



## ARTÍCULO ORIGINAL

<https://doi.org/10.30545/academo.2023.ene-jun.4>

# Intervención cognitivo-conductual para un alto grado de malestar ante actividades laborales: un estudio de caso

Cognitive-behavioral intervention for a high degree of discomfort before work activities: a case study

Natalia Méndez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Aikumby Centro de Altas Capacidades y Creatividad. Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup> Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay.

## Resumen

Se presenta un estudio de caso N=1 de adulto de 38 años de edad con alto grado de malestar ante ciertas actividades laborales. A partir de los resultados se diseña un plan de intervención hecho a medida con evidencia científica dirigido a tolerar y disminuir el malestar que presenta sintomatología ansiógena. Para la elaboración de dicha propuesta, se realiza una evaluación y diagnóstico mediante el Cuestionario de Ideas Irracionales (Ellis, 1980), la Escala de actitudes y creencias (Lega, Caballo y Ellis, 1997), el Inventario de pensamiento automático (Ruiz y Luján, 1991), auto-registro de pensamientos, la Escala de Estrés Percibido (PSS) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarcer, 1996), el Cuestionario Autoevaluativo STAI Estado-Rasgo (Spielberger, 1973) y el Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado. El SCL-90-R (Derogatis, Lipman y Covi, 1973). Se propone un tratamiento que incluye el entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar, aceptación radical, ansiedad y entrenamiento en relajación.

**Palabras clave:** Estudio de caso N= 1, tratamiento cognitivo-conductual, aceptación radical, ansiedad, tolerancia al malestar y entrenamiento en relajación.

## Abstract

A case study N = 1 of a 38-year-old adult with a high degree of discomfort when faced with certain work activities is presented. Based on the results, a tailor-made intervention plan is designed with scientific evidence aimed at tolerating and reducing the discomfort that anxiety symptoms present. To prepare this proposal, an evaluation and diagnosis is carried out using the Irrational Ideas Questionnaire (Ellis, 1980), the Attitudes and Beliefs Scale (Lega, Caballo and Ellis, 1997), the Automatic Thought Inventory (Ruiz and Luján, 1991), self-registration of thoughts, the Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarck and Mermelstein, 1983), the General Self-Efficacy Scale (Baessler and Schwarcer, 1996), the STAI State-Trait Self-Assessment Questionnaire (Spielberger, 1973) and the Derogatis Symptom Inventory-Revised. The SCL-90-R (Derogatis, Lipman and Covi, 1973). A treatment is proposed that includes training in the skills of tolerance to discomfort, radical acceptance, anxiety and relaxation training.

**Keywords:** Case study N = 1, cognitive behavioral treatment, radical acceptance, anxiety, tolerance to discomfort and relaxation training.

Correspondencia: [lic.nat.mendez@gmail.com](mailto:lic.nat.mendez@gmail.com)

Artículo recibido: 18 ago. 2021; aceptado para publicación: 21 nov. 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

Página web: <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/>

Citación Recomendada: Méndez, N. (2023). Intervención cognitivo-conductual para un alto grado de malestar ante actividades laborales: un estudio de caso. ACADEMO (Asunción), 10(1):30-46. <https://doi.org/10.30545/academo.2023.ene-jun.4>

## Introducción

Las intervenciones cognitivo-conductuales, según el autor Aaron T. Beck:

Plantean la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1995, p. 32).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de Aaron Beck plantea que las distorsiones del pensamiento influyen en el estado de ánimo y en la conducta de las personas. Evaluar una perspectiva realista y modificar el pensamiento, causan una mejoría en el estado de ánimo y comportamiento. Esta permanente mejoría es la consecuencia de la modificación de las creencias disfuncionales profundas (Beck, 1995).

Por otro lado, encontramos a la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavior Therapy o DBT) de Marsha Linehan. Esta forma de terapia es una modificación de la terapia cognitivo-conductual estándar, a la cual fueron agregadas el componente de estrategias de aceptación y estrategias de cambio. El balance entre estas estrategias forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento (Fundación FORO, 2018). "Dialéctica significa evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones aparentes" (Fundación FORO, 2018, p. 187).

Los tres fundamentos de la DBT son 1) la terapia cognitivo conductual, 2) la validación y la aceptación, y 3) la dialéctica. Con respecto al segundo punto, Linehan (1993) y su grupo de investigación descubrieron que cuando el terapeuta da la misma importancia al cambio y la validación; las personas se muestran más colaboradoras y menos propensas a abandonar el tratamiento. La validación es el encontrar la consistencia en las acciones de todos ellos, más allá de la clasificación dicotómica entre lo bueno y lo malo. Por último, "la dialéctica involucra a varios supuestos sobre la naturaleza de la realidad, 1)

cada cosa esta conectada con todo lo demás, 2) el cambio es constante e inevitable, y 3) los opuestos pueden ser integrados para formar una aproximación más cercana a la verdad (que siempre es incompleta)" (Fundación FORO, 2018, p. 189). Por tanto, "aceptación radical es aceptar lo que es desde el fondo de nuestro ser. La experiencia totalmente abierta de lo que es tal cual es, entrando y participando de la realidad, tal como es en este mismo momento. Aceptación radical no es aprobación (estar de acuerdo) pasividad, lástima, amor, contrario al cambio, resignación" (Fundación FORO, 2018, p. 162).

En cuanto al constructo de ansiedad, primeramente, encontramos la definición de Clark y Beck (2012) que consideran a la ansiedad como un sistema de respuesta complejo que abarca lo cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual. Este se activa cuando se anticipa o cuando uno cree que se anticipan ciertos eventos o circunstancias que son altamente aversivos, puesto que son percibidos como impredecibles e incontrolables, y son considerados como potencialmente amenazantes para los intereses vitales del individuo.

La definición propuesta por Spielberg (1972) aporta una distinción entre lo que se refiere a la ansiedad como un rasgo y a la ansiedad como un estado. En cuanto a la ansiedad como rasgo, refiere que las experiencias de ansiedad pueden presentarse como una manifestación general y permanente a lo largo del tiempo y las situaciones. Por otra parte, la ansiedad como estado es considerada como una manifestación más específica, transitoria y acotada en el tiempo (Moreno et al., 2012).

Por otro lado, en el DSM-5 se define a la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más

allá de los períodos de desarrollo apropiados ... Los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.190)

Teniendo en cuenta el modelo cognitivo conductual para la ansiedad encontramos que Brown et al., (2001) proponen un protocolo de intervención de Terapia Cognitiva Conductual para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, en donde incorporan los componentes terapéuticos propuestos por Clark y Beck (2010). El protocolo propone trabajar cogniciones distorsionadas, estado de activación simpática elevado y conductas de evitación; ya que éstas son las principales causas de la ansiedad.

La ansiedad tiene tres sistemas, a veces funcionan al unísono y a veces no: cognitivo, son todos los pensamientos que nos preocupan; fisiológico, son todas las sensaciones que se producen como la respuesta de ansiedad y conductual, la conducta de huida (Brown et al., 2001, Sesión 1).

Los autores Lang, Bradley y Cuthbert (1998), Barlow (2002), Robichaud y Dugas (2012) y Zheng et al. (2016) explican estos tres sistemas o componentes que se encuentran en la emoción de ansiedad. En el componente cognitivo encontramos la presencia de una amenaza externa o interna, en fisiológico encontramos a las activaciones del sistema simpática (taquicardia, sudor, midriasis, temblores, mareos, vasoconstricciones, frío distal, palidez/rubor, tensión muscular) y en el componente comportamental encontramos las respuestas de "lucha o huida" que llevan a la evitación activa, evitación pasiva, al escape y/o a respuestas motoras alteradas.

