



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON
UN CUADRO CLÍNICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Meza Chuquipoma, Melissa Marilyn

Asesora:

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID: 0000-0003-0214-481X

Jurado:

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima - Perú

2024

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON UN CUADRO CLINICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

18%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Jara Ortega, Carmen Reynalda. 2019 Fuente de Internet	1%
2	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	1%
3	opac.fmoues.edu.sv Fuente de Internet	1%
4	salme.jalisco.gob.mx Fuente de Internet	1%
5	tauja.ujaen.es Fuente de Internet	1%
6	childrenscenternm.org Fuente de Internet	1%
7	renatiqa.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON UN
CUADRO CLÍNICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de la segunda especialidad profesional

en Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Meza Chuquipoma, Melissa Marilyn

Asesora

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID: 0000-0003-0214-481X

Jurado

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima – Perú

2024

Pensamientos

“Si nuestro pensamiento es claro y sencillo, estamos mejor equipados para alcanzar nuestras metas”.

Aaron Beck

“Toda persona tiene capacidad para cambiarse a sí mismo”.

Albert Ellis.

Dedicatoria

A Dios, quien con su infinito amor me demuestra que jamás estoy sola.

A mis padres, por su apoyo incondicional y aliento constante. Son mi fortaleza y orgullo.

A “Tivi” por ser mi compañero en las interminables amanecidas, sus ladridos me mantenían despierta.

Agradecimiento

A Dios, por regalarme salud y bienestar para concluir una meta más en mi formación profesional.

A mis padres y hermanos por su apoyo constante y motivación para seguir adelante.

Mi profundo agradecimiento a los docentes de la facultad de Psicología de mi alma mater la Universidad Nacional Federico Villarreal por aportar con sus conocimientos a mi formación profesional y en especial a mi asesora Mg. Miriam Casquero por su paciencia y asesoría constante en el presente trabajo académico.

Índice

Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
I. Introducción.....	10
1.1. Descripción del problema.....	11
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Antecedentes internacionales	13
1.2.2. Antecedentes nacionales.....	15
1.2.3. Fundamentación teórica.....	17
1.3. Objetivos	31
1.4. Justificación.....	31
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	32
II. Metodología	33
2.1. Tipo y Diseño de investigación.....	33
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	33
2.3. Variables de investigación	33
2.3.1. Variable dependiente	33
2.3.2. Variable independiente	34
2.3.3. Variable control	34
2.4. Participante.....	34
2.5. Técnicas e instrumentos	34

2.5.1. Técnicas	34
2.5.2. Instrumentos	39
2.5.3. Evaluación psicológica	41
2.5.4. Evaluación psicométrica.....	47
2.5.5. Informe Psicológico integrado.....	51
2.6. Intervención.....	58
2.6.1. Plan de intervención y calendarización	59
2.7. Procedimiento.....	72
2.8. Consideraciones éticas	74
III. Resultados	75
3.1. Análisis de resultados.....	75
3.2. Discusión de resultados.....	77
3.3. Seguimiento.....	80
IV. Conclusiones.....	82
V. Recomendaciones.....	84
VI. Referencias	85
VII. Anexos.....	91

Índice de tablas

Tabla 1. Diagnóstico funcional	54
Tabla 2. Análisis funcional de las conductas problema	55
Tabla 3. Diagnóstico cognitivo	56
Tabla 4. Diagnóstico tradicional: Criterios según el CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada	57
Tabla 5. Plan de intervención.....	59
Tabla 6. Tabla de Procedimiento: Fase de Evaluación	72
Tabla 7. Procedimiento: Fase de Intervención.....	73
Tabla 8. Puntaje del nivel de ansiedad según el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en el pretest y post test	75
Tabla 9. Puntaje del pretest y post test del Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis	76
Tabla 10. Registro del pretest y post test de la Unidad Subjetiva de Medida de frecuencia de manifestaciones fisiológicas	77
Tabla 11. Registro de pretest y post test de la Unidad Subjetiva de Medida de la intensidad de las emociones pre y post test.....	77

