no diagnosticado ni mucho menos, tratado a tiempo.

Por ello en esta investigación se aplicarán herramientas cognitivas y conductuales dirigidas al tratamiento del trastorno de ansiedad por separación. También otras técnicas que le ayuden a conocerse, aceptarse y respetarse a sí misma, con esto mejorará mucho la percepción que tiene de los demás y de ella misma.

Población: Adulto en etapa de adultez temprana, sexo femenino, habitante de la ciudad de Córdoba, Veracruz.

Área de la psicología: Clínica.

Según la historia, algunas áreas de la psicología clínica como la fenomenología, el diagnóstico clínico y los regímenes terapéuticos derivan de la psiquiatría, otras áreas como la psicometría de los ámbitos educativos y del reclutamiento militar; la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y todos ellos se fueron incorporando en un campo disciplinar específico que, desde la perspectiva psicológica, pretende ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta por padecer

sufrimiento y angustia de manera primaria; o de manera secundaria, por el sufrimiento que causan otras enfermedades y condiciones (Sánchez, 2009).

Como parte esencial del área clínica se encuentran la evaluación y la intervención en esta parte el profesional diseña y lleva a cabo el tratamiento elegido, y estructura la evaluación adecuada según las variables, los instrumentos y la intervención; por supuesto, ello después de haber recabado datos sobre el paciente que permitan al terapeuta encontrar el tratamiento y la secuencia adecuada al caso, la personalidad, al contexto y a los recursos del paciente.

La psicología clínica se encarga de los problemas relativos al área de la salud mental. Los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objetivo de lograr una adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal. (Sánchez, 2009).

La orientación clínica se dirige, también, a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual; pero sobrepasa el campo de la anormalidad y la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios, que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar (...). El psicólogo es el

profesional de ayuda, quien coadyuva y facilita la intervención (Sánchez, 2009).

Como afirma Myers (2005), los psicólogos clínicos estudian, evalúan y atienden personas con problemas. (...) Realizan e interpretan tests, proveen psicoterapia, dirigen programas de salud mental, y llevan adelante investigaciones básicas y aplicadas.

Importante mencionar que el campo de estudio de la psicología clínica es multidisciplinario. Los psicólogos que se dedican al ámbito clínico pueden tener formación en distintas escuelas y enfoques, como por ejemplo la cognitivista, la conductista, la psicoanalista, la humanista, la gestalt o la terapia familiar sistémica, entre otros.

Como menciona Caballo (1998) gran parte de los modelos de formulación tradicional en psiquiatría y en psicología clínica tratan de establecer un rótulo diagnóstico de acuerdo con las covariaciones observadas en diferentes manifestaciones conductuales, emocionales, fisiológicas y cognitivas de determinados trastornos o síndromes y que corresponden a ciertos modelos taxonómicos o de clasificación diagnóstica previamente establecidos, como el DSM-IV, DSM-V o la CIE-10.

4.2 Desarrollo de la propuesta

PROCESO TERAPÉUTICO BAJO EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN PARA ADULTOS



ÍNDICE TEMÁTICO

- Introducción
- Sesión 1 “entrevista inicial”
- Sesión 2 “evaluación psicológica”
- Sesión 3 “Evaluación psicológica”
- Sesión 4 “Registro de frecuencia”
- Sesión 5 “intervención”
- Sesión 6 “retroalimentación”
- Sesión 7 “intervención”
- Sesión 8 “intervención”
- Sesión 9 “intervención”
- Sesión 10 “intervención”
- Sesión 11 “intervención”
- Sesión 12 “Exposición en vivo”
- Sesión 13 “Exposición en vivo”
- Sesión 14 “Exposición en vivo”
- Sesión 15 “Exposición en vivo”
- Sesión 16 “Exposición en vivo”

- Sesión 17 “Intervención”
- Sesión 18 “Intervención”
- Sesión 19 “Retroalimentación y cierre”
- Anexos

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad por separación es muy común en la infancia, sin embargo, también en un adulto puede aparecer. Los síntomas son los mismos, pero las consecuencias de presentar este trastorno y no tener un seguimiento terapéutico pueden ser graves ya que los síntomas causados por la ansiedad provocan en las personas desconfianza y dificultad para adaptarse al entorno laboral, social y/o familiar.

Es por ello que se ha desarrollado una herramienta capaz de disminuir el nivel de ansiedad y sus síntomas, es un proceso terapéutico en el cual por medio de sesiones estructuradas bajo el enfoque cognitivo-conductual se puede enseñar al paciente a controlar su ansiedad.

En este instrumento por medio de cuestionarios e inventarios se evalúan el nivel de ansiedad, también se toman datos de la personalidad del paciente, lo cual permite al terapeuta ampliar el expediente de la persona a la quien se esté atendiendo. Cada técnica está dirigida a disminuir los síntomas

de ansiedad y también a cambiar los pensamientos o ideas irracionales y por consecuente; las conductas no deseadas.

Sesión 1	Nombre: Entrevista inicial	Duración: 60 minutos
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de empatía • Adquirir datos generales y familiares (identidad) • Obtener información sobre la problemática a tratar • Determinar un diagnóstico 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Entrevista Psicológica</p> <p>Objetivo: Obtener la información necesaria para un correcto diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Descripción:</p> <p>Las áreas que se exploran durante esta sesión, mediante la entrevista de tipo semiestructurada, son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Área personal 2. Área laboral 3. Área académica 4. Área social 5. Área familiar 6. Área afectiva 7. Área cognoscitiva <p>(Anexo 1)</p>		<p>Autor:</p> <p>Sin autor</p>

<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Familiograma</p> <p>Objetivo: obtener, registrar y relacionar información del sistema familiar y sus relaciones.</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trazado de la estructura familiar • Registro sobre la información de la familia • Delineado de las relaciones familiares 		<p>Autor:</p> <p>Mónica Mc Goldrick y Randy Gerson</p>
Sesión 2	Nombre: evaluación psicológica	Duración: 60 minutos
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la personalidad de la paciente a través de la aplicación de pruebas psicológicas proyectivas 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Aplicación del dibujo proyectivo HTP</p> <p>Objetivo: Proporcionar información acerca de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar.</p> <p>Descripción: El HTP se diseñó para incluir un mínimo de dos pasos. El primero es no verbal, creativo y muy poco estructurado. En él se solicita al individuo que dibuje libremente una casa, un árbol y una persona.</p> <p>El segundo paso, un interrogatorio estructurado, incluye una serie de preguntas acerca de las asociaciones del sujeto con aspectos de cada dibujo. Posteriormente, se evalúan los dibujos buscando signos de posible patología basándose en el contenido, las características del dibujo como el tamaño, la ubicación y la presencia o ausencia de partes específicas y las respuestas del individuo durante el interrogatorio.</p>		<p>Autor:</p> <p>John N. Buck</p> <p>Revisado por:</p> <p>W. L. Warren, PhD</p>
Técnica/actividad		

<p>Nombre: Test Persona bajo la lluvia</p> <p>Objetivo: Evaluar la personalidad del examinado, su imagen corporal y reacción ante un elemento amenazante.</p> <p>Descripción:</p> <p>Se le proporciona al individuo una hoja de papel a lo largo, solicitándole que dibuje una persona bajo la lluvia.</p> <p>Luego se le pide una breve historia sobre lo que dibujó y que le ponga nombre y edad al personaje.</p>	<p>Autor:</p> <p>Silvia Mabel Querol</p> <p>María Inés Chaves Paz</p>
--	---

Sesión 3	Nombre: Evaluación psicológica	Duración: 60 minutos
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la personalidad de la paciente a través de la aplicación de pruebas psicológicas proyectivas. • Evaluar el coeficiente intelectual de la paciente mediante la aplicación pruebas de inteligencia. • Medir el nivel de ansiedad de la paciente mediante la resolución del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Cuestionario de 16 Factores de personalidad</p> <p>Objetivo: Medir rasgos de la personalidad mediante la aplicación del cuestionario 16 FP.</p> <p>Descripción:</p> <p>La aplicación del 16 FP conduce a que se le asigne al individuo una puntuación de la fuente de rasgo en cada uno de los 16 factores. Para cada estimación de una ejecución debemos tener los valores para esa clase de desempeño para cada factor descubierto por investigación en psicología aplicada. Los valores y las puntuaciones del factor no predecirán por</p>		<p>Autor:</p> <p>Raymond B. Cattell</p> <p>Herbert W. Ebert</p> <p>Maurice M. Tatsuoka</p>

<p>completo, por supuesto la conducta, ya que habría que considerar fuentes de rasgo.</p>	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: IDARE Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado</p> <p>Objetivo: Medir los niveles de ansiedad de rasgo y estado.</p> <p>Descripción:</p> <p>El inventario de ansiedad está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) Ansiedad-Rasgo y 2) Ansiedad-Estado. La escala A-Rasgo consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado de ella.</p>	<p>Autor:</p> <p>C.D. Spielberger</p> <p>R. Díaz Guerrero</p>
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Test de Matrices Progresivas (RAVEN)</p> <p>Objetivo: Medir inteligencia por medio de la comparación de formas y el razonamiento por analogías.</p> <p>Descripción:</p> <p>Es un test no verbal, donde el sujeto describe piezas faltantes de una serie láminas pre-impresas. Se pretende que el sujeto utilice habilidades, de observación y razonamiento analógico para reducir el faltante en la matriz. Se le pide al paciente que analice la serie que se le presenta y que siguiendo la secuencia horizontal y vertical, escoge uno de los trazos: el que encaje perfectamente en ambos sentidos, tanto el horizontal como en el vertical. Casi nunca se utiliza límite de tiempo, pero dura aproximadamente 60 minutos.</p>	<p>Autor:</p> <p>J.C. Raven, J.H. Court y J. Raven</p>

Sesión 4	Nombre: Registro de frecuencia	Duración: 50 minutos
Objetivo: Registrar la frecuencia de los síntomas de ansiedad ante un evento de separación mediante un registro diario basado en los criterios del DSM-IV y DSM-V.		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Registro de frecuencia</p> <p>Objetivo: Identificar la frecuencia de síntomas del trastorno de ansiedad por separación.</p> <p>Descripción:</p> <p>El terapeuta le proporciona al paciente una tabla, la cual contiene los ítems propios del trastorno de ansiedad por separación según el DSM-IV Y DSM-5, en ella llevará a cabo un registro diario durante quince días, marcando al final de cada día los síntomas de ansiedad que surjan ante un evento de separación.</p> <p>(Anexo 2)</p>		<p>Autor:</p> <p>Sin autor</p>
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Cuestionario de Beck para la ansiedad</p> <p>Objetivo: Valorar los síntomas somáticos de la ansiedad.</p> <p>Descripción:</p> <p>Proporcione al paciente un cuestionario y dé las indicaciones siguientes: responda el cuestionario en base a los síntomas o malestares que ha experimentado en este último mes.</p> <p>Posterior a su respuesta, el terapeuta califica los resultados, para obtener el nivel</p>		<p>Autor:</p> <p>Aaron T. Beck</p>

de ansiedad del paciente. (Anexo 3)	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Escala de Hamilton</p> <p>Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad en el paciente diagnosticado.</p> <p>Descripción:</p> <p>Proporcione al individuo una escala y dé las indicaciones siguientes: responda la escala en base a los síntomas o malestares que ha experimentado en este último mes.</p> <p>Después de que responda, el terapeuta califica los resultados, para obtener el nivel de ansiedad del paciente.</p> <p>(Anexo 4)</p>	<p>Autor:</p> <p>Max Hamilton</p>