En cuanto a las consecuencias de la ansiedad encontramos a nivel cognitivo la verificación constante, la sobreestimación de las probabilidades y la subestimación de los propios recursos de afrontamiento. A nivel conductual, la evitación (física o mental), la búsqueda de reaseguro, la procrastinación y los comportamientos tranquilizadores (Airaldi, 2019).

Esta investigación tiene como finalidad la elaboración de una propuesta de intervención, mediante la información obtenida de los datos de la evaluación y posterior diagnóstico. Se planteó como objetivo general elaborar una propuesta de intervención hecha a medida con evidencia científica para un adulto con alto grado de malestar ante ciertas actividades laborales. Como objetivos específicos se plantearon los siguientes:

- Evaluar el perfil cognitivo, conductual y fisiológico de un adulto con alto grado de malestar ante ciertas actividades laborales.
- Elaborar línea de base pretratamiento de un adulto con alto grado de malestar ante ciertas actividades laborales.
- Determinar necesidades específicas del paciente para el establecimiento de objetivos terapéuticos que sirvan de guía para la elaboración de una propuesta de intervención.

## Metodología

Para esta investigación se llevó a cabo el proceso de evaluación y diagnóstico cognitivo conductual, en un paciente adulto masculino que manifestaba alto grado de malestar ante actividades laborales.

A partir de entrevistas y evaluaciones realizadas al paciente, se identifican, analizan y describen las conductas problemáticas, para la elaboración de las hipótesis de origen y mantenimiento. Mediante esto se establecen las estrategias, objetivos y metas para el tratamiento.

Finalmente se elabora una propuesta de tratamiento hecho a medida con evidencia científica, que consta de 15 sesiones que abarca el entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar (aceptación radical), la reestructuración cognitiva, el reforzamiento positivo continuo y el entrenamiento en relajación.

### **Tipo de estudio y diseño**

La investigación se centra en un estudio de caso con unidades incrustadas de diseño experimental ( $n = 1$ ), de alcance exploratorio, donde el investigador es guiado por el deseo de analizar el caso en sí y pretende alguna clase de generalización o representación para otros casos; en este caso específico, para el diseño de un plan hecho a medida con evidencia científica (Sampieri, 2015).

La primera parte de la investigación corresponde a la evaluación y diagnóstico, que llevó a cabo 5 sesiones de evaluación con duración de 1 hora (en promedio). Se elaboró un perfil cognitivo, conductual y fisiológico del paciente para establecer las hipótesis de origen y de mantenimiento del problema. Se realizó la carga y análisis de los datos de los autorregistros completados durante el periodo de evaluación, mediante el cual se determinó y estableció la línea de base.

La segunda parte corresponde a la elaboración de un plan de tratamiento basado en evidencia científica que cuenta con un total de 15 sesiones. Cada intervención abarca factores específicos y cada una tiene una duración de 1 hora a la semana.

- Intervención 1: aceptación radical (3 sesiones)
- Intervención 2: ansiedad (8 sesiones)
- Intervención 3: tolerancia al malestar (1 sesión)
- Intervención 4: entrenamiento en relajación (2 sesiones)

### **Participante**

#### **Datos personales y sociodemográficos**

Paciente del sexo masculino de 38 años de nacionalidad argentina. Profesional del área de psicología, con nivel de estudio de posgrado. Soltero, con 1 hija de 18 años. Actualmente es orientador social y encargado de procesamiento y

sistematización de datos en un programa social de una dependencia estatal.

### **Análisis del motivo de la consulta**

El usuario refiere que en su lugar de trabajo la demanda laboral a veces es muy grande y se presentan problemas uno tras otro frente a los cuales a veces no los puede resolver porque requieren de actividades que no son estimulantes (a pesar de que no sean de alta complejidad), son un poco "tediosas". Se desconcentra, no las quiere hacer entonces busca otras actividades alternativas o tareas para hacer que le son más fáciles o mecánicas (carga de datos) entonces las tareas más complejas van quedando relegadas. Por este motivo se le acumulan las cosas y las tiene que terminar haciendo apurado. Todo esto le genera cierto grado de frustración, estrés, una demanda a sí mismo en cuanto a su nivel de organización.

### **Historia del problema**

Previo al trabajo actual, el usuario se dedicaba a la venta de libros en donde él que organizaba su tiempo y actividades era él. Pudiendo así elegir lo que quiera o no quiera hacer. Cuando ingresó su nuevo trabajo fue su primera experiencia en cuanto a un trabajo disciplinado con horario bien establecido. Esto lo ayudó a ordenarse y a ponerse límites, pero también fue un desafío muy grande que le generó un estrés significativo.

Si bien al inicio asumió este cambio de buena manera y en momentos difíciles familiares y económicos durante el año pasado, fue su trabajo lo que lo contuvo puesto que lo mantenía ocupado y entusiasmado; fue un cambio de hábitos muy grande. Una experiencia significativa en cuanto a poner límites impuesta por la realidad laboral en donde si bien hay algo que no quiere hacer porque no le gusta/no quiere, lo tiene que hacer, aunque esto le genere mucha ansiedad y fastidio.

Además, hace referencia a dos trabajos en particular que tuvo que realizar y de los cuales no tuvo una buena experiencia. Fueron trabajos que le demandaron mucho tiempo, mucha dedicación y

mucha entrega. Y por no respetar procesos de organización y de orden de entrega de tareas delegadas referente a los mismos, esto llevo a que haya errores en el trabajo. El paciente tuvo dificultad en aceptar y manejar el resultado de esa situación. Además, como no era un trabajo que él debía realizar sólo dependía de otras personas para que el trabajo avance. Esto también le generaba malestar puesto

que los ritmos y formas de trabajar de sus pares eran muy diferentes al suyo.

A continuación, se hará un análisis y descripción del conjunto de problemas basado en la dimensión cognitiva, conductual y fisiológica, representado a través de un mapa conceptual del análisis funcional del caso (Figura 1 y Tablas 1 y 2).

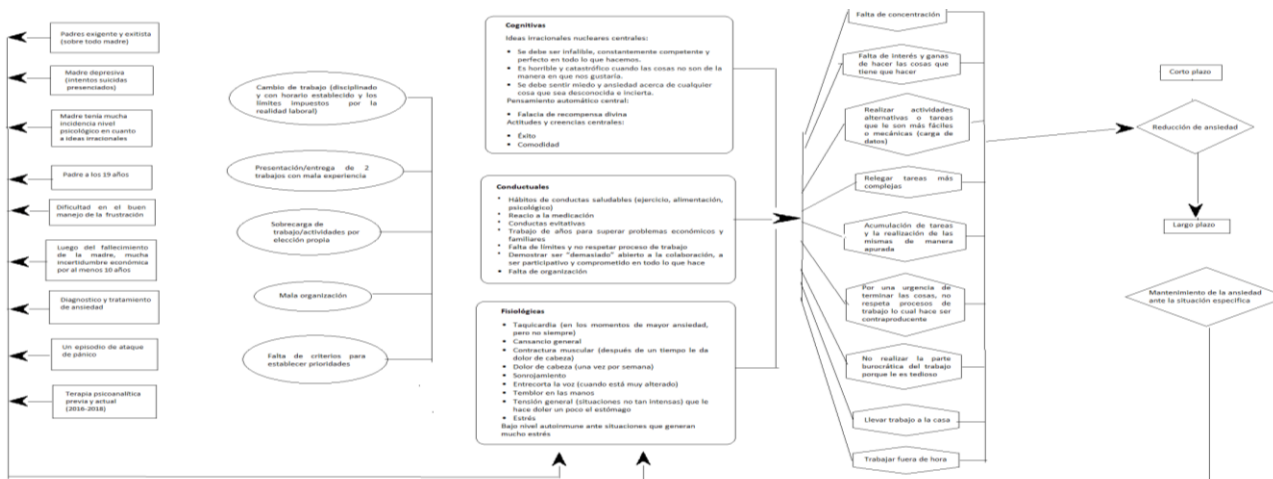


Figura 1. Análisis y descripción de las conductas problema.