. Resumen

El presente estudio de caso de intervención cognitivo conductual se realizó en una mujer adulta de 26 años, quien presenta indicadores de ansiedad generalizada de acuerdo a los criterios del CIE-10. El tipo de diseño utilizado fue el bicondicional A-B, este diseño permite elegir al sujeto, aplicar una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda evaluación. Para la evaluación del caso se realizó la entrevista conductual y la aplicación del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). El programa consto de 13 sesiones con un tiempo de duración de 50 minutos, una vez por semana. Se aplicaron las técnicas de relajación (respiración diafragmática y muscular progresiva), reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales mediante la comunicación asertiva y gestión de emociones (enojo). Se describe el procedimiento en cada una de las fases de intervención, así como los resultados obtenidos.

Palabras clave: intervención cognitivo conductual, trastorno de ansiedad generalizada, técnicas cognitivo conductual

Abstract

The present case study of cognitive behavioral intervention was carried out in a 26-year-old adult woman, who presents indicators of generalized anxiety according to the ICD-10 criteria. The type of design used was the biconditional A-B, this design allows the subject to be chosen, apply an evaluation prior to the administration of some stimulus and finally carry out a second evaluation. To evaluate the case, a behavioral interview and the application of the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI), the Albert Ellis Irrational Beliefs Inventory and the Beck Depression Inventory (BDI-II) were carried out. The program consisted of 13 sessions with a duration of 50 minutes, once a week. Relaxation techniques (diaphragmatic and progressive muscular breathing), cognitive restructuring, social skills training through assertive communication and emotion management (anger) were applied. The procedure is described in each of the intervention phases, as well as the results obtained.

Keywords: cognitive behavioral intervention, generalized anxiety disorder, cognitive behavioral techniques

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) en el año 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes. En el primer año de la pandemia por Covid-19 la prevalencia mundial de la ansiedad generalizada y depresión se incrementó en un 25%, de acuerdo con un informe presentado por la OMS.

La ansiedad nos impulsa a hacer frente a situaciones estresantes permitiéndonos adaptarnos a la vida. Cuando una persona experimenta la ansiedad con mayor intensidad y frecuencia en su aparición presenta limitaciones para desenvolverse con naturalidad en las diferentes áreas de su vida, presentando síntomas físicos como: sudoración, tensión muscular, taquicardia, mareos, dolores de cabeza, náuseas, dolores estomacales e inquietud, así también síntomas cognitivos: pensamientos negativos en relación con ver el lado peligroso de las situaciones, y de que algo malo podría ocurrir. Finalmente, síntomas conductuales: Impulso de realizar actividades de manera casi automática y necesidad de mantenerse a salvo evitando enfrentarse a las situaciones temidas.

El cuadro de ansiedad generalizada presenta los signos y síntomas de la ansiedad y se añade la preocupación excesiva en relación con acontecimientos futuros, los contenidos de las preocupaciones se focalizan en sus relaciones interpersonales, familiares, de trabajo, académicos, además presenta dificultad para concentrarse, irritabilidad, inquietud, tensión muscular y trastorno del sueño.

En el presente trabajo se realizó un programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en una mujer de 26 años. El estudio de caso clínico se realizó de la siguiente manera:

En el primer apartado, se desarrolló el planteamiento del problema, los antecedentes y el marco teórico, el objetivo general y objetivos específicos y la justificación para la elaboración del programa de intervención cognitivo conductual en el presente estudio de caso.

En el segundo apartado, se desarrolló la metodología del estudio donde se expone el tipo y diseño del caso, el ámbito temporal y espacial, las variables y las técnicas e instrumentos utilizados en la intervención cognitivo conductual, así como los informes psicológicos y se detalla el plan de calendarización y de intervención.