Sesión 5	Nombre: Intervención	Duración: 50 minutos
Objetivo: Ofrecer al individuo herramientas de relajación y reducción de pensamientos negativos mediante las técnicas de relajación progresiva y detención del pensamiento.		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Relajación muscular progresiva</p> <p>Objetivo: Reducir la tensión muscular y conducir a la activación fisiológica.</p> <p>Descripción:</p> <p>Se le indica al individuo que adopte una posición cómoda, de preferencia acostado boca arriba y con los ojos cerrados, y pedimos que produzca tensión en grupos musculares, que aguante la tensión en grupos particulares, que aguante la tensión durante un intervalo de entre 5 y 7 segundos y, después, que descargue la tensión. Todo el procedimiento durará 20 minutos.</p> <p>1. Brazo dominante:</p> <p>Extienda hacia el frente su brazo, cierre fuertemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión.</p>		<p>Autor:</p> <p>Edmund Jacobson Joseph Wolpe</p>

<p>Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo.</p> <p>1. Brazo no dominante:</p> <p>Extienda hacia el frente su brazo, cierre fuertemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión. Después relájelo, doblando el brazo por el codo y dejándolo descansar sobre su regazo.</p> <p>3. Frente:</p> <p>Arrugue la frente elevando las cejas tanto como pueda, empuje sus cejas hacia arriba, tensando todo lo que pueda la frente y las sienes. Después relájelas lentamente, dejando que sus cejas vayan cayendo progresivamente y descargue la tensión de la frente.</p> <p>4. Ojos y nariz:</p> <p>Cierre fuertemente los ojos, apriételos todo lo que pueda hasta que sienta la tensión alrededor de los mismos. Al mismo tiempo, arrugue la nariz, empujándola hacia su rostro. Perciba la tensión. Lentamente relájelos, destense la tensión que rodea a sus ojos y a la nariz, dejando de arrugarla. Mantenga cerrados los ojos y concéntrese en las sensaciones de relajación.</p> <p>5. Mandíbula y cuello:</p> <p>Tense la boca, la mandíbula y las zonas del cuello haciendo una sonrisa exageradamente amplia, apriete los dientes y estire su cuello tirando hacia dentro de su boca y pómulos. Advierta la tirantez de los músculos que rodean la boca, la mandíbula y zona frontal del cuello. A medida que descarga la tensión, concéntrese en la sensación de relajación en estas regiones.</p> <p>6. Hombros y espalda:</p> <p>Colóquese un poco más adelante en la silla y levante y retrase los codos hasta que las paletas de los hombros se aproximen entre sí. Al mismo tiempo el pecho se está expandiendo. Advierta la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Gradualmente descargue la tensión retrocediendo en la silla, colocando ambos brazos sobre el regazo y permitiendo que los hombros caigan a su posición normal.</p>	
--	--

<p>7. Pecho:</p> <p>Tense el pecho haciendo una profunda inhalación y después manteniendo dentro el aire. Sienta la tensión en el pecho mientras lo aprieta y tira de él. A medida que lo relaje, concéntrese en cuán sueltos siente ahora los músculos del pecho.</p> <p>8. Estómago:</p> <p>Apriete el estómago tirando de él hacia adentro y endureciéndolo como si fuera una tabla. Mientras lo destensa, perciba cómo cambian las sensaciones entre la tensión y la relajación".</p> <p>9. Pierna dominante:</p> <p>Levante del suelo su pierna hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro, y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pié, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pié apoyado en el suelo.</p> <p>10. Pierna no dominante:</p> <p>Levante del suelo su pierna hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerza los dedos de los pies hacia adentro, y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pié, pantorrilla, rodilla y pierna. Gradualmente relájela, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pié apoyado en el suelo.</p> <p>También pedirle que lo repita cada noche antes de dormir y las veces que sienta que sea necesario.</p>	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Detención de pensamiento</p> <p>Objetivo: Reducir la frecuencia y duración de los pensamientos negativos.</p> <p>Descripción:</p> <p>El paciente pone en práctica un estímulo aversivo en un intento de detener los pensamientos intrusivos y obsesivos.</p>	<p>Autor:</p> <p>Maguth, A., Maguth, C., & Lombardo, E. (2004).</p>

Durante el transcurso de esta intervención, el procedimiento puede progresar desde soltar con fuerza una liga en la muñeca y gritar “¡basta!”, hasta sólo esto último, murmurar y a la larga decir “basta” en silencio.	
---	--

Sesión 6	Nombre: Retroalimentación	Duración: 60 minutos
Objetivo: Reforzar el uso de técnicas utilizadas en el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación.		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Revisión</p> <p>Objetivo: Reforzar el uso de técnicas de relajación muscular progresiva y detención de pensamiento.</p> <p>Descripción: Se dispondrá al individuo a recapitular las técnicas o estrategias que le fueron ofrecidas en la sesión anterior. El terapeuta le preguntará lo siguiente:</p> <p>¿Percibe que la técnica de relajación le ha funcionado?</p> <p>¿Los pensamientos que le causan ansiedad han disminuido?</p> <p>¿En qué situaciones las ha utilizado? (cada una por separado).</p> <p>¿Con qué frecuencia las realiza? (cada una por separado).</p> <p>También le hará las siguientes indicaciones:</p> <p>A. Muéstreme cómo realiza la relajación muscular progresiva; y el paciente tiene que hacerlo tal y como lo hace cuando está a solas.</p> <p>B. Bien, ahora dígame de qué forma utiliza la “detención de pensamiento”.</p> <p>Si el terapeuta lo considera necesario, le corregirá y si las ha llevado a cabo de manera correcta; le sugiere continuar como lo ha hecho.</p>		<p>Autor:</p> <p>Edmund Jacobson</p> <p>Joseph Wolpe</p>
Técnica/actividad		

<p>Nombre: Cuestionar las pruebas</p> <p>Objetivo: Examinar la base de los pensamientos disfuncionales que el individuo utiliza, mediante el cuestionamiento de los argumentos.</p> <p>Descripción:</p> <p>El terapeuta le enseña al paciente a cuestionarse las pruebas que está usando para mantener una idea o creencia.</p> <p>Para cuestionarse las pruebas se requiere examinar cuáles son los datos que se utilizan al interpretar. El paciente que utiliza la abstracción selectiva tiende a ignorar aspectos importantes de la información con la que cuenta y centrarse únicamente en fragmentos de información con los que confirma su punto de vista. (Manteniendo el estado de ansiedad). Es indispensable que el paciente discuta consigo mismo todas las evidencias, haciéndose preguntas sobre la autenticidad de su argumento; aquí, un ejemplo de cómo hacerlo:</p> <p>Paciente: A nadie le importo</p> <p>Terapeuta: ¿en verdad, a nadie?</p> <p>Paciente: bueno, sí, a mi familia...</p> <p>(Puesto que ya se conoce al paciente, se pueden hacer preguntas, recurrir a lo que anteriormente ha expresado o a lo que el terapeuta ha observado).</p>	<p>Autor:</p> <p>Freemann, A., & Reinecke, M. (1995).</p>
--	---

Sesión 7	Nombre: Intervención	Duración: 60 minutos
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anular los pensamientos no deseados mediante la focalización en estímulos externos. • Controlar la ansiedad mediante la respiración. 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Focalización</p> <p>Objetivo: Bloquear los pensamientos negativos del individuo centrándolo en estímulos externos.</p> <p>Descripción: La técnica consiste en distraerse de un pensamiento negativo centrandolo en un estímulo exterior. El paciente puede elegir entre hacer operaciones numéricas como sumas o restas, pensar en imágenes o escenas agradables, o en describir algún objeto que ve a su alrededor. En sí, la técnica es breve, pero concede al individuo el tiempo para lograr cierto grado de control sobre su pensamiento. Por ejemplo:</p> <p>Terapeuta: Me gustaría que restaras 17 a 183, y después restes otros 17 y así sucesivamente.</p> <p>Paciente: Es difícil.</p> <p>Terapeuta: Ya sé. Queremos probar si las operaciones interfieren en los pensamientos negativos que has descrito.</p> <p>Paciente: Veamos, 183, 166, no, 149, 132. ¡Esto es estúpido!</p>		<p>Autor:</p> <p>Freemann, A., & Reinecke, M. (1995).</p>

<p>Terapeuta: Sigue... 132...</p> <p>Paciente: bien... 132, 115, 98, sigo, 81. ¿Voy bien?</p> <p>Terapeuta: Bien, ¿cómo te sientes?</p> <p>Paciente: me siento bien. Parece que los pensamientos se han alejado por un momento.</p>	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Respiración diafragmática</p> <p>Objetivo: Favorecer la relajación por medio de la respiración controlada.</p> <p>Descripción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar una mano sobre el pecho con el dedo pulgar justo en la parte inferior del cuello y la otra mano sobre el estómago con el meñique justo por encima del ombligo. 2. Hacer que el paciente inhale a través de la nariz en intervalos cortos y superficiales. Advertir que la mano que se encuentra sobre el pecho se eleva ligeramente pero la mano sobre el abdomen casi no se mueve. 3. Ahora, sugerir que el paciente inhale por la nariz pero en intervalos normales, más lentos y advertir cómo la mano que se encuentra sobre el abdomen se mueve ligeramente hacia afuera con cada inhalación y se hunde con cada exhalación. 4. Practicar durante 2-3 minutos mientras se concentra en el movimiento del abdomen con cada exhalación. 5. Proceder con el trabajo de relentizar el ritmo respiratorio entre 8 y 12 inhalaciones por minuto. Presentar un ritmo respiratorio tranquilo en el que el terapeuta demuestre un ciclo de inhalación de 4 segundos-exhalación de 4 segundos. 6. Las asignaciones para la casa comienzan con dos o tres sesiones diarias de 10 minutos de práctica de respiración diafragmática con o sin ayuda de una grabación que le determine el ritmo. Seguido por sesiones diarias de 1-2 minutos de hiperventilación seguidas por respiración lenta. 7. La fase final para las tareas de casa conlleva la aplicación de la respiración diafragmática en una variedad de situaciones cotidianas 	<p>Autor:</p> <p>Clark, D. & Beck, A. (2012).</p>

de ansiedad.	
--------------	--

Sesión 8	Nombre: Intervención	Duración: 60 minutos
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar al paciente una herramienta de auto-control de impulsos. • Identificar las ideas irracionales por medio del modelo ABC de Ellis, para sustituirlas por ideas racionales. 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Autoinstrucción</p> <p>Objetivo: promover el autocontrol de la persona con frases y comentarios que le guían para lograr un objetivo.</p> <p>Descripción:</p> <p>El proceso que será desarrollado por el paciente es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Al principio, practicar verbalizando en voz alta la autoinstrucción, para acostumbrarse a escucharse así mismo dando la orden de lo que ha de hacer. B) Una vez que se haya habituado a hacerlo en voz alta, comenzará a verbalizar mentalmente la autoinstrucción. C) Continuar practicando hasta que el paciente note que ha desarrollado la habilidad de realizar automáticamente una acción, sin ser verbalizada. <p>La indicación o autoinstrucción tiene que ser clara y concisa.</p>		<p>Autor:</p> <p>Freemann, A., & Reinecke, M. (1995).</p>