Tabla 1. Cuadro de análisis funcional de la conducta.

Variables distantes	Variables de antecedentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Padres exigente y exitista (sobre todo madre)</li> <li>Madre depresiva (intentos suicidas presenciados)</li> <li>Madre tenía mucha incidencia nivel psicológico en cuanto a ideas irracionales</li> <li>Padre a los 19 años</li> <li>Luego del fallecimiento de la madre, mucha incertidumbre económica por al menos 10 años</li> <li>Dificultad en el buen manejo de la frustración</li> <li>Ansiedad (sin medicación)</li> <li>Un episodio de ataque de pánico</li> <li>Terapia psicoanalítica previa y actual (2016-2018)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio de trabajo (disciplinado y con horario establecido y los límites impuestos por la realidad laboral)</li> <li>Presentación/entrega de 2 trabajos con mala experiencia</li> <li>Sobrecarga de trabajo/actividades por elección propia</li> <li>Mala organización</li> <li>Falta de criterios para establecer prioridades</li> </ul>
<b>Variables orgánicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estrés</li> <li>Bajo nivel autoinmune ante situaciones que generan mucho estrés</li> </ul>	
<b>Variables de respuesta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de concentración</li> <li>Falta de interés y ganas de hacer las cosas que tiene que hacer</li> <li>Realizar actividades alternativas o tareas que le son más fáciles o mecánicas (carga de datos)</li> <li>Relegar tareas más complejas</li> <li>Acumulación de tareas y la realización de las mismas de manera apurada</li> <li>Por una urgencia de terminar las cosas, no respeta procesos de trabajo lo cual hace ser contraproducente</li> <li>No realizar la parte burocrática del trabajo porque le es tedioso</li> <li>Llevar trabajo a la casa</li> <li>Trabajar fuera de hora</li> </ul>	
<b>Consecuencias</b> <p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción de ansiedad</li> </ul> <p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento de la ansiedad ante la situación específica</li> </ul>	

**Tabla 2.** Cuadro de estrategias/objetivos/metás de la terapia.

Estrategias potenciales de intervención	Objetivos del tratamiento	Metas de resultados finales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar (aceptación radical)</li> <li>● Reestructuración cognitiva (Refutación y discriminación)</li> <li>● Reforzamiento positivo continuo</li> <li>● Entrenamiento en relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aceptación radical.</li> <li>● Tolerancia al malestar.</li> <li>● Pensamientos distorsionados.</li> <li>● Conductas evitativas.</li> <li>● Activación fisiológica de la ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lograr la aceptación radical de la realidad laboral.</li> <li>● Reconocimiento de estímulos causantes de malestar.</li> <li>● Incremento de productividad laboral.</li> <li>● Mejorar en la organización de tareas.</li> <li>● Manejo de situaciones de crisis.</li> <li>● Incorporación de nuevo repertorio de estrategias de aceptación radical y tolerancia al malestar.</li> <li>● Detección y reemplazo de pensamientos distorsionados.</li> <li>● Incremento de conductas deseables.</li> <li>● Disminución de conductas evitativas.</li> <li>● Manejo de síntomas fisiológicos de la ansiedad.</li> </ul>

### Hipótesis de origen y mantenimiento

Se establece como hipótesis de origen que, la nueva experiencia laboral y las dos experiencias laborales con resultados insatisfactorios (estímulos condicionados) generan una respuesta condicionada de ansiedad ante ciertas situaciones laborales.

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento (motivo por el cual se sigue dando la conducta indeseada), se considera que las actividades laborales que requieren tareas demandantes/no placenteras/de no interés, generan creencias/pensamientos irracionales que a su vez crean una respuesta condicionada de ansiedad. Esto lo lleva a tener conductas evitativas y revisión constante de trabajos ya terminados y entregados.

Los pensamientos/creencias irracionales ante dichas actividades son: “para que me metí en este trabajo”, “yo estoy para cosas más importantes”, “si no cumplo con lo que me piden voy a fracasar”. “Tengo que demostrar que soy lo suficientemente bueno en lo que hago”, “siento que se me pasa el tiempo y que si no hago el trabajo como se debe, pierdo oportunidad a futuro” y “debo ser un funcionario que siempre está dispuesto y que siempre colabora”.

Todo lo expuesto más arriba, crea un estímulo discriminativo que genera una respuesta operante, que tiene una consecuencia, que se mantiene mediante un tipo de refuerzo.

El realizar actividades alternativas o tareas más sencillas y automáticas que no requieren de tanto pensar (investigar, buscar en varios materiales, contrastar ideas, carga de datos con auriculares puesto escuchando audios de interés) y, el relegar tareas más complejas, actúan como reforzador negativo. Como consecuencia, el paciente obtiene una sensación de alivio momentáneo que a corto plazo disminuye instantáneamente los niveles de ansiedad, pero que, a largo plazo, hace que los niveles de ansiedad vayan escalando gradualmente.

### Instrumentos y dispositivos

*Cuestionario de ideas irracionales.* Elaborado por Albert Ellis en 1980 y traducido al castellano por McKay y Navas (2008), de aplicación para adolescentes y a adultos. Este instrumento permite identificar las creencias irracionales que han sido asumidas por el individuo (Álvarez, 2021).

Está confirmado por 100 ítems, agrupados en bloques de diez grupos, en la que cada uno de ellos comprende diez preguntas con Opciones de respuesta dicotómicas (Sí-No). Cada uno de los diez bloques corresponde a una dimensión. Las dimensiones son: necesidad de aprobación - creencia I, altas autoexpectativas - creencia II, culpabilización - creencia III, intolerancia a la frustración - creencia IV; causas externas - creencia V, miedo o ansiedad - creencia VI, evitación de problemas - creencia VII, dependencia - creencia VIII, indefensión - creencia IX y pasividad - creencia X (Álvarez, 2021).

Para la calificación, se realiza la sumatoria de cada creencia individual, la cual se obtiene con el puntaje total para cada una de ellas. De esa manera, el puntaje obtenido en un rango de 0 a 5 es considerado un puntaje promedio o bajo; en un rango de 6 a 7 se le estima como moderado, en el que, si bien el sujeto posee la creencia irracional, esta puede ocasionar algún problema conductual o emocional; y si el puntaje varía en el rango de 8 a 10, entonces corresponde a un elevado nivel de la creencia irracional, lo que estaría ocasionando un trastorno emocional (Álvarez, 2021).