En el tercer apartado, se presentó el contenido del análisis y la discusión de resultados de los de la intervención psicológica brindada a la paciente. En el cuarto apartado, se brindan las conclusiones. En el quinto apartado, se plantean las recomendaciones.

Se culminó la presentación brindando las referencias de los autores que aportaron con sus investigaciones el sustento teórico y metodológico para el desarrollo del estudio de caso.

1.1. Descripción del problema

En el año 2023 la OMS, indica que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes del mundo, afectando en el 2019 a 301 millones de personas, entre los trastornos de ansiedad mencionados tenemos al trastorno de ansiedad generalizada, caracterizado por una preocupación excesiva.

En el año 2021, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el boletín Desastres: Preparativos y Mitigación en las Américas, señala que se realizó una encuesta en 30 países en todo el mundo, más de la mitad de los participantes de Chile, Brasil, Perú y Canadá expusieron que su salud mental había empeorado desde el comienzo de la pandemia, superando el promedio global del estudio de 45%. En 2020, durante la pandemia de COVID-19, los trastornos depresivos graves aumentaron un 35 % y los trastornos de ansiedad un 32 %.

Los trastornos de ansiedad es el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas, ocupando Brasil la primera posición (7,5%);

seguido de Paraguay (6,8%), Chile (5,5%), Perú (5,3%) y Venezuela (3,6%). América del Norte muestra la menor discapacidad; Estados Unidos (4,1%), seguida de México (3,6%), Canadá (3,4%). Dentro los que se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada (OPS, 2018)

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2018) realizó un estudio en Lima donde se entrevistó a un total de 10,885 pacientes que asistieron a ocho diferentes hospitales y diecisiete centros de salud. Se concluye que la prevalencia anual de los trastornos de ansiedad en general es de 2,5%. La presencia de trastornos mentales es mayor entre las edades de 25 a 44 años. Asimismo, se concluye que el 37,2% de los pacientes encuestados han experimentado algún trastorno mental alguna vez en sus vidas.

Saavedra et al. (2022) en el estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana encontraron que un tercio de la población de Lima Metropolitana había padecido algún trastorno mental alguna vez en su vida. Siendo el episodio depresivo el más frecuente (13,6%), seguido de trastorno de ansiedad generalizada (4,1%).

El Ministerio de Salud (MINSU, 2023), informó que la ansiedad ocupa el primer lugar en la atención por problemas o trastornos de salud mental en el país, alcanzando un total de 433 816 casos diagnosticados en el año 2022.

La problemática del trastorno de ansiedad afecta a un número considerable de la población, como lo mencionó el Dr. Nizama, psiquiatra y miembro del INSM, que la ansiedad está afectando a una de cada tres personas, esto causado al confinamiento obligatorio, aislamiento social decretado por el Estado como alternativa para disminuir los contagios del covid-19. (Nizama, 2021, como se citó en Velasco 2022).

En este sentido, de acuerdo con las investigaciones realizadas en estos últimos años y con la aparición de la pandemia de covid-19 los diversos trastornos de salud mental han ido incrementándose, en especial los trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno de ansiedad

generalizada, debido a las preocupaciones excesivas en relación con la posibilidad de contagio, salud de familiares, inestabilidad laboral y económica a los que se encuentran expuestas las personas.

El presente trabajo académico, tiene como finalidad aplicar un programa de intervención psicológica basado en terapia cognitivo-conductual (TCC) en una mujer adulta diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada.

Por lo antes expuesto, es necesario ¿Conocer la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada?

1.2. Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente en base de datos, repositorios, revistas, tesis, artículos, en sitios web tales como Scielo, Dialnet, Redalyc y otros encontramos la información relacionada con la variable de estudio, considerándose solo registrar para el estudio los antecedentes que tenía mayor similitud con el caso clínico, los siguientes antecedentes se detallan a continuación.