<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: ABC</p> <p>Objetivo: Modificar las normas de pensamiento mediante la identificación y el reconocimiento de la emoción perturbadora.</p> <p>Descripción: El modelo ABC funciona de la siguiente manera:</p> <p>Los acontecimientos activantes o las A. cuando los pacientes describen un acontecimiento perturbador en sus vidas dicho acontecimiento contiene tres elementos: 1) qué sucedió, 2) cómo percibió el paciente lo que sucedió, y 3) cómo evaluó el paciente lo que sucedió. Los primeros elementos son aspectos de la A, el acontecimiento activante; el último se refiere al sistema de creencias del paciente.</p> <p>Se emplean dos tipos de cogniciones. La realidad percibida conlleva las condiciones descriptivas de los pacientes, Las creencias racionales e irracionales son condiciones evaluativas sobre descripciones de la realidad. Son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.</p> <p>Los pacientes normalmente acuden a terapia porque tienen algún tipo de problema (C) y creen que esto se debe a algún acontecimiento (A). Sin embargo, el centro de atención de la terapia se encontrará en B, el sistema de creencias ("Beliefs"). Además las A históricas no pueden cambiarse nunca; sólo las evaluaciones del paciente sobre ellas se encuentran disponibles para discusión.</p> <p>Es la C la consecuencia emocional. Si el paciente no expresa sus emociones, entonces el terapeuta hará preguntas, así después de que el paciente ha descrito el acontecimiento activante, el terapeuta preguntará normalmente, "¿y cómo se siente?".</p> <p>Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en su intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante. Y/o producir trastornos psicósomáticos. Si la emoción se prolonga demasiado o es muy debilitante, entonces se convierte en un objetivo potencial para la intervención terapéutica.</p> <p>Algunas palabras que definen emociones apropiadas y perturbadoras son las siguientes:</p>	<p>Autor:</p> <p>Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002).</p>
---	---

<p>Emociones apropiadas: Preocupación, tristeza, enfado, remordimiento, pesar, frustración.</p> <p>Emociones perturbadoras: Ansiedad, depresión, ira clínica, culpa, vergüenza.</p> <p>Una vez que el paciente ha reconocido e identificado correctamente la emoción perturbadora, tienen que tomar una decisión: ¿quiere seguir manteniendo o cambiar esta emoción?</p> <p>Las creencias o las B. Hay dos clases de sistemas de creencias, Creencia racionales y creencias irracionales, ambas son evaluaciones de la realidad.</p> <p>La tarea de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre una y otra y pedirle que cuestione sus ideas irracionales y las reemplacen por filosofías más racionales. La forma de diferenciar las creencias racionales de las irracionales es porque las irracionales tienen las siguientes características: a) Son inconsistentes en su lógica, b) son inconsistentes con la realidad empírica, c) son absolutistas y dogmáticas, d) producen emociones perturbadoras, y e) no nos ayudan a conseguir nuestros objetivos. Algunas pautas para reconocer y/o detectar las ideas irracionales (Anexo 5).</p> <p>El terapeuta deberá hacer la discriminación de si la expresión conlleva un significado absolutista, atendiendo al contexto del paciente y a su estado emocional.</p> <p>El terapeuta le facilita al paciente una hoja, lápiz y borrador, le indica que divida la hoja en tres partes, doblándola como si fuese un tríptico.</p> <p>En la primer división anotará en la parte posterior la letra A, de igual manera en la siguiente división la letra B y en la tercera la letra C. En el segmento de la letra A, anotará el o los acontecimientos que le causan ansiedad, en el siguiente (B), la idea o pensamiento que tal acontecimiento trae a su mente, y en el segmento C, anotará la o las consecuencias que le trajeron haber pensado de esa manera, las consecuencias pueden ser cognitivas, emocionales y/o conductuales.</p> <p>El terapeuta invita al paciente a cambiar los pensamientos negativos e ideas irracionales por ideas y pensamientos funcionales, le pregunta, ¿cómo se sentiría si pensase eso en vez de lo pensado originalmente?, ¿Cuál habría sido la consecuencia? Y se trabaja a la par con la serie de ideas irracionales</p>	
---	--

del paciente.	
---------------	--

Sesión 9	Nombre: Intervención	Duración: 60 minutos
Objetivos: Reducir la ansiedad ante el estímulo ansiógeno y eliminar conductas de evitación.		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Desensibilización sistemática</p> <p>Objetivo: Promover respuestas adaptativas del paciente hacia estímulos que le causan ansiedad.</p> <p>Descripción:</p> <p>Los pasos a seguir para la aplicación de la desensibilización sistemática son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elegir una respuesta que no sea compatible con la ansiedad (como puede ser la “detención de pensamiento”, “focalización” y/o “respiración diafragmática”). 2. Elaborar una jerarquía de ansiedad. 3. Valorar la capacidad imaginativa del paciente y entrenamiento en imaginación, si se requiere. 4. Antes de las sesiones se acordará con el paciente una señal que debe hacer para indicar que está relajado o que siente ansiedad ante la presentación de algún ítem de la lista de jerarquía de ansiedad, puede una señal con los dedos de la mano. 5. La sesión de desensibilización comienza con el paciente en una posición cómoda, desarrollando la respuesta de relajación que ha sido entrenada. 		<p>Autor:</p> <p>Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012).</p>

<p>Se le indica que realice la señal acordada cuando se encuentre en estado de relajación. En ese momento, estando relajado, se presenta el primer ítem de la jerarquía y se le pide que lo imagine con la mayor nitidez posible. Si ante la presentación del ítem el paciente indicase la existencia de ansiedad se le daría la indicación de dejar de imaginar y volver a centrarse en la respuesta incompatible con la ansiedad. En caso de que no se produzca ansiedad, el ítem se mantendrá en la imaginación entre 15 o 20 segundos, después de los cuales, se le pedirá que vuelva a centrarse unos segundos en la respuesta incompatible (40 o 50 segundos son suficientes) y se volverá a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas pautas. Si no hay ninguna señal de la presencia de ansiedad durante la exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada presentación.</p>	
---	--

Sesión 10	Nombre: Intervención	Duración: 60 minutos
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar al paciente una técnica de apoyo en la disminución la ansiedad. • Finalizar la técnica de desensibilización sistemática. 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Ensayo cognitivo</p> <p>Objetivo: Disminuir la ansiedad por medio del ensayo cognitivo de la situación que causa tal estado.</p> <p>Descripción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. visualizar un acontecimiento en la mente, es decir, seleccionará una escena sencilla y la practicará por medio de imaginación. La primera vez, el terapeuta puede utilizar imágenes para que la escena sea aún más vívida. 2. Las demás veces que practique el ensayo cognitivo lo hará sin la ayuda de imágenes. <p>El nivel de ansiedad disminuirá debido a que el paciente descubrirá que hay una amplia lista de posibilidades a su alcance para resolver cada dificultad y, en su mente, mediante la imaginación ya ha resuelto el problema o la facultad.</p>		<p>Autor:</p> <p>Freemann, A., & Reinecke, M. (1995).</p>
Técnica/actividad		

<p>Nombre: Desensibilización sistemática (segunda parte).</p> <p>Objetivo: Reducir la ansiedad ante el estímulo ansiógeno y eliminar conductas de evitación.</p> <p>Descripción:</p> <p>El terapeuta repite con el paciente el paso número 6 de la desensibilización sistemática.</p> <p>Sólo realizará esta técnica si en la sesión anterior (sesión 9) no terminó la actividad. Y eso dependerá del tiempo y el tipo de respuestas del paciente.</p>	<p>Autor:</p> <p>Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012).</p>
--	---

Sesión 11	Nombre: Intervención	Duración: 60 minutos
Objetivos: Facilitar una estrategia de auto-evaluación y recompensas dirigida a reforzar las conductas de afrontamiento de la ansiedad.		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Auto-evaluación y recompensa</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la persona en el proceso de evaluación de su desempeño. • Alentar al paciente para que se recompense por su esfuerzo y rendimiento. • Utilizar las recompensas como reforzador de la conducta positiva. <p>Descripción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta describe al paciente lo que es una recompensa, da ejemplos de situaciones en las que alguien es recompensado tras haber realizado un trabajo o esfuerzo. 2. Presente la idea de auto-evaluación, explicando cómo una persona puede decidir si se encuentra satisfecho con su propio trabajo o no, sugiriendo que puede evaluarse a sí mismo y recompensar o castigar su propio comportamiento (en este caso, omitir el castigo, solo habrá o no, recompensas). 		<p>Autor:</p> <p>Kendall, P. (2010).</p>

<p>3. Proporcione ejemplos concretos basados en el conocimiento que tiene sobre experiencias de la persona, haciendo que imagine una situación en la que haya realizado una tarea en la que sus resultados no fueron un total éxito, aún al haberse esforzado, y realice las siguientes preguntas al paciente: ¿Cómo se sentiría?, ¿qué haría después de haberlo concluido?, ¿en qué pensaría? Comente que no tener éxito o no haber hecho un excelente trabajo no es razón para castigarse a uno mismo; sólo se pide dar lo mejor de sí. Haga lo mismo con un ejemplo de una situación en la cual la persona no se esforzó, por consecuente, no obtiene éxito, y por lo tanto no recibe recompensas.</p> <p>4. Pídale al paciente que haga una lista de posibles recompensas de magnitudes y tamaños apropiados, señale que la recompensa es mejor si es inmediata y aliente con la combinación de premios materiales y no materiales. Puede pegarla en un lugar visible o traerla consigo.</p> <p>5. Presente la idea de una tabla de emociones, la persona mide su propia evaluación de esfuerzo/rendimiento.</p>	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Modelado</p> <p>Objetivo: Generar en el individuo el aprendizaje de una conducta adaptativa, mediante el modelado.</p> <p>Descripción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta modela la autoevaluación y utiliza la tabla de emociones en función de una situación propia. 2. Presente otra situación para que el paciente se imagine en ella y utilice la tabla de las emociones para evaluar su esfuerzo/rendimiento. 3. El terapeuta provee un modelo de afrontamiento, describe al menos una situación en la que experimentó alguna preocupación, pero no resolvió el problema automáticamente, aunque sí afrontó con energía la ansiedad, hizo una autoevaluación positiva, y se dio a sí mismo una recompensa adecuada. La recompensa puede ser tomada de su 	<p>Autor:</p> <p>Kendall, P. (2010).</p>

lista o espontánea.	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Juego de roles</p> <p>Objetivo: Motivar al paciente para continuar con una conducta, a partir de haberla experimentado.</p> <p>Descripción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta y el paciente actúan un escenario donde una situación que provoca ansiedad es enfrentada con éxito (aunque no perfectamente). 2. El terapeuta invita al paciente a sumarse y lo guía, incluya ejemplos de recompensas posibles para esa tarea. 3. El terapeuta invita al paciente a actuar una situación similar, ofreciendo menor guía. 	<p>Autor:</p> <p>Kendall, P. (2010).</p>

Sesión 12, 13, 14, 15 y 16	Nombre: Exposición en vivo	Duración: 60 minutos
Objetivos: Exponer al individuo ante los estímulos que le generan ansiedad de manera que ocurra la habituación ante éstos, reduciendo así, el nivel de ansiedad.		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Exposición en vivo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Entrenar e implementar con el paciente la técnica de exposición en vivo.</p> <p>La exposición se dividirá en cinco sesiones, en cada una, el paciente será expuesto a uno de los estímulos que anteriormente enlistó jerárquicamente (de menor a mayor) del 1 al 5. La secuencia será la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estar fuera de casa sin realizar actividades agradables o divertidas que hagan que se mantenga distraída. Es decir, realizará cualquier otra actividad que la mantenga fuera de su zona de confort, puede elegirla el terapeuta o ella misma. 2. Dedicarle a su mascota menos de 30 minutos durante un día. 3. Llegar a casa más tarde de lo habitual por tener que cumplir un compromiso o por la presencia de algún contratiempo (el cual puede ser simulado o real). 4. No ver a su mascota por todo un día 	<p>Autor:</p> <p>Ruiz, M. & Villalobos, A. (2012).</p>	