Respecto a la confiabilidad, presenta un coeficiente alfa de Cronbach equivalente a 0.81, el cual indica que los ítems del instrumento poseen un alto nivel de consistencia interna (Álvarez, 2021).

*Escala de actitudes y creencias.* Se aplicó la Escala de actitudes y creencias (Scale of Attitudes and Beliefs; Burguess, 1990), versión en español de Lega, Caballo y Ellis (1997) que está conformada por 48 ítems que evalúan por un lado la dimensión de contenidos (aprobación, éxito y comodidad) y por otro, la dimensión de procesos (demandas, tremendismo, baja tolerancia a la frustración, condenación) del pensamiento irracional (Nava et al., 2013).

El sistema de respuesta es tipo Likert de una escala de 5 puntos (1= "Muy en desacuerdo" a 5= "Muy de acuerdo"). La misma, presenta índices de consistencia interna (alfa de Cronbach)  $\geq 0,87$  en ambas dimensiones, mientras que en la escala total presenta un alfa de Cronbach de 0,91 (Nava et al., 2013).

*Inventario de pensamiento automático.* Se utilizó la adaptación de Riofrio & Villegas (2015) del instrumento de elaborado por Ruiz y Lujan en 1991. El mismo tiene como objetivo identificar quince tipos de distorsiones cognitivas: falacia de cambio, falacia de control, personalización, falacia de justicia, sobregeneralización, falacia de recompensa divina, visión catastrófica, deberías, pensamiento polarizado, etiquetas globales, culpabilidad, razonamiento emocional, filtraje, interpretación del pensamiento y

falacia de razón (Riofrio - Cotrina y Villegas - Cobeñas, 2016).

Las categorías diagnósticas consideradas para el instrumento están basadas en las puntuaciones directas, se toman como criterio que a "menor" puntuación, muestran ausencia de Distorsiones Cognitivas y a "mayor" puntuaciones, presentan tendencia a padecer distorsiones cognitivas (Riofrio - Cotrina y Villegas - Cobeñas, 2016).

Con lo que respecta a la confiabilidad, presenta un Alfa de Cronbach de ,94 logrando ser una escala con altos índices confiabilidad en cada una de sus escalas (Riofrio - Cotrina y Villegas - Cobeñas, 2016).

*Auto-registro de pensamientos automáticos.* Se utiliza para el registro de situaciones problemáticas o no deseadas que ocurren en la vida cotidiana. La información a ser completada es la siguiente: fecha/hora, situación, emociones y pensamientos automáticos. En los dos últimos puntos se debe indicar el nivel de intensidad del 0 al 10, según sea percibido por el paciente.

*Escala de Estrés Percibido (PSS).* La versión original de este instrumento elaborado por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) consta de 14 ítems y posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85. Los ítems están redactados a modo de frases generales sobre las sensaciones percibidas de control ante distintas demandas cotidianas. (Trujillo y González-Cabrera, 2007).

Los ítems adoptan un formato de respuesta de cinco alternativas etiquetadas de la forma siguiente: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Para obtener la puntuación se asigna valores enteros a cada una de las alternativas de respuesta etiquetadas de la siguiente manera: 0= nunca; 1= casi nunca; 2= a veces; 3= casi siempre; y 4= siempre. La puntuación total se obtiene con la suma del valor asignado a la alternativa de respuesta dada a cada uno de los ítems (Trujillo y González-Cabrera, 2007).

*Escala de Autoeficacia General.* La Escala de Autoeficacia General versión en español de Bábler, Schwarzer y Jerusalem (1996) está conforma por 10

reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que percibe de su capacidad en ese momento. Cada respuesta presenta la siguiente publicación: incorrecto (1 punto), apenas cierto (2 puntos), más bien cierto (3 puntos) y cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida (Cid et al., 2010).

El coeficiente alfa de Cronbach del instrumento es de 0,84, lo que indica que los reactivos o elementos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada (Cid et al., 2010).

*Cuestionario Autoevaluativo STAI.* Para esta investigación se utiliza la adaptación española realizada por Buela-Casal, Guillén-Riquel y Sesisdodos Cubero (2011). El inventario está diseñado para la evaluación de la ansiedad como estado y como rasgo en adolescentes y adultos. Está compuesto por veinte ítems para cada una de las subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo), de respuesta tipo Likert, puntuando desde 0 (nada/casi nunca) hasta 3 (mucho/casi siempre). El instrumento presenta un Alfa de Cronbach de .95 en la subescala de ansiedad estado y un Alfa de Cronbach de .91 en la subescala de rasgo (Spielberger et al., 2011).

El cuestionario autoevaluativo STAI (Estado) es un instrumento que evalúa un estado emocional transitorio, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. El Cuestionario STAI (Rasgo) indica una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos que tienden a percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger, et al., 2011).

*Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado. El SCL-90-R.* Para este trabajo se utilizó la adaptación al castellano del SCL-90-R de Casullo y Castro Solano (1999). El inventario está compuesto por 90 reactivos que evalúan patrones de síntomas presente característicos de los síndromes medidos en el

instrumento. Puede ser utilizado tanto en ámbitos comunitarios como de diagnóstico clínico (Sánchez y Ledesma, 2009).

Se los evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias: somatización ( $\alpha = 84$ ), obsesiones y compulsiones ( $\alpha = 81$ ), sensibilidad interpersonal ( $\alpha = 78$ ), depresión ( $\alpha = 86$ ), ansiedad ( $\alpha = 85$ ), hostilidad ( $\alpha = 75$ ), ansiedad fóbica ( $\alpha = 80$ ), ideación paranoide ( $\alpha = 77$ ) y psicotismo ( $\alpha = 78$ ); y tres índices globales de malestar psicológico: índice de severidad global ( $\alpha = 96$ ), total de síntomas positivos y un índice de malestar somático positivo (Sánchez y Ledesma, 2009).

Los 90 ítems que lo integran responden sobre la base de una escala de cinco puntos con opciones de respuesta que va de “nada” (0) a “mucho” (4). El promedio de las respuestas a los ítems de cada escala (la suma aritmética dividida por el número total de ítems de la escala) da el puntaje para esa dimensión. En el caso de ítems faltantes estos deben descontarse del total de ítems de la escala al hacer la división (para no asumir una respuesta de “nada” o 0 a dicho ítem). El resultado es un número, entre 0 y 4, fácil de interpretar (Sánchez y Ledesma, 2009).