1.2.1. Antecedentes internacionales

En España, Collado (2020) realizó un estudio de caso titulado Evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada, en un paciente varón de 39 años, presentó los resultados obtenidos tras la aplicación de un tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales (el entrenamiento en relajación, la exposición en imaginación y la gestión del tiempo, la planificación de actividades agradables y el entrenamiento en habilidades sociales) que han sido frecuentemente utilizadas para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad. Como resultado de la intervención, el paciente mediante la exposición en imaginación permitió reducir la frecuencia, duración e intensidad de las preocupaciones relacionadas con la madre. Por otro lado, la práctica de la relajación progresiva muscular hizo posible disminuir los síntomas fisiológicos relacionados

con la ansiedad, al verse disminuidos los niveles de ansiedad basal. En cuanto al estado de ánimo, se concluye que la planificación de actividades agradables fue efectiva para mejorar el estado de ánimo del paciente. Por su parte, el entrenamiento en habilidades sociales también mejoró las habilidades sociales del paciente; concluyéndose la eficacia de la intervención realizada.

En Colombia, Pabuena (2019) realizó un estudio de caso clínico titulado *Evaluación e intervención clínica de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo Cognitivo Conductual en el que expone el proceso terapéutico realizado con un paciente adulto medio, que presentó sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) desarrollándose el plan de intervención durante 10 sesiones. Para la evaluación del caso se realizaron entrevistas, observaciones, autor registros, aplicaciones de pruebas como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. En el plan de intervención se implementaron técnicas como la reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas, inoculación del estrés, exposición simbólica, psicoeducación. Se lograron los objetivos terapéuticos de reducir la sintomatología y contribuir con los cambios relacionados con el sistema de creencias, estrategias de afrontamiento funcionales y control emocional, lo cual indicaba la efectividad del tratamiento.*

En España, García, et al. (2012) realizaron un estudio orientado al *Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada*, presentando el caso de una mujer de 36 años que solicitó ayuda por la presencia de crisis de angustia. Tras la evaluación los autores consideraron que, el foco central del problema era la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente. Se realizaron 43 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual, dos de ellas con el esposo. Se abordaron las crisis de angustia mediante psicoeducación, entrenamiento en respiración controlada y reestructuración

cognitiva; y las preocupaciones excesivas mediante control de estímulos, entrenamiento en resolución de problemas, experimentos conductuales y exposición imaginal. Los informes de la paciente y los cuestionarios indicaron una mejora clínicamente significativa, en la que, los autores consideraron que los experimentos conductuales y la exposición imaginal jugaron un papel muy importante.

1.2.2. Antecedentes nacionales

En Abancay, Huamani (2022) presentó un programa de Intervención Cognitivo Conductual en una mujer adulta con Ansiedad Generalizada, con una edad de 28 años quien presenta trastorno de ansiedad generalizada, el diseño experimental utilizado el de caso único A-B-A. Para la evaluación sintomatológica utilizó instrumentos como registro de opiniones de Ellis y Escala de Ansiedad (BAI). El programa constó de 9 sesiones: psicoeducación, entrenamiento en respiración, relajación de Jacobson, y reestructuración cognitiva. Los resultados del programa de tratamiento mostraron una disminución del 85% de la sintomatología ansiosa, de las emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores.

En Lima Metropolitana, Velasco (2022) elaboró un programa en Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer adulta, se trató de en una paciente de sexo femenino de 58 años de edad, quien presentó sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): preocupación constante por el aspecto personal, familiar, pareja y social; presentó sintomatología fisiológica asociada al TAG como palpitaciones al corazón, tensión muscular, sudoración, temblores, dificultad para respirar, entre otros síntomas. El objetivo principal de la intervención cognitiva conductual fue reducir la ansiedad, para ello se realizaron 12 sesiones en un periodo de 04 meses, 60 minutos cada sesión. Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos psicológicos: la entrevista psicológica, la Escala de autovaloración de depresión de Zung, la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

y el Registro de Opiniones – Forma A de Ellis. Se realizó un plan de tratamiento cognitivo conductual basado en la aplicación de las siguientes técnicas: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la relajación progresiva muscular de Jacobson, visualización positiva y resolución de problemas. Como resultados se obtuvo que la paciente redujo sus niveles de ansiedad a través de la terapia cognitivo conductual, logrando a su vez reducir su sintomatología fisiológica asociada al trastorno de ansiedad generalizada, reducir sus creencias irracionales e incorporar habilidades de afrontamiento; lo que conlleva a demostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