<p>5. Salir a pasear por la noche (como habitualmente lo hace) sin la mascota.</p> <p>Descripción: La exposición en vivo consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, de forma gradual.</p> <p>La indicación básica en estas sesiones es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad, o bien hasta alcanzar un nivel de 2 en una escala subjetiva de ansiedad de 0 a 8 (Bados y García, 2011). La duración de las sesiones suele ser de una hora o más. Esta duración, tiene que ver más con el hecho de permitir una exposición prolongada, que con dar tiempo a la reducción de la ansiedad. El individuo debe mantenerse en contacto con la situación o estímulo ansiógeno aun cuando se produzca una elevación de la ansiedad, incluso en el caso de producirse un ataque de pánico, se tratará de no abandonar la situación de exposición, no obstante, si resultase imposible mantenerse en ella, es posible abandonar temporalmente el contexto de exposición, tratando de permanecer cerca y reanudando la exposición en cuanto sea posible. Si se produce un incremento importante de la ansiedad durante la exposición será útil para el individuo tratar de utilizar alguna estrategia moduladora de la ansiedad, pueden usarse estrategias de relajación como la respiración diafragmática, auto-instrucciones, o incluso la distracción. Al disminuir la ansiedad se redirige nuevamente la atención al estímulo temido en el tiempo más breve posible.</p> <p>Ya que se cuenta con la asistencia del terapeuta, el mismo puede exigir más del paciente, retando los pensamientos irracionales que surjan durante la experiencia.</p>	
--	--

Sesión 17	Nombre: intervención	Duración: 60 minutos
Objetivos: guiar a la paciente en el proceso de autoconocimiento y aceptación de sus propios defectos y virtudes mediante ejercicios de autoaceptación para que aprenda a respetarse y valorarse.		
<p>Técnica/actividad:</p> <p>Nombre: conociendo mis cualidades y defectos</p> <p>Objetivo: que el paciente analice las cualidades y defectos (psicológicos) que forman parte de su personalidad.</p> <p>Descripción:</p> <p>El terapeuta le dará al paciente una hoja en blanco y un lápiz y le hará la indicación de doblarla para dividirla en dos, anotando en el lado izquierdo cada una de sus cualidades y en el lado derecho los defectos.</p>		Autor: Sin autor
<p>Técnica/actividad:</p> <p>Nombre: Método socrático</p> <p>Objetivo: aprender a reconocer pensamientos y analizarlos para detectar distorsiones cognitivas y sustituirlos por pensamientos lógicos.</p> <p>Descripción:</p> <p>El terapeuta cuestiona las ideas irracionales del paciente a través de preguntas dirigidas hacia su carencia de funcionalidad y falta de lógica (dirigido hacia lo que anotó el paciente en la lista de defectos y virtudes).</p> <p>Mediante las preguntas cautelosas, el terapeuta plantea al paciente una idea,</p>		Autor: (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

<p>una hipótesis o un estímulo que le conduce a reconsiderar la validez o el valor de sus pensamientos automáticos.</p> <p>Es de gran utilidad realizar preguntas empíricas para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedir pruebas que mantienen los pensamientos disfuncionales • Indagar alternativas a los pensamientos disfuncionales • Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos disfuncionales • Comprobar la gravedad de las predicciones negativas • Conceptualizar pensamientos vagos en su formulación <p>Ejemplo:</p> <p>Terapeuta: ¿por qué “debe” obtener el mejor puesto en la empresa?</p> <p>Paciente: porque debo tener ese puesto, solo así me ganaré el respeto de mi familia.</p> <p>Terapeuta: entiendo que sea una excelente meta (aclaración). Sin embargo, está yendo mucho más allá. ¿Por qué “debe”, bajo cualquier circunstancia, sin ninguna otra alternativa posible, obtener el mejor puesto?</p>	
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Detención de pensamiento con auto castigo</p> <p>Objetivo: Reducir la frecuencia y duración de los pensamientos negativos por medio del auto castigo.</p> <p>Descripción:</p> <p>El paciente pone en práctica un estímulo aversivo en un intento de detener los pensamientos intrusivos y obsesivos.</p> <p>Durante el transcurso de esta intervención, el procedimiento puede progresar desde soltar con ligera fuerza una liga en la muñeca y gritar “¡basta!”, hasta sólo esto último, murmurar y a la larga decir “basta” en silencio.</p> <p>Cada una de las actividades y técnicas descritas en esta sesión se utilizarán de manera casi simultánea. Están relacionadas para cumplir exitosamente el objetivo de la sesión.</p> <p>Posteriormente de haber realizado la lista de cualidades y defectos, el paciente va a leer en voz alta cada una de su lista. Mediante el método socrático, el terapeuta llevará al paciente a detectar y analizar las distorsiones cognitivas que tiene, de manera que logre aceptar que tiene cualidades por las que se</p>	<p>Autor:</p> <p>Maguth, A., Maguth, C., & Lombardo, E. (2004)</p>

<p>puede sentir orgulloso y que no es “malo” tener defectos, aceptarlos, tratar de mejorar como persona. El terapeuta mostrará al individuo puede eliminar cualquier evaluación de sí mismo para conseguir la autoaceptación.</p> <p>Y que utilizando alguna técnica de autocastigo, (en este caso la detención de pensamiento con liga) puede disminuir la tendencia de hacer distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria, lectura de pensamiento u otras ideas irracionales mientras se conoce y percibe a sí mismo.</p> <p>Como tarea para casa:</p> <p>Ahora que el paciente ha aprendido a utilizar el método socrático; continuar haciéndose preguntas (cómo las de esta sesión) acerca de todo pensamiento disfuncional que llegue a su mente.</p>	
--	--

Sesión 18	Nombre: intervención	Duración: 60 minutos
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la relación del paciente con su familia nuclear • Clarificar la interpretación del paciente acerca de las creencias que ha desarrollado sobre su familia y sobre sí mismo. • Favorecer el desapego emocional con la familia para que el individuo pueda desarrollar su plan de vida como lo desea 		
<p>Técnica/actividad</p> <p>Nombre: Método socrático</p> <p>Objetivo: aprender a reconocer pensamientos y analizarlos para detectar distorsiones cognitivas y sustituirlos por pensamientos lógicos.</p> <p>Descripción:</p> <p>El terapeuta cuestionará las ideas irracionales del paciente a través de preguntas dirigidas hacia su carencia de funcionalidad y falta de lógica (dirigido a las creencias irracionales sobre la familia del individuo)</p> <p>Mediante las preguntas cautelosas, el terapeuta plantea al paciente una idea, una hipótesis o un estímulo que le conduce a reconsiderar la validez o el valor</p>		<p>Autor:</p> <p>(Lega, Caballo & Ellis, 2002).</p>

de sus pensamientos automáticos.

Es de gran utilidad realizar preguntas empíricas para lo siguiente:

- Pedir pruebas que mantienen los pensamientos disfuncionales
- Indagar alternativas a los pensamientos disfuncionales
- Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos disfuncionales
- Comprobar la gravedad de las predicciones negativas
- Conceptualizar pensamientos vagos en su formulación

Ejemplo:

Terapeuta: ¿qué te ha hecho pensar que tu papá no te quiere?

Paciente: que no platica conmigo

Terapeuta: ¿en alguna ocasión él se ha acercado a ti con la intención de hablar?

Paciente: sí, pero no muy seguido

Terapeuta: ¿crees que tu actitud hacia él permite que se acerque?

Abordar el mejoramiento de las relaciones familiares es una meta importante de la terapia, ya que ayuda a encontrar sentido de sí mismo y de lo que le rodea.

Tarea para casa:

Hacer una lista con las ideas, y las dudas que le causan conflicto al relacionarse y comunicarse con su familia; con el fin de investigar. Durante una semana el paciente dedicará tiempo para acercarse a cada uno de los miembros de su familia (que habitan la misma casa), hablar sobre sus ideas y realizar las preguntas que tiene para cada uno de ellos, lo puede hacer de forma individual o cuando se encuentren reunidos, como se sienta mejor.

Es importante que lo haga poco a poco, es decir, que no realice todas las preguntas de una sola vez, sino que por día tenga una nueva pregunta, hacerlo de esta manera le permitirá al individuo tener contacto más seguido y tocará temas de los que habitualmente no hablan.

Con esto se van a aclarar muchas dudas e ideas o interpretaciones tanto del paciente como de sus familiares; favoreciendo el contacto y mejorando la comunicación.

Salir e interactuar con su familia. Por ejemplo:

<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar a su mamá a realizar las compras para la comida • realizar sus comidas a la mesa con sus familia • pedir que le acompañen a dar un paseo 	
--	--

Sesión 19	Nombre: Retroalimentación y cierre.	Duración: 60 minutos
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • informar los resultados de la realización de las tareas en casa y retroalimentar. • Dar cierre a las sesiones terapéuticas 		
Nombre: retroalimentación Objetivo: hacer una retroalimentación al individuo acerca de los resultados obtenidos de las tareas que le fueron indicadas por el terapeuta para realizar en casa. Descripción: El terapeuta pedirá al paciente que reporte la forma en la que cumplió sus tareas, así como las emociones y pensamientos que haya experimentado en el proceso. A su vez, compartirá con el individuo las sugerencias y observaciones identificadas en el desarrollo, con el fin de mejorar su funcionamiento.		Autor: Sin autor

4.3 Anexos

Anexo 1. Formato de entrevista psicológica

- A) Rapport
 - Saludo
 - Encuadre

- B) Ficha de identificación:
 - Nombre
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Fecha de nacimiento
 - Religión
 - Dirección
 - Teléfono
 - Estado civil
 - Historia médica

- C) Familiograma o mapa familiar

- D) Presentación del problema (motivo de consulta)
 - ¿En qué le puedo servir?
 - ¿Qué la trae por aquí?
 - ¿Quién presenta el problema?
 - ¿Cómo se presenta el problema? (síntoma específico, “conductas”)

- E) Origen y desarrollo del problema
 - ¿Desde cuando apareció el síntoma y el problema?
 - ¿En qué circunstancias apareció?
 - ¿Ha aumentado disminuido?
 - ¿Ante que personas aparece?
 - ¿Ante qué lugar o circunstancias aparece?

- F) Intentos previos de la solución
(Que ha hecho para solucionar el problema)

- G) Personas involucradas en el problema

- H) Objetivos (Que espera de la terapia)

- I) Contrato (compromiso terapeuta-paciente)

- J) cierre

Anexo 2. Registro de frecuencia de síntomas del TAS basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5.

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de inicio: _____

En la tabla de abajo, marca con una X dentro de la casilla que indique los síntomas que presentes, esto durante un periodo diario por 15 días consecutivos.