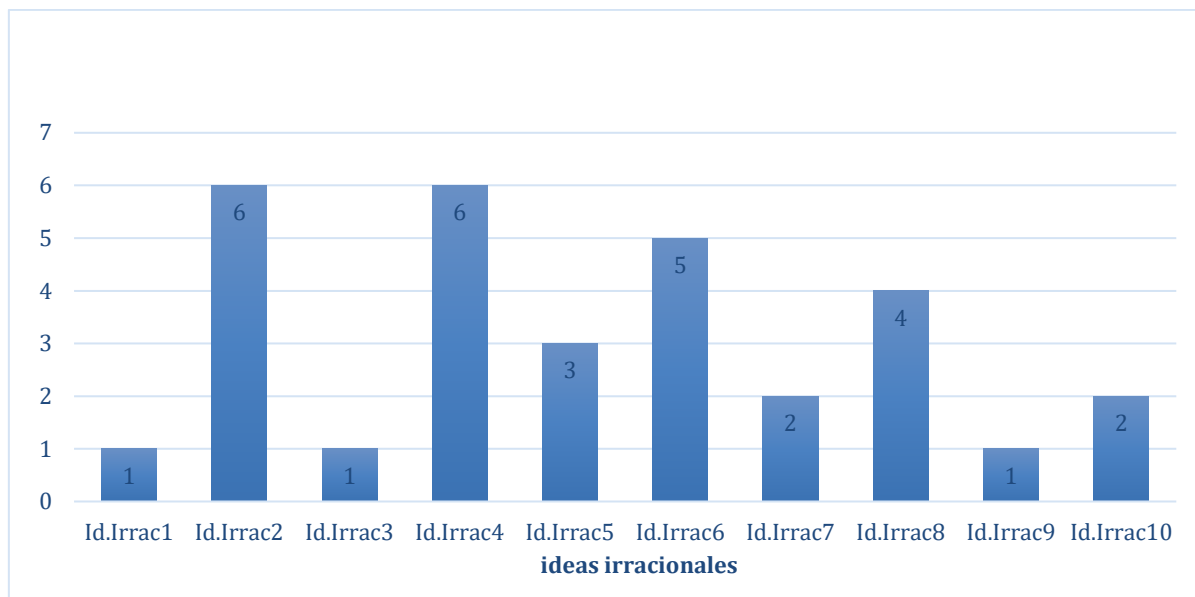
## Resultados y Discusión

Perfil cognitivo, conductual y fisiológico del paciente.

Mediante los resultados del Cuestionario de Ideas Irracionales (Figura 2 y Tabla 3), se puede constatar que las puntuaciones más altas se centran en 1) se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos (6 puntos), 2) es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría (6 puntos) y 3) se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta (5 puntos).

A continuación, en la tabla 3 se presenta un análisis de las ideas irracionales con mayor puntaje.





**Figura 2.** Resultados del Cuestionario de Ideas Irracionales.

**Tabla 3.** Interpretación de las ideas irracionales de mayor puntaje.

Idea Irracional	Puntaje	¿Por qué esta idea es irracional?
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	6	<p>Es muy poco probable (casi imposible) que el ser humano sea totalmente o, en la mayor parte competente, en todos los aspectos.</p> <p>Es válido intentar tener éxito, pero, el exigirse el tener dicho éxito, en la mayoría de las ocasiones, genera sentimientos de incompetencia e incapacidad.</p> <p>Si uno se esfuerza más de lo que humanamente posible, existen altas probabilidades de provocar estrés y enfermedades psicosomáticas.</p> <p>Una persona que quiere o busca el éxito total, se encuentra en constante conflicto con los otros puesto que, esto hecho implica el ser superior a los demás.</p> <p>El buscar el éxito constantemente hace que el individuo se aleje de su auténtico objetivo (ser más feliz en la vida).</p> <p>El miedo y el fracaso a cometer errores son generados por la preocupación constante por lograr el éxito. Esto puede generar con facilidad disgusto y una tendencia al fracaso real.</p>
Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	6	<p>Es muy difícil para no decir casi imposible que siempre las cosas nos salgan de la manera que nos gustaría o tenemos planeada.</p> <p>Si tenemos esta visión y esperamos esto de los acontecimientos, vamos a vivir con mucha frustración cuando las cosas no salgan de acuerdo con lo esperado.</p>
Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	5	<p>El nerviosismo generado por la preocupación excesiva por un asunto de riesgo dificulta la capacidad de ver realmente la gravedad del problema.</p> <p>La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra, impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre.</p> <p>La posibilidad de que algún problema ocurra causa una ansiedad intensa. Existen altas probabilidades de que esta emoción impida a que uno afronte con eficacia dicho problema, una vez que realmente ocurra.</p> <p>El preocuparse mucho de que algo suceda, no evita que ocurra el evento, más bien, contribuye a su aparición.</p>

En los resultados de la Escala de Actitudes y Creencias (Tabla 4), podemos observar que, a nivel de contenido, las manifestaciones de irracionalidad se basan en la idea "éxito" (19 puntos) y "comodidad" (18 puntos). En cuanto a las inferencias y procesos secundarios, el nivel de proceso con mayor puntaje es el de "exigencia" (19 puntos).

**Tabla 4.** Resultados de la escala de actitudes y creencias.

Escala de actitudes y creencias	Puntaje
EN PROCESO	
<b>Exigencia</b>	<b>19</b>
Tremendismo	11
Baja tolerancia a la frustración	11
Condenación	11
EN CONTENIDO	
Aprobación	15
<b>Éxito</b>	<b>19</b>
<b>Comodidad</b>	<b>18</b>

En la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (Tablas 5 y 6) el paciente obtuvo un puntaje elevado en 1) falacia de recompensa divina (5 puntos), 2) filtraje (2 puntos), 3) falacia de control (2 puntos) y 4) etiquetas globales (2 puntos).

**Tabla 5.** Distribución de puntajes según tipo de distorsión.

Tipo de distorsión	Total
1. Filtraje	2
2. Pensamiento polarizado	0
3. Sobregeneralización	1
4. Interpretación de pensamientos	1
5. Visión catastrófica	2
6. Personalización	0
7. Falacia de control	2
8. Falacia de justicia	0
9. Razonamiento emocional	1
10. Falacia de cambio	0
11. Etiquetas globales	2
12. Culpabilidad	0
13. Los debería	2
14. Falacia de razón	0
15. Falacia de recompensa divina	5

**Tabla 6.** Interpretación de los pensamientos automáticos con puntajes altos.

Pensamiento automático	Puntaje	Interpretación
Falacia de recompensa divina	5	Cuando uno tiende a no buscar solución a problemas, tiene dificultades suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o que uno tendrá una recompensa en el futuro si no cambia la situación actual. Esto lleva a la acumulación de un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser viables en la actualidad.
Filtraje	2	Cuando una persona hace una selección en forma de visión de túnel, teniendo en cuenta un solo aspecto de una situación, esto hace que dicho aspecto tiña toda la interpretación de la situación y no se da cuenta de otros que lo contradicen.
Falacia de control	2	Cuando una persona se ve a sí misma de modo extremo, por el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. Se cree competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor o bien, en el otro extremo, se ve impotente sin tener ningún control sobre los acontecimientos de su vida.
Etiquetas globales	2	Cuando una persona se pone o pone a los demás un nombre general o etiqueta universal, designándolos con el verbo "Ser". Cuando hacemos esto, englobamos todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto hace que tengamos una visión estereotipada e inflexible del mundo y las personas.

En la Escala de Estrés Percibido el paciente obtuvo una puntuación de 40 puntos, lo que indica un moderado nivel de estrés percibido.

Resultados de la Escala de Autoeficacia General indican la presencia de un nivel moderado (34 puntos) en la percepción de autoeficacia general que tiene el paciente hacia sí mismo.

En cuanto a la ansiedad Estado-Rasgo evaluado mediante el Cuestionario Autoevaluativo STAI, el

paciente obtuvo una puntuación directa de 27 en la escala de Estado, y una puntuación directa de 38 en la escala de Rasgo. Por las puntuaciones expuestas puede considerarse una leve probabilidad de la existencia de un trastorno de ansiedad, principalmente trastorno de ansiedad generalizada.

Datos obtenidos del Inventario de Síntomas SCL-90-R (Tabla 7) confirman que el paciente no presenta patologías (puntuación T40).