En Lima, Calero (2022) desarrolló un programa de Intervención Cognitivo Conductual para la Ansiedad Generalizada en una madre de una niña con trastorno del espectro autista, con la finalidad de disminuir la sintomatología de la ansiedad generalizada de una mujer adulta de 38 años, madre de una hija con Trastorno Espectro Autista (TEA). Se realizó el abordaje bajo el diseño cuasi experimental del caso único AB. Para la evaluación del caso se aplicaron instrumentos de evaluación como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Registro de Opiniones Forma- A, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) y la Escala de Habilidades Sociales. El programa de tratamiento incluyó técnicas como entrenamiento en respiración diafragmática, entrenamiento de relajación de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y en resolución de problemas. Los resultados demostraron una disminución significativa en la frecuencia de los síntomas somáticos y pensamientos distorsionados de la ansiedad generalizada. Se concluye que la terapia cognitivo conductual tuvo eficacia en el caso de trastorno de ansiedad generalizada.

En Lima, Maraví (2020) elaboró un programa de Intervención Cognitivo Conductual de una usuaria adulta con Trastorno de Ansiedad Generalizada, se presenta el caso de una mujer adulta, de 43 años, quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG). En dicho caso, se

realiza un abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual bajo el diseño experimental de caso único multicondicional ABA. Con el objetivo de mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la identificación y modificación de preocupaciones patológica y pensamientos distorsionados, además de la adquisición de nuevos estilos de pensamiento que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana, a través de la aplicación de técnicas cognitivo y conductuales y la aplicación de pruebas psicométricas, análisis funcional, análisis cognitivo, diagnóstico funcional y la mediciones antes, durante y después del proceso de intervención a través del uso de la línea base. Evidenciándose que el trastorno de ansiedad generalizada disminuye la frecuencia de la preocupación lo que favoreció la disminución de la intensidad de la ansiedad de 54% a 14% de este caso.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Terapia cognitiva conductual. Para Vernon y Doyle (2018) argumentan que, la Terapia Cognitiva Conductual (En adelante, TCC) es una forma de psicoterapia que busca resolver problemas actuales, emociones y conductas disfuncionales, reconociendo el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje, en los problemas psicológicos (Mendoza, 2020).

Los enfoques en la TCC plantean que los pensamientos están conectados a las emociones y conductas, y por lo mismo, los trastornos emocionales y de conducta son, en parte, función de los trastornos cognitivos. Asimismo, se focalizan en cambiar lo que las personas piensan, sienten y se comportan para disminuir la psicopatología y promover el bienestar.

La TCC busca reducir el malestar emocional o la conducta no deseada, brindando a la persona experiencias nuevas de aprendizaje (DiGiuseppe et al., 2018, como se citó en Mendoza, 2020). Asimismo, Zaldivar (2013) señala que los autores de mayor reconocimiento de este modelo terapéutico son Albert Ellis y Aaron Beck (Díaz et al., 2016, como se citó en

Mendoza, 2020). A continuación, se realizó una breve reseña acerca de los modelos pioneros de la Terapia Cognitivo Conductual.