Hojas de registro de frecuencia														
Malestar excesivo al anticiparse la separación														
Preocupación excesiva por posible pérdida o preocupación de que la figura vinculada sufra														

algún daño															
Miedo ante la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación															
No querer ir al trabajo o a cualquier otro sitio por miedo a la separación															
Resistencia o miedo excesivo a estar en casa solo o sin la figura vinculada															
Resistencia a ir a dormir sin tener cerca a la figura vinculada o ir a dormir fuera de casa															
Pesadillas con temática de separación															
Dolor de cabeza, dolor abdominal, náuseas o vómitos cuando ocurre o se anticipa la separación															
Malestar en forma de ansiedad, llantos, tristeza, rabietas, apatía, o retraimiento social en anticipación, durante o después de la separación															
Recibes comentarios de otras personas sobre tu actitud ante la separación															

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de inicio: _____

En la tabla de abajo, marca con una X dentro de la casilla que indique los síntomas que presentes, esto durante un periodo diario por 15 días consecutivos.

Registro de sintomatología física								
Días	Dolor de cabeza	Dolor abdominal	Nauseas o vómitos durante o cuando se anticipa la separación	Malestar excesivo en forma de ansiedad	Llanto	Rabietas	Tristeza	Apatía o retraimiento social en anticipación, durante la separación o después.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Anexo 3. Cuestionario de Beck para ansiedad

Cuestionario de Beck para Ansiedad

Marque a la izquierda de cada pregunta el número que mejor describa el problema.

- (0) En absoluto.
- (1) Levemente, no me molesta mucho.
- (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude superarlo.
- (3) Severamente, casi no pude soportarlo.

Las preguntas se relacionan a si usted tiene ó ha tenido en la última semana:

1. Hormigueo o entumecimiento	
2. Sensación de calor	
3. Temblor de piernas	
4. Incapacidad de relajarse	
5. Miedo a que suceda lo peor	
6. Mareo o aturdimiento	
7. Palpitaciones	
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	

9. Terrores	
10. Nerviosismo	
11. Sensación de ahogo	
12. Temblores de manos	
13. Temblor generalizado o estremecimiento	
14. Miedo a perder el control	
15. Dificultad para respirar	
16. miedo a morirse	
17. sobresaltos	
18. molestias digestivas	
19. palidez	
20. rubor facial	
21. sudoración (no debida al calor)	
Total	

Resultados

La puntuación total es la suma de todas las preguntas.

0 - 21 Ansiedad muy baja
 22 - 35 Ansiedad moderada

Más de 36 Ansiedad severa

Anexo 4. Inventario de ansiedad de Hamilton

Escala de Hamilton

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha de hoy: _____

Síntomas de los estados de ansiedad	0	1	2	3	4
1 Humor ansioso: inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2 Tensione: sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3 Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4 Insomnio: dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertó. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5 Funciones intelectuales (cognitivas): dificultad de concentración. Mala memoria.					
6 Humor depresivo: perdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					

7 Síntomas somáticos musculares: dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8 Síntomas somáticos generales: zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9 Síntomas cardiovasculares: taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10 Síntomas respiratorios: opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o de falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11 Síntomas gastrointestinales: dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer. Ardor. Hinchazón abdominal. Náuseas, vómitos. Constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12 Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza). De tensión.					
14 Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular. O contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
Puntuación total					

Uso de la escala de Hamilton para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad

- Las escalas diagnósticas son herramientas que apoyan el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos.
- No substituye a la historia clínica.
- Su uso ofrece ventajas para evaluar la evolución y seguimiento de estas patologías.
- La escala de Hamilton consta de 14 ítems en los que el paciente valora de 0 (nunca) a 4 (siempre) la frecuencia de distintos aspectos, además de la puntuación total, esta escala permite valorar el componente predominante de la ansiedad (somático o, psíquico).

Instrucciones para su administración:

- Es una escala autoadministrada después de una entrevista con el médico o psicólogo.
- Los ítems que evalúan el componente psíquico de la ansiedad son: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14
- Los síntomas que evalúan el componente somático de la ansiedad son: 7, 8, 9, 10, 11, 12, y 13.
- Esta escala es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento

Interpretación:

Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios:

- 0 Ausente
- 1 Intensidad ligera
- 2 Intensidad media
- 3 Intensidad elevada
- 4 Intensidad máxima (invalidante)

Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

Sume la totalidad de los 14 ítems.

Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos.

- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno

Anexo 5. Cuadro para detectar ideas irracionales

Pautas para reconocer el pensamiento irracional	
1.	Radical/extremo. Las cosas se ven en términos de “blanco o negro”, sin posibilidades intermedias.
2.	Muy generalizado. Las conclusiones se extienden más allá de datos empíricos de una situación determinada.
3.	Catastrófico. Los acontecimientos negativos se exageran hasta adquirir dimensiones de verdaderas catástrofes.
4.	Muy negativo. En los casos donde sólo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, llega a predicciones sobre un futuro terrible.
5.	Muy distorsionado. Se da en casos donde la persona descubre “evidencias”

	en detalles mínimos y si no encuentra datos los fabrica.
6.	Poco científico/confuso. Se produce cuando se ignora la evidencia empírica, utilizando sólo evidencia distorsionada y subjetiva.
7.	Totalmente positivo/negación de lo negativo. La persona se convence a sí misma de que los problemas no existen (cuando es obvia la situación del problema).
8.	Extremadamente idealizado. Se produce cuando la visión de la realidad es exageradamente “romántica”, con expectativas irreales sobre sí mismo, familia, trabajo, etc. Realmente imposibles de lograr.
9.	Extremadamente exigente. Se presenta en personas que “deben”, “tienen que” obtener lo que desean, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.
10.	Obsesivo. Se produce cuando un pensamiento repetitivo parece lo más, lo único importante para una persona, perdiendo esta su productividad, su capacidad de atención, etc.

CAPITULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Enfoque de la investigación: cualitativo.

Como afirman Hernández, Fernández & Baptista (2010), El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de investigación. Tal es el caso de la presente investigación, se utilizó el enfoque cualitativo puesto que en esta se describen a detalle el comportamiento y la comunicación del individuo a quien se le dio tratamiento. Ya que mediante el uso de la

entrevista, observación y aplicación de distintas técnicas se pudo desarrollar y responder la pregunta de investigación.

5.2. Alcance de la investigación: Descriptivo

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La presente investigación busca evaluar y medir para describir las características y los rasgos que se manifiestan como el trastorno de ansiedad por separación en un adulto de 22 años.

5.3. Diseño de la investigación: No experimental

El diseño no experimental es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En esta investigación no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes en la vida del sujeto a estudiar, las situaciones de su vida cotidiana no son provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

Como lo mencionan Hernández, Fernández & Baptista (2010), en la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

5.4. Tipo de investigación: Estudio de caso

El estudio de caso se define de la siguiente manera, “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (citado en Hernández Sampieri y Mendoza, 2010).

El estudio de caso es una investigación exhaustiva y desde múltiples perspectivas de la complejidad y unicidad de un determinado proyecto, política, institución, programa o sistema en un contexto real. Se basa en la investigación, integra diferentes

métodos y se guía por las pruebas. La finalidad primordial es generar una comprensión exhaustiva de un tema determinado, un programa, una política, una institución o un sistema, para generar conocimientos y/o informar el desarrollo de políticas, la práctica profesional y la acción civil o de la comunidad (Simons, 2009).

5.5. Delimitación de la población

Mujer en edad adulta de 22 años, profesionista, soltera, que se encuentra laborando como apoyo en su área de profesión.

5.6. Selección de la muestra: No probabilística

En la muestra no probabilística la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación. La forma en que se llevará a cabo la investigación no se basa en la probabilidad, va a depender del curso que el investigador decida tomar, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

5.7. Instrumentos de prueba

- Entrevista
- Cuestionario de Beck para ansiedad
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Pruebas proyectivas: HTP y Hombre bajo la lluvia

- Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad
- Test de matrices progresivas (RAVEN)
- Bitácora

CAPITULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Datos generales

Nombre: M.

Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Ingeniería

6.2. Informe psicológico

La joven de 22 años de edad a quien llamamos M. acudió por primera vez solicitando apoyo psicológico y requiriendo terapia.

Su motivo de consulta: El deseo de eliminar de su vida el miedo intenso a separarse de su hogar, específicamente de su madre y su mascota, pese a que requiere salir a trabajar o para hacer actividades recreativas.

El objetivo de la entrevista inicial, la aplicación del genograma y la evaluación es: obtener datos generales sobre el área personal, laboral, académica, social, familiar, afectiva y cognoscitiva de la consultante. Así como también recoger toda información relevante acerca del motivo de consulta para encontrar el origen del problema y los factores que lo mantienen, por medio de un conjunto de preguntas para clarificar lo mayormente posible el caso a tratar.

El proceso de evaluación consistió en una entrevista con la consultante para conocer el motivo de su consulta, M. Expresa sentimiento de impotencia por no tener el control sobre sus acciones, ha perdido oportunidades de viajes, de empleos y de seguir estudiando debido al alto nivel de ansiedad que experimenta cuando tan solo piensa en estar lejos de casa, de su madre y su mascota. Teme que pueda ocurrirles algo malo mientras ella no está, que su mascota pueda ser atropellada, o que se pierda, incluso, que nadie la

cuidará mejor que ella, también comenta que le causa mucho miedo que su mamá “sufra por su culpa” (por que se alejó de casa), o que puedan meterse a robar a su casa y le hagan daño a alguien de su familia. Sostiene una relación amorosa conflictiva, el motivo de sus discusiones es que M. no sale de su casa si no es en compañía de su mascota, no pueden ir a lugares públicos porque no permiten la entrada de animales, mucho menos han podido realizar viajes ni sus planes como pareja de vivir y trabajar juntas en otro estado.

Su desempeño durante los años de estudio lo califica, en escala del 1 al 10 con un 6 0 7, debido a que faltaba mucho a clases, y comenta que la mayor parte del tiempo sus profesores y su círculo social dentro de la misma la percibían distraída. Dejó de hacer muchas cosas que le agradaban como salir con amigos, practicar deporte, escribir o dibujar. Puntualiza que no por falta de ganas sino porque en realidad siente que no puede hacerlo, se siente con frecuencia “muy nerviosa”, está consciente de que su condición le ha causado la disminución de su calidad de vida, siente que no vive como le gustaría pero tampoco sabe cómo evitar pensar en que si se separa de casa pueda pasar algo malo y tampoco puede controlar los síntomas de ansiedad que ello le provoca. Rechazó mejores oportunidades de empleo debido a que demandan tiempo completo y disponibilidad de viajar, por ello se encuentra como asistente de biólogo, donde no ejerce tal cual su profesión, no cuenta con prestaciones de ley, no se siente a gusto y no percibe económicamente lo necesario para cubrir todos sus gastos, pero se encuentra ahí por lo cerca

que está de su casa y porque tiene flexibilidad de horario, aun así, constantemente está preocupada por lo que le pueda pasar a su mamá o a su mascota.

El malestar y los síntomas de ansiedad que presenta cuando se encuentra separada de su mascota son debido a un mecanismo de defensa, el desplazamiento. Comenta M. que desde pequeña, cuando iba al preescolar y se tenía que quedar sin su mamá sentía este mismo miedo, su manera de expresarlo en aquel tiempo era un poco distinta a como lo hace actualmente, ya que gritaba, lloraba, no dejaba de nombrar a su mamá, incluso para que estuviera más tranquila, su madre en algunas ocasiones se quedaba afuera donde M. pudiera verla. En aquel momento su familia creyó que esa conducta era normal para una niña de 5 años. Pasó el tiempo y entró a la primaria donde durante los primeros días mantenía la misma conducta, hasta que su mamá la comenzó a ignorar. M. se emociona al expresar en la entrevista que aunque se trataba de comportar para que sus compañeros la aceptaran; seguía sintiendo miedo por no estar en casa con su mamá. M. desde pequeña fue apegada a su madre, con su padre no; debido a que comenta que tiene un carácter restrictivo, poco flexible, no es cariñoso y lo siente un tanto indiferente ante sus problemas.