**Tabla 7.** Puntuaciones del Inventario de Síntomas SCL-90-R.

Dimensiones	Sumatorio puntaje	Puntuación bruta	Puntuación T
Somatizaciones	3	0,25	45
Obsesiones y compulsiones	6	0,60	45
Sensitividad interpersonal	2	0,22	40
Depresión	7	0,54	45
Ansiedad	4	0,40	45
Hostilidad	1	0,17	40
Ansiedad Fóbica	0	0,00	30
Ideación Paranoide	3	0,50	55
Psicoticismo	1	0,10	40
Total global	29	0,32	40

En el autorregistro el paciente hace referencia a las siguientes creencias/pensamientos con respecto a realizar los trabajos en el ámbito laboral:

- “Si no cumplo con lo que me piden voy a fracasar”.
- “Tengo que demostrar que soy lo suficientemente bueno en lo que hago”.
- “Siento que se me pasa el tiempo y que si no hago el trabajo como se debe, pierdo oportunidad a futuro”.
- “Vivo como una carrera contra el tiempo para poder estar en unos años en el puesto que quiero. Y eso no se logra de la noche a la mañana. Lleva tiempo, trabajo y esfuerzo”.
- “Cuando no estoy pila, y me boludeo entonces pienso que voy a volver a los libro y horror, catástrofe”.
- “Debo ser un funcionario que siempre está dispuesto y que siempre colabora”.
- “Considero correcto que no tener límites para la hora en que vas a trabajar, los tiempos que dedicas a un proyecto, o trabajar después de horas.
- “Yo creo que esa es la imagen que hay que dar a tus superiores. Ser una persona que no tiene límites en el compromiso con el trabajo”.
- Estas ideas de competencia se aproximan a lo que me pasa: a) sólo hay ganadores y perdedores en la vida, b) si cometo un error, he fracasado, c) los éxitos de los demás quitan valor a los míos, d) tengo que hacer las

cosas perfectamente, e) si algo no es perfecto, no es bueno.

Finalmente, también en el autorregistro el paciente hace referencia sobre los siguientes pensamientos/creencias con respecto a las variables distantes y los niveles de exigencia:

- “No quería defraudarle a mi mamá”
- “Tenía que ser el hijo perfecto. Sacar siempre buenas notas”
- “Me enfrento a los procesos más que a los resultados, que creo que es lo más rico de la vida (los procesos)”.
- “Creo que, si uno respeta los procesos y los hace de forma secuencial, lógica y bien terminada cada etapa, el resultado final va a ser positivo de cualquier forma. Y si no lo es, es más importante que quede un aprendizaje que un cuestionamiento de reproche y sobre todo de culpa”
- “Estos últimos 5 años he tratado de deshacerme de las culpas y centrarme en qué fue lo que hice mal y corregirlo”.

### Hipótesis diagnóstica

Tras una puntualizada evaluación y realización del análisis funcional del caso se constata que el paciente no presenta un trastorno de ansiedad (F41.1) (según resultados obtenidos en el Cuestionario Autoevaluativo STAI) y en el Inventario de síntomas SCL-90-R puesto que no se cumplen con los criterios necesarios expuestos por el DSM-V. No obstante, existe la presencia de indicadores ansiógenos ante una situación específica que si bien no ocurre con mucha frecuencia causa un malestar significativo, pero de corta duración. Por estas razones se toma la decisión de centrar la intervención en la aceptación radical, ansiedad, tolerancia al malestar y entrenamiento en relajación, dado que el usuario desea permanecer en la institución en la que se encuentra actualmente trabajando.

### Estudio de los objetivos terapéuticos

A continuación, se presenta un diagrama del establecimiento de las estrategias, objetivos y metas del tratamiento (Figura 3).

Teniendo en cuenta que las conductas objeto de intervención son la aceptación radical, la tolerancia al malestar, los pensamientos distorsionados, las conductas evitativas y la activación fisiológica de síntomas ansiógenos; se presentan los siguientes objetivos para alcanzar las metas propuestas en el diagrama expuesto más arriba.

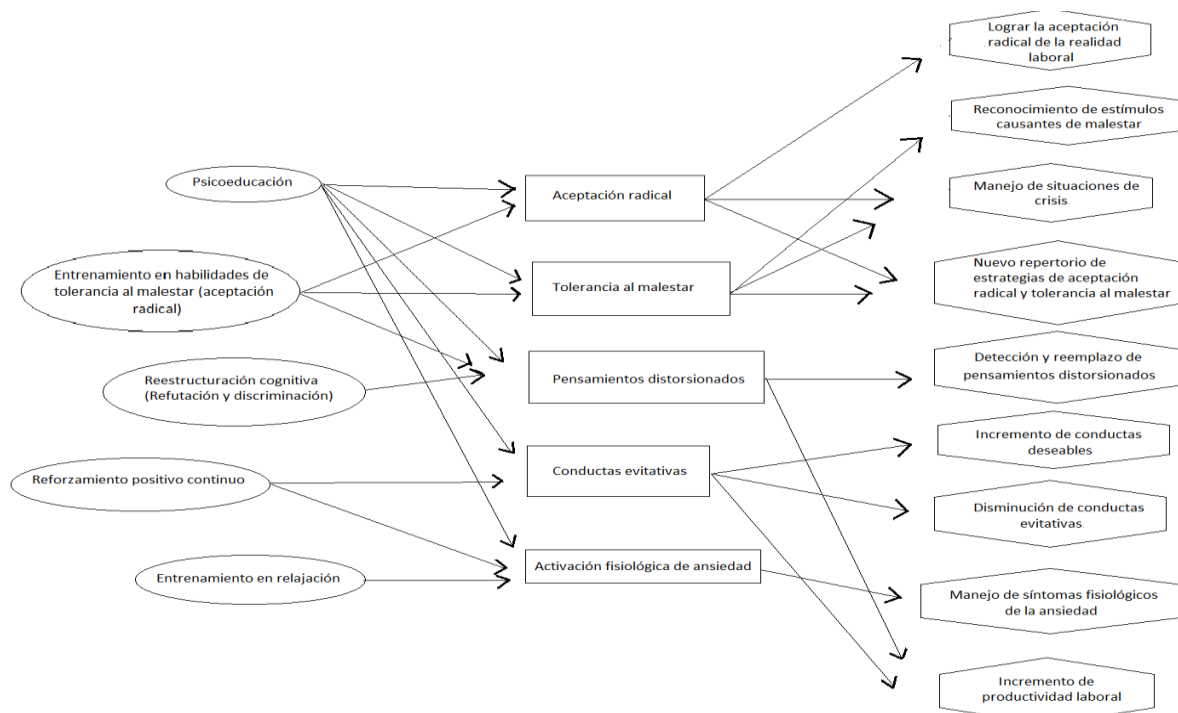
- Entrenar y participar de la realidad, experimentar totalmente lo que es, tal cual es.
- Detectar estímulos causantes de malestar.
- Manejar situaciones de crisis.
- Incorporar al repertorio personal estrategias de aceptación radical, tolerancia al malestar y de manejo de síntomas fisiológicos de la ansiedad.
- Detectar y reemplazar pensamientos distorsionados.
- Incorporar nuevos pensamientos adaptativos.
- Incrementar conductas deseables.
- Disminuir conductas evitativas.
- Incrementar la productividad laboral.