A. *Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)*. Fue creada por el psicólogo estadounidense Albert Ellis en 1955, su interés marcado por la filosofía lo llevó a estar convencido que las creencias y formas de pensar influyen decididamente en las emociones y comportamientos de las personas. La TREC plantea el modelo del ABC como eje central de su teoría: El Componente A, evento activador, que comprende la descripción de un evento real y específico, así como el significado (inferencia) que la persona tiene acerca del mismo. Seguido del componente B, sistema de creencias, que está conformado por las creencias centrales, reglas de vida y evaluaciones que las personas tienen y les permiten dar un sentido a sus experiencias. Se desarrollan desde la infancia, incluyen lo que la persona cree de sí, de los demás y del mundo. Pueden ser racionales e irracionales. El ultimo componente C, que son las consecuencias emocionales y conductuales que surgen respecto a la adversidad representada por el componente A y las creencias que se activan y se mantienen respecto a dicha adversidad en el componente B. Las consecuencias pueden resultar funcionales o disfuncionales.

El objetivo de la TREC consiste en identificar, debatir y cambiar las creencias irracionales por creencias racionales y adaptativas. Por lo que, a través del debate, medio principal para modificar los pensamientos o creencias irracionales, se agrega un nuevo componente D. El debate tiene la finalidad de poner a prueba las creencias del paciente, tomando sus pensamientos como hipótesis y utilizando idealmente el diálogo socrático a través de una serie de preguntas (Ferrero y Vargas, 2021).

B. *La Terapia Cognitiva (En adelante, TC) de Beck*. Desarrolló la terapia cognitiva a principios de los años sesenta, en un inicio como un tratamiento estructurado y breve para la depresión, sin embargo, posteriormente se adaptó para ser aplicada a varios trastornos psiquiátricos. La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las

emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma lo que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto, la forma en que sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre una situación.

Para la TC, lo fundamental es que en trastornos emocionales como la depresión existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, cuando se está interpretando un estímulo se activan esquemas cognitivos negativos que llevan a cometer distorsiones en la apreciación del estímulo para facilitar un procesamiento coherente con los contenidos del esquema cognitivo (Mendoza 2020).

1.2.3.2. Intervención Cognitivo Conductual. La intervención cognitivo conductual (En adelante, ICC) es definida como un abordaje psicoterapéutico breve, estructurado, orientado para el presente, cuyo objetivo es modificar pensamientos y conductas disfuncionales. La ICC se basa en el principio del interaccionismo de los aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales del individuo con el ambiente (Habigzang et al., 2019). Asimismo, Pesantes (2022) señaló que la ICC es un modelo de procedimiento con base en la modificación de pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para afrontar los inconvenientes. Está constituida por técnicas estructuradas que se ponen en práctica tras una evaluación de la sintomatología del paciente.

Ingram y Scott (1990) señalan que la ICC parte del supuesto que las personas organizan sus respuestas con base a las representaciones cognitivas que hacen de su medio ambiente, que las cogniciones median el proceso de aprendizaje y por tanto las disfunciones emocionales y conductuales debido a que hay una estrecha interrelación de los procesos cognitivos con los procesos afectivos y conductuales (Monroy et al., 2023).

La ICC, es un enfoque centrado en el problema y tiene como objetivo reducir el malestar emocional, aumentando el comportamiento adaptativo. Los terapeutas cognitivo-conductuales

llevan a cabo las intervenciones de forma estratégica, de tal manera que realizan una formulación del caso personalizada, un trabajo colaborativo, orientados a la consecución de objetivos y evaluando su eficacia a través de los datos que se recopilan del paciente (Ceja et al., 2023).

La intervención cognitivo conductual reúne una variedad de técnicas, y procedimientos de intervención psicológica que son empleadas para el tratamiento de las personas con problemas y trastornos psicológicos. Entendiendo que las personas se ven afectadas en la interacción social y familiar, la terapia cognitivo conductual utiliza técnicas para desarrollar habilidades que ayudan y favorecen al individuo en su adaptación en el entorno donde se desenvuelven, mejorando su calidad de vida y su estado emocional (Ruiz et al., 2012). Por ello, la ICC tiene las siguientes características:

- Tiene como objetivo de tratamiento las conductas observables y encubiertas, los cuales pueden ser medidos y evaluados según sea la conducta o conductas para intervenir.
- El objeto de intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas desadaptadas y enseñando conductas adaptadas según la necesidad del paciente.
- La ICC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual.