Cuando entró a la secundaria tenía 12 años, su mamá le regaló una mascota, esperando que le ayudara a distraerse y para que estuviera

contenta, y lo logró. En su etapa de pubertad M. se empezó a sentir incomprendida por su familia, pero quien más le preocupaba que dejara de aceptarla era y sigue siendo su madre, surgieron en la consultante toda una serie de ideas irracionales acerca de cómo la percibía su mamá y poco a poco se distanció emocionalmente de ella, volcando únicamente sobre su mascota, el cariño, la atención, el tiempo, y el miedo a encontrarse separadas. Por miedo a sentirse ridícula al demostrar sus miedos ante estar lejos de su madre.

También se hizo uso de otros instrumentos de evaluación como:

- Entrevista
- Cuestionario de Beck para ansiedad
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Pruebas proyectivas: HTP y Hombre bajo la lluvia
- Cuestionario de 16 factores de personalidad
- Test de matices progresivas (RAVEN)
- Bitácora

El problema planteado se clasifica, según los criterios del DSM-IV y el DSM-V como: Trastorno de ansiedad por separación.

Cumple con los siguientes criterios del DSM-IV:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo para el sujeto, concerniente respecto su separación del hogar o de las personas con quien está vinculado

- 1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- 2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño
- 3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
- 4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- 6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante ir a dormir fuera de casa
- 8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

E. No se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia

Cumple con los siguientes criterios del DSM-V:

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura menos de cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Como puede observarse, no existe gran diferencia entre los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación entre el DSM-IV y el DSM-5, sin embargo, el cambio que sucede es importante, puesto que en el DSM-IV se especifica que el inicio del TAS ocurre antes de los seis años, a diferencia del DSM-5, Que indica puede ocurrir posterior a los 18 años de edad, es decir, el trastorno de ansiedad por separación se puede presentar tanto en niños, como en adolescentes y adultos.

6.3. Resultados por sesión.

Sesión 1

Se presenta a entrevista inicial mostrándose amable y reactiva, esperando escuchar del terapeuta las soluciones a sus problemas. M. vive con sus padres y su hermana mayor, madre soltera de un niño. Siendo cuatro hermanos, M. ocupa el cuarto lugar (es la menor). Hace poco se graduó como ingeniera ambiental y actualmente trabaja como asistente de un biólogo. Se encuentra en una relación sentimental desde hace 4 años, un tanto conflictiva. Pero Comenta que el motivo por el que asiste a consulta es el deseo de eliminar de su vida cierto miedo intenso al permanecer separada de su madre y de su mascota; una perra con la que convive desde hace 10

años, comenta que no es la primera vez que experimenta tal sensación, le ocurre desde su infancia, cuando, como todo niño, tenía que quedarse en la escuela. Otro aspecto, que aunado a lo mencionado anteriormente le causa malestar, es el fallecimiento repentino de dos de sus amigas, pérdida que le costó mucho poder aceptar.

Esto le afecta a tal modo que no puede salir de casa sin pensar todo el tiempo en cosas malas que pudieran pasarle a su madre y/o a su mascota, ha tenido problemas con su pareja por pasar más tiempo en casa y con sus mascotas que con ella, no se concentra en su trabajo y su vida social ha dejado de ser funcional. Es una persona a la que se le facilita expresar sus opiniones y sentimientos.

Se hizo toda una serie de preguntas para obtener la información necesaria para realizar el Genograma perteneciente a M.

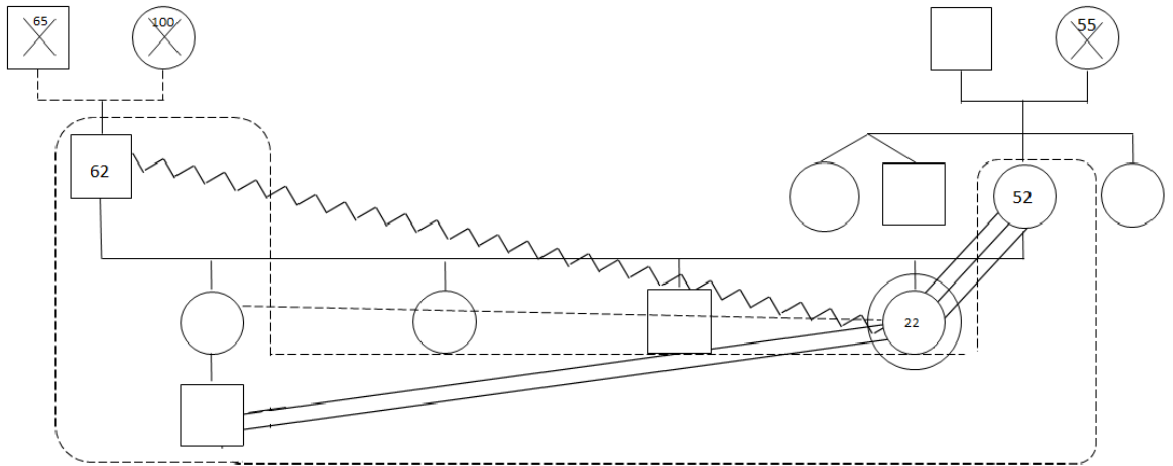


Figura 6.1. Filiograma de M.

Sesión 2

En esta sesión M. se presenta con una actitud positiva y con curiosidad ante la aplicación de una batería de pruebas que con anterioridad se le informó, se harían. Tales pruebas son:

- HTP

- Hombre bajo la lluvia

Fueron hechas y terminadas en tiempo y forma, comenta que para dibujar no es buena y que sus dibujos le avergüenzan, pero que es lo mejor que pudo hacerlos.

HTP Dx:

De acuerdo a los resultados de la prueba, M. es una persona insegura que se aísla, tiene poco control con la realidad, por lo que continuamente fantasea con situaciones en las que se sentiría más cómoda y segura. Hay cosas de su pasado que regularmente trae a su mente y se lamenta por ellas, causándole así ansiedad y preocupación por lo que pasará con sí misma. Se comporta como alguien de menor edad.

En su niñez y adolescencia sus padres fueron muy estrictos con ella, poco permisivos y sobre protectores, ahora eso está cambiando pero ella siente que ha perdido su autonomía, eso le ha causado dependencia e inseguridad, por otro lado, trata de compensarlo con pensamientos agresivos que reprime para no causar problemas, tiene gran necesidad de poder controlar su vida y sus decisiones sin sentirse culpable.

PERSONA BAJO LA LLUVIA Dx:

De acuerdo a la interpretación de la prueba M. es una persona insegura, con muchos temores sobre lo que pase en su futuro, lo cual provoca en ella, la mayor parte del tiempo, ansiedad. A menudo depende de lo que las demás personas piensen de ella. Es una persona a la que se le facilita comunicar sus sentimientos e ideas y socializar, aunque tal actitud ha disminuido tratando de complacer a su familia y a su pareja.

Su capacidad de imaginación está limitada, se apega a lo concreto y a las reglas, lo que no le permite ser espontánea y frena su crecimiento personal, por lo mismo le cuesta trabajo enfrentar tareas nuevas y tomar decisiones sin pedir opiniones y consejos a alguien más.

Siente una gran necesidad de liberarse pronto de cada problema que le surge, y tiende a ser impulsiva. Se percibe a sí misma en medio de muchos problemas, incluso se siente responsable de los problemas de quienes la rodean. Le tiene gran temor a sus padres por lo que puedan pensar y/o sentir a causa de sus actos. Por todo lo mencionado, ella presenta falta de vitalidad e inadecuada percepción de sí misma.

Sesión 3

La joven M. Acude adecuadamente a la sesión, dice estar inquieta y con curiosidad por saber de qué tratan las pruebas que realizará. Tales pruebas son:

- Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad
- Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Test de matrices progresivas (RAVEN)

Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad Dx:

Posteriormente al analizar los resultados del cuestionario, sabemos que se trata de una persona cuyo pensamiento es concreto; lo que le impide tener una amplia capacidad de utilizar su inteligencia y creatividad para solucionar problemas. Su estabilidad emocional se encuentra continuamente afectada. Por lo general actúa sin pensar en las consecuencias de sus actos, desobedeciendo algunas reglas. Es una persona que actúa sin dobles intenciones, sincera pero socialmente torpe. Tiende a depender de los demás. Con frecuencia se muestra indiferente ante las situaciones que se le presentan, actuando con flojera y siguiendo sus propios impulsos.

IDARE DX:

Los resultados que obtuvo en el inventario fueron los siguientes:

El nivel de ansiedad que presenta como rasgo es alto, puesto que frecuentemente siente que las dificultades se le amontonan al punto de no poder superarlas, siente que le falta confianza en sí misma para poder desarrollarse como profesionalista y como pareja, constantemente se siente melancólica, casi nunca está satisfecha con lo que hace, es una persona que

casi nunca está estable, cuando piensa en sus preocupaciones se pone tensa y alterada, por todos sus problemas siente que casi nunca es feliz.

Su nivel de ansiedad como estado también es alto, porque se encuentra bastante tensa por la situación por la que está pasando, está muy contrariada con lo que sabe que tiene que hacer y lo que siente, actualmente está preocupada por un posible contratiempo, ello le causa que se sienta muy ansiosa, está bastante nerviosa y preocupada.

Test de matrices progresivas (RAVEN)

La actitud de M. al resolver la prueba fue lenta, poco centrada, y de inseguridad ante sus respuestas. Obteniendo un nivel inferior al término medio, dentro del rango IV.

Sesión 4

En esta sesión le fueron entregadas a M. las hojas que contienen una tabla en la que tal y como se le indicó, llevaría a cabo un registro durante 15 días consecutivos de los síntomas de TAS que llegase a presentar, y otra tabla en la que, de igual manera, haría un registro acerca de la sintomatología física que mostrase durante también, 15 días consecutivos.

Así mismo, le fueron suministrados el Cuestionario de Beck para Ansiedad y la Escala de Hamilton para el diagnóstico del trastorno de ansiedad. No sólo fueron un útil instrumento para el diagnóstico de la ansiedad, sino para saber, cuál era el nivel de ansiedad que presentaba en ese momento. Como resultado se obtuvo lo siguiente:

En el Cuestionario de Beck para Ansiedad: Ansiedad moderada.

Y en la Escala de Hamilton para el diagnóstico del trastorno de ansiedad: Ansiedad moderada/grave. Dando así, las pautas a seguir.

Sesión 5

En esta sesión le fue facilitada a M. la técnica de relajación muscular progresiva, se le mostró como hacerla y fue puesta en práctica, al finalizar la relajación comentó que cuando llegó se sentía agitada y ansiosa, pero durante el transcurso comenzó a sentirse tranquila, siente que le ha

funcionado y muestra entusiasmo para practicarla cada vez que pueda y se sienta ansiosa.

Lo siguiente que se llevó a cabo fue traer a la mente un estímulo ansiógeno para así, poder utilizar durante la sesión, la detención de pensamiento, que, por supuesto, fue explicada con anterioridad. Se practicó las veces que fueron necesarias para que la paciente entendiera y aprendiera a usar la técnica. Aunque expresa que se le dificultó un poco realizarla, la entendió y ahora forma parte de las estrategias que utiliza para disminuir la ansiedad al encontrarse apartada de su madre o de su mascota y en cualquier otra circunstancias que le cause ansiedad.