### Diseño de tratamiento hecho a medida con evidencia científica

A continuación, se presenta el esquema de trabajo de intervención (Tabla 8) y el desarrollo y descripción de las sesiones de intervención (Tabla 9).

**Tabla 8.** Esquema de trabajo de intervención.

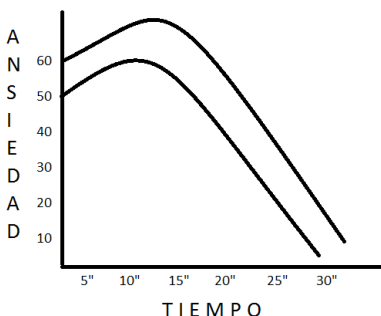
Actividades	Cantidad de sesiones
Evaluación (pre test)	5
Devolución de resultados y presentación del programa de intervención	1
Intervención 1 – Habilidades de aceptación radical	3
Intervención 2 - Ansiedad	8
Intervención 3 – Habilidades de tolerancia al malestar	1
Intervención 4 – Entrenamiento en relajación	2
	20



**Figura 3.** Establecimiento de las estrategias, objetivos y metas del tratamiento.

**Tabla 9.** Desarrollo y descripción de las sesiones de intervención.

Sesión	Contenido	Estrategias/técnicas/materiales
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se hace la devolución verbal y escrita de los resultados del proceso de la evaluación.</li> <li>Se presenta al paciente la propuesta de tratamiento sugerido por la profesional. Se explican brevemente las estrategias, objetivos y metas del tratamiento justificando la selección de dichos componentes.</li> <li>Se busca el consentimiento informado del paciente para empezar el tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> <li>Resultados e interpretación de baterías de evaluación</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se presentan los siguientes temas sobre aceptación radical:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Metas y habilidades</li> <li>Definición</li> <li>Principios básicos</li> </ul> </li> <li><b>Tarea:</b> Ficha A "Aceptación radical"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> <li>Entrenamiento en habilidades de aceptación radical</li> <li>Detección de tareas que generan alto grado de malestar laboral</li> <li>Fichas N° 1 a la 4 y ficha de "tarea de aceptación radical A" del material "Entrenamiento en habilidades" (folleto de clase), Fundación FORO.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se presenta la estrategia "cambiar la mente" de aceptación radical.</li> <li>Se realiza el ejercicio práctico de pros y contras de cambiar la mente para aceptar la realidad.</li> <li>Durante el desarrollo del ejercicio práctico se detectarán pensamientos distorsionados para luego ser rebatidos.</li> <li><b>Tarea:</b> Ficha B "Pros y contra de cambiar la mente para aceptar la realidad"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> <li>Entrenamiento en habilidades de aceptación radical</li> <li>Detección de tareas que generan alto grado de malestar laboral</li> <li>Fichas N° 5 y ficha de "tarea de aceptación radical B" del material "Entrenamiento en habilidades" (folleto de clase), Fundación FORO</li> <li>Detección y rebatimiento de pensamientos distorsionados</li> </ul>

<p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se presentan las siguientes estrategias de aceptación radical:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposición abierta y flexible</li> <li>- Dejar estar la mente</li> <li>- Media sonrisa</li> </ul> </li> <li>● Se realiza el ejercicio práctico de conciencia plena de los pensamientos actuales con el fin de detectar pensamientos distorsionados para luego reemplazarlos por otros adaptativos.</li> </ul> <p><b>Tarea:</b> Fichas C y D "Habilidades de aceptación de la realidad"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Entrenamiento en habilidades de aceptación radical</li> <li>● Fichas N° 6 a la 8 y ficha de "tarea de aceptación radical C, D, E" del material "Entrenamiento en habilidades" (folleto de clase), Fundación FORO</li> <li>● Detección y reemplazo de pensamientos distorsionados</li> </ul>
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se introduce el tema de "tolerancia al malestar" y se trabajan las siguientes estrategias de supervivencia en crisis:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distraerse con estrategias de la mente sabia</li> <li>- Proporcionarse estímulos positivos</li> <li>- Mejorar el momento</li> <li>- Pensar en los PROS y CONTRAS</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Tarea:</b> ficha de deberes N°1 "Estrategias de supervivencia a las crisis"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar</li> <li>● Detección de reforzadores positivos</li> <li>● Detección de tareas que generan alto grado de malestar laboral</li> <li>● Ficha N° 1 y ficha de "Deberes de la tolerancia al malestar N°1" del Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite (Linehan, 2012).</li> </ul>
<p>6</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se describe cómo funciona la ansiedad</li> </ul>  <p>Una vez que logremos llegar a ese nivel, debemos permanecer un tiempo en ese lugar para que la ansiedad disminuya paulatinamente. El nivel de ansiedad va a disminuir solo si nos mantenemos ante esa situación de distrés. De lo contrario; si hay una interrupción, solo hará que el nivel de ansiedad se eleve. Capacidad ansiógena de un estímulo aumenta cuando hay EXPOSICIÓN BREVE y disminuye cuando hay EXPOSICIÓN PROLONGADA"</p> <p>“Cuando estamos ante una situación de distrés lo que ocurre con la ansiedad, es que empieza a subir de nivel hasta llegar hasta su máximo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se introduce la naturaleza de la ansiedad y a los 3 sistemas de ansiedad: se le explica al paciente en qué consiste la ansiedad y como funciona nuestro comportamiento cuando padecemos de ansiedad, se presenta el material de "comportamientos de seguridad".</li> <li>● Para ilustrarle mejor en cómo funciona la ansiedad se puede presentar la ficha "Respuesta lucha-huida" que ilustrara las respuestas fisiológicas de la misma.</li> <li>● Y por último para explicar mejor como se funciona la parte cognitiva en dicho trastorno se completa la ficha de "esquema de trabajo cognitivo". Esto ayudará al paciente a entender la lógica de secuencia por la cual pasa el pensamiento ante una conducta de ansiógena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Ansiedad y sus componentes (cognitivos, conductuales y fisiológicos)</li> <li>● Ficha "comportamientos de seguridad" de psychologytools</li> <li>● Ficha "Respuesta lucha-huida" de psychologytools</li> <li>● Ficha "Esquema de trabajo cognitivo" de psychologytools</li> <li>● Reconocimiento de activación fisiológica</li> </ul>
<p>7 – 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se revisa con el paciente en su ficha de evaluación las conductas evitativas que había mencionado. Se eligen 3 de las siguientes para trabajar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de concentración</li> <li>- Falta de interés y ganas de hacer las cosas que tiene que hacer</li> <li>- Realizar actividades alternativas o tareas que le son más fáciles o mecánicas (carga de datos)</li> <li>- Relegar tareas más complejas</li> <li>- Acumulación de tareas y la realización de las mismas de manera apurada</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Detección de pensamientos distorsionados</li> <li>● Análisis de conductas evitativas</li> <li>● Reducción de activación fisiológica</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por una urgencia de terminar las cosas, no respeta procesos de trabajo lo cual hace ser contraproducente</li> <li>- No realizar la parte burocrática del trabajo porque le es tedioso</li> <li>- Llevar trabajo a la casa</li> <li>- Trabajar fuera de hora</li> </ul>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se evalúa sobre reforzadores positivos que actuarían como una alternativa para aumentar la efectividad laboral en momentos que siente malestar, con el fin de disminuir conductas evitativas con conductas más adaptativas y de afrontamiento. Estos reforzadores positivos son los siguientes:</li> </ul> <hr/> <p>1) La opinión de los superiores frente a su trabajo</p> <p>2) Que los superiores lo vean como un funcionario que siempre está dispuesto y que siempre colabora (proyectar esa imagen es un estimulante a seguir trabajando).</p> <p>3) Los aprendizajes le son estimulante cuando porque ejemplo logra entender algo que no entendía, cuando le salen cálculos que antes no le salían y ahora sí, o que alguien le enseñe algo que él no sabía (le resulta gratificante).</p> <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Reemplazo de pensamientos distorsionados por nuevos adaptativos</li> <li>● Detección de reforzadores positivos</li> <li>● Reducción de activación fisiológica</li> </ul>
11 - 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mediante los trabajos previos de detección de conductas evitativas y posibles reforzadores positivos, se aplica un reforzador positivo ante las tareas laborales de alto grado de malestar laboral (también ya previamente identificadas). En esto consistiría en programa de reforzamiento continuo, donde cada vez que tenga la intención de evitar una conducta que me genera malestar, incorporo un reforzador positivo en vez de utilizar una estrategia evitativa.</li> </ul> <p><b>Tarea:</b> puesta en práctica del programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reforzamiento positivo continuo</li> <li>● Aumento de conductas deseables</li> <li>● Disminución de conductas evitativas</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se presenta la técnica de Relajación muscular progresiva de Jacobson y se pone en práctica durante la sesión.</li> </ul> <p><b>Tarea:</b> Práctica de la técnica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jakobson</li> <li>● Disminución de activación fisiológica.</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se introduce la técnica de respiración relajada y se practica en sesión.</li> <li>● Se realiza la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson pero solo centrándose en 4 músculos principales elegidos por el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Entrenamiento en respiración relajada</li> <li>● Ficha de "respiración relajada" de psychologytools</li> <li>● Disminución de activación fisiológica.</li> </ul>