Sesión 6

En esta sesión tuvo lugar una revisión, es decir, se repasaron las técnicas de la sesión pasada (relajación muscular progresiva y detención de pensamiento), para saber cómo las ha estado haciendo M. cuando se

encuentra en situaciones que le provocan ansiedad, se corrigió lo que fue necesario y se le alentó a continuar con ambas técnicas.

Seguido de ello, fueron examinados los pensamientos disfuncionales que M. utiliza, por medio de la técnica de cuestionar las pruebas, la cual facilita saber qué información utiliza para hacer deducciones y también es una útil herramienta para el terapeuta ya que ayuda a conseguir que el paciente comience a darse cuenta de qué tan cierto y que tan razonable es lo que piensa acerca de lo que le causa ansiedad. M. dijo haber comprendido muchas cosas, y desea cambiar esos pensamientos por unos “más positivos”.

Sesión 7

M. acudió a la sesión y se encontraba muy tranquila en ese momento, así que puesto que era necesario para la próxima técnica, se tuvo que inducir a M., mediante un estímulo (una de sus “ideas irracionales”) para que se sintiera levemente ansiosa, una vez logrado esto, se le enseñó a usar la “focalización” para bloquear ese pensamiento, ¿cómo?, centrando o

“focalizando” su atención en estímulos exteriores. A la paciente le pareció gracioso que con algo tan simple lograra haber bloqueado por completo el pensamiento que la hacía sentir ansiosa, estaba muy satisfecha por haber tomado control en esa situación.

Una segunda técnica utilizada en esta sesión fue la “respiración diafragmática”, con el objeto de brindar una herramienta más para que M. aprenda y pueda controlar la ansiedad, herramienta que a parte de ser breve, puede utilizarla cuantas veces lo crea necesario y en el lugar en el que se encuentre. Comentó que por su efectividad y facilidad se había convertido en una de sus favoritas.

Sesión 8

La primera de dos técnicas que se realizaron esta vez, fue la de auto-instrucciones. Tras haberle indicado cómo funciona, M. opina que se le facilita entenderla y llevarla a la práctica, puesto que es algo parecido a las frases que utiliza en la detención de pensamiento, frases que le son de gran ayuda en momentos donde piensa que no podrá controlar la ansiedad ante la

separación de su madre o su mascota o en algún otro evento. Al igual que en algunas de las demás técnicas vistas, se procede a realizarla durante la sesión las veces que sean necesarias, hasta que el terapeuta observe que ha sido comprendida totalmente por el paciente.

Como segunda estrategia se utilizó el modelo ABC de Ellis, debido a que la paciente presenta considerable número de pensamientos e ideas faltas de lógica, las cuales afectan su cognición y su forma de interpretar los hechos a su alrededor, provocando en ella, al mismo tiempo, ansiedad por lo que pueda pasar.

Durante el proceso del ABC, se observó a M. muy cooperativa, e interesada ante la sugerencia de reemplazar los pensamientos negativos y no funcionales por otros funcionales. Le agradó saber de un procedimiento breve y eficaz para comprender el origen de su malestar, y poder hacer algo para mejorar su forma de pensar y así sentirse bien.

Sesión 9

En la sesión de hoy M. comenzó a sentirse ansiosa desde el momento en el que le fue mencionado el modo de ejecutar la técnica de la desensibilización sistemática (DS), para poder continuar, se le indicó que realizara una de las técnicas de relajación o de distracción que ya conoce. Cuando se encontraba tranquila, se continuó de manera normal con la DS,

llegando únicamente a la mitad de los estímulos de su lista de jerarquía de ansiedad, para continuar con ella en la próxima sesión.

Sesión 10

En la sesión pasada se practicó la desensibilización sistemática, por cuestión de tiempo, la técnica no se concluyó ya que al ritmo en el que reaccionó M. a los estímulos, avanzó únicamente la mitad de su lista de jerarquía de ansiedad. En esta sesión se reanudó la técnica, la paciente terminó cada ítem de su lista de jerarquía de ansiedad.

Para las personas que presentan un trastorno de ansiedad por separación, o simplemente presentan ansiedad ante la idea de experimentar una situación o evento, o ante la idea de interactuar con una persona o el objeto no deseado; eso a lo que normalmente evitan para no sentirse mal. Para esas personas es de gran ayuda realizar el ensayo cognitivo. Con M. se usó la técnica para ensayar la forma en la que puede reaccionar cuando se encuentra en el trabajo o en algún otro lugar y comienza a sentirse muy ansiosa por no poder estar en ese momento al lado de su mamá y de su mascota. Durante la técnica M. es guiada en la búsqueda de posibles acciones que le ayuden a sustituir la forma en la que habitualmente lo hace, logrando así, continuar con sus tareas cotidianas de la mejor forma posible. Por lo consiguiente, darse cuenta de que es posible actuar como ella lo

desea, y ya se visualizó lográndolo, su nivel de ansiedad disminuye considerablemente. Dijo haber llegado un poco nerviosa e irse, al final de la sesión, tranquila.

Sesión 11

Un esfuerzo que se hace para lograr algo que en verdad se desea, así sea algo grande o pequeño, pero que aporte, merece reconocerse. Y cuando se trata de continuar con las conductas que han llevado a tal logro; las recompensas son una herramienta muy útil. Hemos confirmado que por medio de la estrategia utilizada en esta sesión, lo antes dicho le ha quedado claro a la paciente. Ya que aparte de haberle modelado la forma en la que se evalúa y recompensa, ella misma lo ha interpretado con una actuación en el juego de roles.

Sesión 12.

Para llevar a cabo esta sesión, la consultante fue citada en la biblioteca de la ciudad, se eligió este lugar ya que, en común acuerdo paciente-terapeuta cuenta con las condiciones adecuadas para realizar exitosamente la exposición en vivo del primer ítem de su lista jerárquica, de ahí posterior a

la explicación de la actividad y dando el espacio para la aclaración de dudas, comenzó. M. tomó un libro y comenzó a leerlo, a los 8 minutos se le observó distraída viendo hacia la ventana, segundos después retomó la lectura, cruzó algunas palabras acerca del clima y se puso de pie para buscar otro libro.

Treinta minutos después, expresó estar preocupada porque salió de casa y sus mascotas se habían quedado solas, entonces, preguntó si era un buen momento para utilizar alguna de “sus técnicas de relajación”; y prosiguió a la detención del pensamiento, le tomaron 5 minutos relajarse y continuar leyendo el primer libro que tomó. Así continuó otros 5 minutos y volvió a sentir ansiedad, se repitió 3 veces el proceso hasta que se sintió y observó más tranquila, así continuó el resto de la sesión.

Sesión 13

En esta segunda sesión de la exposición en vivo, se ocupó la participación de un familiar de los que habitan la casa de M., en este caso, M. eligió a su mamá, dado que el segundo ítem de su lista es dedicarle menos de 30 minutos durante un día a su mascota, podría verla de lejos pero no

atenderla ni estar cerca de ella por más de media hora. Su mamá se encargó de que así fuera, teniendo a la mascota fuera del alcance de M. desde que se levantó para ir a trabajar hasta que llegó a casa. En cuanto a la sesión, esta vez se dio a lugar su casa, porque es ahí donde normalmente está durante su tiempo libre para aprovechar el tiempo al lado de su mascota y su madre.

Se observa desde que entra a la casa que lo primero que hace es buscar a la mascota, M. ya tiene la indicación de no tener contacto, así que se abstiene de ir con ella hasta que se le indica que es momento, transcurridos los 30 minutos que tenía libres al lado de su mascota, entra la madre de M. a la habitación, toma a la perra y sale. La paciente pide que se le otorgue otra media hora para poder sacar a pasear a su mascota, se nota preocupada porque cree que su perra se sentirá triste si un día pasa y no realiza su rutina diaria.

Entonces el terapeuta sugiere que para sentirse mejor, practique alguna técnica relajante; y M. opta por la respiración diafragmática. Tras 3 minutos de hacerlo se ve menos ansiosa y comienza a contar cómo estuvo su día. interrumpe la narración 3 veces porque escucha ladrar a su mascota; en cada ocasión que esto ocurre, ella decide utilizar la misma técnica, continúa el tiempo de la sesión ya relajada, menciona que su perra está bien y no va a pasar nada con que no la vea por otro rato. La sesión se da por terminada y sigue aún con la indicación de restricción a la cercanía con la mascota hasta que finalice el día.

Sesión 14

La tercera sesión de exposición en vivo ocurrió en un parque que se encuentra cercano a la casa de la paciente. El proceso consistió en pasar 60 minutos más de lo que regularmente tarda en llegar a casa, parece una

actividad muy fácil, pero para M. no lo fue, expresó “sentirse mal”, ansiosa por terminar e ir a casa, entonces al igual que en la sesión pasada, la estrategia de relajación que usó fue la respiración diafragmática, sólo dos veces lo realizó, con la segunda no hizo más falta porque su nivel de ansiedad por no estar a tiempo en casa había disminuido ya bastante.

Sesión 15

Esta es ya la cuarta sesión de exposición en vivo y la paciente se observa preocupada y desanimada, pues, desde la noche anterior, le pidió a su pareja que cuidara de su mascota hasta la noche del día siguiente. Comenta que desde que regresó de la casa de la pareja sin su mascota, le envió mensajes para preguntarle cómo se encontraba la perrita, narra que después de cenar intentó dormir pero se sentía rara sin su mascota y no podía conciliar el sueño; por lo que puso en práctica la técnica de relajación muscular progresiva hasta que se quedó dormida, a la mañana siguiente realizó sus actividades de manera normal antes de salir a trabajar, no sin antes llamar a su pareja para preguntar nuevamente por la mascota.

El terapeuta habla con M. sobre las emociones que experimenta e induce a la paciente a realizar la técnica de focalización, para mantener su mente alejada de todo pensamiento sobre su mascota y con ello reducir la ansiedad. Tras varias repeticiones lo logra y su semblante cambia, dijo estar contenta con ella misma por lo logrado en esa sesión.

Sesión 16

Puesto que la paciente cuenta con la lista jerárquica de estímulos que ella misma realizó, sabe qué ocurrirá en cada sesión, y sabe también que es la última de exposición en vivo. Es, para ella, la más difícil de realizar, comenta que se preparó mentalmente para ello, utilizando las técnicas que ha aprendido.

La cita fue esta vez en el parque que se encuentra cerca de su casa, salió a pasear a sus mascotas como normalmente lo hace a excepción de su mascota, llegó con sus otros dos perros, y durante el “paseo” comenzó a platicar de las cosas que le gusta hacer con su perrita, entre ellas, caminar, de repente, pidió al terapeuta que se sentaran un momento, expresó que pensaba que podría controlar su ansiedad por no sacar a pasear a su perrita pero sí estaba ansiosa, se tronaba los dedos y miraba mucho la hora en su celular, en compañía del terapeuta se hizo la detención de pensamiento y ayudó un poco, rato después, tras observar ansiosa a la paciente, el terapeuta le pide que inicie con la focalización, centrando su atención en lo que pasaba alrededor y con los otros perros, finalmente, poco tiempo antes de que finalizara la sesión, ella implementó la técnica de la respiración diafragmática, ¡esta siempre funciona!, Dijo.

Sesión 17

La paciente se presenta a la sesión con una actitud amable y tranquila, comenta con gusto que últimamente se ha sentido muy pocas veces ansiosa y que ha practicado los puntos de la lista jerárquica de estímulos que le causaban ansiedad y que se siente mejor porque ya no teme estar lejos de su casa, sin su mamá o su mascota, se ha dado cuenta de que no pasa nada malo si se toma más tiempo fuera de casa, no pasará nada malo con ella o si no sale a pasear con su mascota por un día.

Tras concluir la actividad de defectos y cualidades aún se observa tranquila, se tomó su tiempo y mantuvo concentrada, cuando el terapeuta comenzó a emplear el método socrático dirigido a las respuestas de la lista de defectos y virtudes se observan en la paciente reacciones de risa y nerviosismo, expresó que se estaba dando cuenta de lo importante que es cuestionar las ideas negativas, por el “impacto” que pueden llegar a tener sobre su estado de ánimo. Encausado por el terapeuta probó usar la técnica de detención de pensamiento con el autocastigo (liga) para el momento en el cual se descubra haciendo una evaluación errónea de ella misma (teniendo alguna idea irracional). Mencionó que durante el proceso terapéutico. Antes de hacer esta actividad ella se ha estado conociendo mejor, dijo que le falta aceptar que tiene varias cualidades como persona, como hija, como pareja y como profesionalista y que sobre todo aceptar que sus defectos y errores no le restan valor como ser humano.

Sesión 18

En esta sesión se retomó la técnica del método socrático para esclarecer y descubrir los pensamientos erróneos con respecto a la familia de M., en especial con sus padres. Por indicación del terapeuta puso en práctica la técnica de detención de pensamiento; en caso de que lo llegara a necesitar la utilizaría, ya que en ese momento no fue necesario; pues notó (entendió) que había estado manteniendo ideas y sentimientos erróneos hacia los integrantes de su familia. Le fueron descritas las actividades que llevaría como tarea para la casa, mencionó sentirse nerviosa y a la vez entusiasmada por realizarlas.

Sesión 19

Esta ocasión M. se presentó a la terapia en un estado perceptible de tranquilidad, el primer comentario que hizo fue sobre lo bien que se sintió en los últimos días, dijo estar mejor con su nueva manera de ver el mundo. Reportó haberse sentido segura al hablar con su familia, tenía mucha

curiosidad por las respuestas que pudieran dar a sus dudas, comentó que los miembros de la familia se comportaron pacientes y atentos, se le dificultó un poco la segunda tarea (salir y convivir con la familia) porque es poco común para ella hacerlo. Expresó que a partir de ello; se comportan de forma diferente y que el ambiente se ha tornado distinto, más agradable. El terapeuta notó que los niveles de ansiedad en la paciente habían disminuido considerablemente ante la idea de trabajar por más horas, viajar o mudarse de casa.

CONCLUSIÓN

Posteriormente de haber realizado la elaboración y la aplicación del proceso psicoterapéutico bajo enfoque cognitivo-conductual para el trastorno

de ansiedad por separación para adultos; en el desarrollo de esta tesis se llegó a las siguientes conclusiones:

Si bien, el trastorno de ansiedad por separación pertenece a los trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia según el DSM-IV, en este trabajo de investigación se observa que también puede hallarse en una persona en edad adulta, tal cual se encuentra en los criterios del DSM-V. El objeto de este trabajo es evaluar y disminuir los síntomas del TAS, estos síntomas pueden ser tanto a nivel cognitivo (pensamientos o ideas irracionales), como físico (dolor de cabeza, dolor de abdomen, vómitos, etc.), que aparecen en respuesta de las emociones que provocan tales pensamientos negativos.

Lo que se buscó fue, disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad por separación, mediante la elaboración de un proceso terapéutico, en cada sesión se desarrollan técnicas del enfoque cognitivo-conductual que se ordenaron y adecuaron al tratamiento de este trastorno presente en un adulto.

Se realizó una evaluación del nivel de ansiedad a la paciente M. mediante el Cuestionario de Beck para Ansiedad, la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, así como las pruebas proyectivas como HTP

y Hombre bajo la lluvia. A su vez se realizó un registro de frecuencia de sintomatología ansiosa, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV y del DSM-5 durante 15 días consecutivos.

Posterior a la evaluación del nivel de ansiedad y de haber desarrollado el proceso terapéutico; fue aplicado a M., la paciente de 22 años de edad con trastorno de ansiedad por separación. En base a los resultados del estudio se puede considerar que el mejor tratamiento terapéutico para el trastorno de ansiedad por separación en un adulto es el que se propone por el enfoque cognitivo-conductual ya que por medio de técnicas dirigidas a la modificación de pensamientos irracionales y de conductas desadaptativas pueden obtenerse resultados eficaces. Estos resultados se comienzan a observar desde el inicio del proceso, cada técnica está conectada a la anterior y/o a la(s) próxima(s), de manera que sirvan como un aprendizaje que se pueda aplicar tanto en su vida cotidiana así como servir de implemento en el resto del proceso terapéutico.

Al final de este proceso se logró el objetivo, los niveles de ansiedad que presentaba la paciente fueron disminuidos de manera considerable. Tras haber finalizado el proceso terapéutico se realizó una sesión de monitoreo, con el fin de revisar o prevenir reincidencias. En esta sesión se observó que M. ha sido capaz de realizar eficientemente sus actividades cotidianas, así como desenvolverse de mejor manera en su ambiente familiar, social, laboral

y de pareja, considera que su calidad de vida ha ido mejorado en gran medida.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: Mc Graw Hill
- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo. Adultez y vejez*. Madrid, España: editorial médica panamericana
- Berman, A. & Snyder, S. (2013) *Fundamentos de enfermería*. Madrid, España: Pearson
- Botero-Franco, D., Palacio-Ortiz, J., Arroyave-Sierra, P., Piñeros-Ortiz, S. Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. Rev. Colom Psiquiat. 2016; 45 (3): 201-213. Recuperado el 12 de Octubre de 2017 de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80648398009.pdf>
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España editoriales, S.A
- Clark, D. & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Coon, D. (1998). *Psicología. Exploración y aplicaciones*. Madrid, España: Thomson

- Cornachione, M. (2006). *psicología del desarrollo*. Aspectos biológicos y sociales. Adulterez. Córdoba, Argentina: editorial brujas
- Craig, G., y Bacum, D. (2009) *Desarrollo psicológico*. Edo. De México: Pearson
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. & Michaca P. (2013). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas
- De La Fuente, J. & Heinze, G. (2011). *Salud mental y psicología médica*. D.F., México: Mc Graw Hill
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1995) *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Friedman, H. (2004). *Manual de diagnóstico médico*. Barcelona España: Masson
- Heize, G. & Camacho, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. D.F., México: Mac Graw Hill
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: siglo veintiuno de España editores

Maguth, A., Maguth, C., & Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales*. Un enfoque basado en problemas. Bogotá, Colombia: El manual moderno.

Moore, D. & Jefferson, J. (2005). *Manual de psiquiatría médica*. Madrid, España: Elsevier

Moreno, p. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia*. Manual para terapeutas. Bilbao, España: biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer

Myers, D. (2005). *Psicología*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana

Notimex (10 de octubre de 2016). *Ansiedad, enfermedad mental más común en México*. La jornada en línea. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/10/10/ansiedad-enfermedad-mental-mas-comun-en-mexico>

Pacheco, B. & Ventura, T. *Trastorno de ansiedad por separación*. Rev Chil Pediatr 2009; 80 (2): 109-119 Recuperado el 5 de septiembre del 2017 de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>

Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México, D.F.: Mc Graw Hill

Peurifoy, R. (2007). *Venza sus temores*. Ansiedad, fobia y pánico. Barcelona, España: Robinbook

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. Un enfoque conductual. D.F., México: Manual Moderno

Rodríguez-Testal, J. Et al. Del DSM-IV-TR al DSM-5: Análisis sobre los cambios. *International Journal of clinical and health psychology* 2014 14, 221-231. Recuperado el 13 de Octubre de 2017 de <http://www.redalyc.org/html/337/33731525008/>

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée. UNED

Sánchez, P. (2009). *Psicología clínica*. D.F. México: Manual moderno

Sandoval, S. (2012). . Selección de lecturas. Culiacán, México: DGEP

Saura, P. (2002). *La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas*. Estrategias técnicas y actividades para el autoconocimiento en habilidades sociales, desarrollo de expectativas, estilo atribucional, autocontrol. Murcia, España: Universidad de Murcia

Schultz, D. & Schultz, S. (2009). *Teorías de la personalidad*. D.F., México: Cengage Learning

Simons, H. (2009). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid, España: Morata

Soutullo, C. & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina. Madrid, España: Médica panamericana

Tortella-Feliu, M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. C. Med. Psicosom, N° 110-2014. Recuperado el 12 de Octubre de 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>

UPB. (S.F.). Enfoque cognitivo-conductual. Recuperado de http://www.upbbga.edu.co/filesupb/ENFOQUE_COGNITIVO.pdf

Vallejo, J. & Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona, España: Masson

Vernon, J. & Calvin, S. (2010). *Psicólogos más importantes*. Vida y conceptos. D.F., México: Trillas

Worchel, S., & Shebilske, W. (1998). *Psicología, fundamentos y aplicaciones*. Madrid, España: Pearson Educación

Zayfert, C. & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. D.F., México: Manual moderno

GLOSARIO

Ambiguo: Dicho especialmente del lenguaje: Que puede entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión.

Cognoscitivo: Que es capaz de conocer.

Cognición: Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados.

Cortical: Perteneiente o relativo a la corteza

Converger: Coincidir en la misma posición ante algo controvertido

Condicionamiento: Dentro del conductismo, es el proceso que combina el condicionamiento con la extinción.

Conductismo: Orientación metodológica que estudia el comportamiento en términos de estímulo y respuesta sin tener en cuenta la consciencia, que es considerada un epifenómeno.

Demografía: Estudio estadístico de una colectividad humana, referido a un determinado momento o a su evolución.

Estudio de caso: Estudio científico de casos únicos o individuales, basado en notas tomadas por observadores, o en materiales biográficos. Usualmente proveen información útil y a profundidad, proporcionando una rica descripción de un individuo.

Etiología: Conjunto de causas de una enfermedad

Fobia: Forma de miedo desproporcional a las demandas de la situación o al grado de amenaza del estímulo temido, que no puede ser explicado o razonado, que se encuentra por fuera del control voluntario, y que conduce a la evitación del estímulo fóbico.

Inhibición: Componente de los sistemas de regulación, psicológicos o fisiológicos, que actúan en los seres vivos. Puede participar a distintos niveles, por ejemplo, en el sistema nervioso, génico, enzimático, etc.

Neurofisiología: Fisiología del sistema nervioso.

Neurotransmisores: Dicho de una sustancia o de un producto: Que transmite los impulsos en la sinapsis nerviosa

Patogénesis: Origen y desarrollo de las enfermedades.

Prevalencia: proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Psicopatología: Estudio de las enfermedades mentales.

Sistema nervioso vegetativo: Este sistema es en buena parte ajeno a la conciencia, e incluye la detección de cambios en las condiciones del medio interno y la generación de las respuestas necesarias para mantener las funciones viscerales

Serotonina: Neurotransmisor que se encuentra íntimamente relacionado con los trastornos del humor o trastornos afectivos. Ejerce múltiples funciones en

el organismo como: regulación del humor, tránsito intestinal, ansiedad y ritmo sueño/vigilia en el caso de las jaquecas.

Sinergia: Concurso activo y concertado de varios órganos para realizar una función.