## Conclusión

En esta investigación se elabora una propuesta de intervención hecha a medida, mediante la información obtenida del relevamiento de datos de la evaluación y posterior diagnóstico por lo que se tiene en cuenta que las conductas objeto de intervención son la aceptación radical, la tolerancia al malestar, los pensamientos distorsionados, las conductas evitativas y la activación fisiológica de síntomas ansiógenos.

Para la elaboración de las estrategias, técnicas y materiales a utilizar se establecen contenidos por cada sesión. Los contenidos son Habilidades de

aceptación radical, Ansiedad, Habilidades de tolerancia al malestar y Entrenamiento en relajación.

Para el desarrollo del primer contenido (correspondiente a 3 sesiones de intervención) y el del tercer contenido (correspondiente a 1 sesión de intervención) se utiliza el material de "Entrenamiento en habilidades" (folleto de clase), Fundación FORO, que está basado en el Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite de Marsha Linehan, (1993), así como también Fichas del propio manual propuesto por Linehan.

Para el desarrollo del segundo contenido (correspondiente a 8 sesiones de intervención) se utilizan materiales propuestos por la página psychologytools que nos brindan información sobre la ansiedad y sus componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos. Se realiza mayor énfasis en la detección y reconocimiento de pensamientos distorsionados que mantienen y refuerzan la conducta problema. Se utiliza la información y contenido del manual de tratamiento para el trastorno de la ansiedad generalizada de Brown et al., (2001), además, la estrategia conductual de Alan Kazdin de reforzamiento positivo continuo para aumentar la frecuencia de la aparición de conductas deseadas y adaptativas, así como pensamientos racionales positivos y emociones sanas.

Por último, se desarrolla el cuarto contenido (correspondiente a 2 sesiones de intervención) dando énfasis a dos estrategias de relajación que tienen validez y evidencia científica para la disminución de la sintomatología de ansiedad. Para esto se utiliza la técnica de Jakobson también propuesta en el manual de tratamiento para el trastorno de la ansiedad generalizada de Brown et al., (2001).

Por último, podemos rescatar que una ventaja del programa de intervención diseñado a medida es que el terapeuta selecciona las técnicas a utilizar. Por lo que el mismo debe tener un amplio conocimiento sobre la evolución, diagnóstico y tratamiento del paciente para poder planificar e implementar técnicas y estrategias con evidencia científicas, que mejor se ajusten a las características del paciente.

Para poder comprobar la eficacia del tratamiento implementado, se deberá realizar una postevaluación con los mismos instrumentos utilizados para la evolución y diagnóstico inicial.

## Referencias bibliográficas

- Airaldi, M. C. (2019). *Cartas de psicoeducación emocional. Modelo TREC*. SENSORIUM.
- Álvarez, O. G. O. (2021). Creencias irracionales en estudiantes del nivel secundario de un centro

de educación básica alternativa. *Avances en Psicología* 29 (2), 221-232.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. (5 ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bäbler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación Española de la Escala de Autoeficacia General [Measuring generalized self-beliefs: Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Brown T. A., O'Leary T. A., & Barlow D. H. (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Nueva York: Guildford Press.
- Buela-Casal, G (2008, marzo 07-08). *Formulación clínica de casos en trastornos del comportamiento* [Conference sessions]. IV Congreso Internacional Multidisciplinar sobre Trastornos del Comportamiento en Menores, Es Baluard Museu d'Art Modern i Contemporani de Palma. Plaça Porta de Santa Catalina, 10. Palma de Mallorca., Palma de Mallorca, Mallorca, España.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile* 138, 551-557.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- Cohen, S., Kamarch, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. doi:10.2307/2136404
- Derogatis, L. R, Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9,13-27.



- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. *Rational Living*, 15(1), 25-30.
- Fundación FORO (2018). *Entrenamiento en habilidades* (folleto de clase). Olazabal 2015, Buenos Aires, Argentina.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological psychiatry*, 44(12), 1248-1263.
- Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo y conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Linehan, M. M. (1993). *Manual de formación de habilidades para el tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. The Guilford Press.
- McKay, E., & Navas, R. (2008). Inventario de creencias irracionales. *Psichometric*.
- Moreno Bermúdez, J. B., Pérez García, A. M., Rueda Laffond, B., Ruíz Caballero, J. A., & Sanjuán Suárez, P. (2012). *Psicología de la personalidad*. Editorial UNED.
- Nava, M., Castillo, C. A., Littlewood, H. F., Heman, H., & Legal, L. (2013). Estructura factorial de la "Escala de actitudes y creencias": réplica del estudio de Heman y Niebler.
- Riofrio - Cotrina, J. M., & Villegas - Cobeñas, M. R. (2016). Distorsiones cognitivas según niveles de dependencia emocional en universitarios - Pimentel. *Rev. Paian*, 7(1).
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2012). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Sampieri, R. (2015). *Metodología de la Investigación*. (6 ed.). México DF: Mc Graw Hill.
- Sánchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety as an Emotional State*. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, 1, 23-49. New York: Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>
- Spielberger, R. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2011). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). *STAI Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo*. Adaptación española Buela-Casal, G., Guillén Riquelme, A., & Sededos Cubero, N. (9 ed.). Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.U.
- Trujillo, H. M., & González-Cabrera, J. M. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española de la "Escala de estrés percibido" EEP. *Psicología Conductual*, 15(3), 457-477.
- Zheng, Y., Wong, T. C., Leung, B. H., & Poon, C. C. (2016). Unobtrusive and multimodal wearable sensing to quantify anxiety. *IEEE Sensors Journal*, 16(10), 3689-3696.