Para los objetivos del procedimiento planteado, se usará este enfoque orientado en el abordaje del trastorno de ansiedad generalizada.

1.2.3.3. Ansiedad Generalizada. Los trastornos de ansiedad (TA) son caracterizados por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan peligro real para él o la paciente. Muestran una etiología compleja,

se reconoce el componente genético y factores estresantes debido a acontecimientos de la vida (Chacón et al., 2021). De acuerdo con las características y sintomatología de los trastornos de ansiedad (TA), el Manual de Criterios Diagnósticos del DSM-V (Chacón et al., 2021), los clasifica de la siguiente manera:

A. Trastorno de ansiedad por separación. Se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva que presenta un niño concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, como, por ejemplo, familiares.

B. Mutismo Selectivo. Se identifica como la dificultad constante de hablar en situaciones sociales en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones en las que la persona se siente segura o en confianza. Esto podría interferir en los logros educativos, laborales o en la comunicación social.

C. Trastorno de Pánico. Es la aparición repentina de miedo intenso, sin peligro aparente, en la cual la persona puede sentir que pierde el control, estos síntomas se pueden presentar en cualquier momento o en cualquier lugar, encontrándose en un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

D. Agorafobia. Es el miedo intenso que puede presentar una persona al encontrarse en espacios abiertos o cerrados. Es así, que la persona evita o teme enfrentarse a estas situaciones porque piensa que sería difícil escapar de esa situación, sintiéndose indefenso.

E. Fobia específica. Es el miedo intenso que puede presentar una persona ante situaciones específicas como, por ejemplo: volar, alturas, animales, sangre, etc.

F. Trastorno de ansiedad social. Se caracteriza por un temor intenso frente a una o más situaciones sociales en las que la persona se siente observada o juzgada por otros, dificultando la posibilidad de hablar, escribir o comer en público. Algunos ejemplos son las interacciones sociales entre ellas: mantener una conversación, ser observada cuando está comiendo o bebiendo algo, el reunirse con personas extrañas, etc.

G. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se caracteriza por una constante preocupación en relación con situaciones académicas, familiares, laborales, etc. Que dificultan su concentración y desenvolvimiento en actividades diarias.

H. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos. Caracterizado por el consumo de una sustancia o medicamento que pueda desencadenar ataques de pánico o síntomas de ansiedad.

I. Trastorno de ansiedad por enfermedad médica. Relacionada a la intoxicación por la ingesta o retirada de algún medicamento debido a tratamiento médico que puede producir síntomas de ansiedad. El trastorno es la consecuencia fisiopatológica de otra afectación médica.

J. Otros trastornos de ansiedad especificado o no especificado. Estas categorías son para los trastornos con síntomas de ansiedad que no corresponden a ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

1.2.3.4. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). El trastorno de ansiedad generalizada se define por la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros; quien la padece tiene dificultades para controlar los pensamientos de preocupación sobre actividades rutinarias, como las relacionadas con la salud, el trabajo o la familia. Estas preocupaciones interrumpen el funcionamiento normal de la persona porque suelen ser invasivas, pronunciadas y angustiantes, además de que se presentan sin detonantes claros y se acompañan de malestares físicos como inquietud, irritabilidad, tensión en el cuerpo, fatiga y dificultad para concentrarse o dormir (Gaitán et al., 2021).

Clark y Beck (2012) definen al TAG como un estado persistente de ansiedad generalizada que conlleva la preocupación crónica, excesiva y generalizada que va acompañada por síntomas físicos o mentales de ansiedad que originan angustia o un deterioro significativo del funcionamiento diario.

Para Barlow (2002), como se citó en Clark y Beck (2012), el TAG puede distinguirse por la mayor frecuencia y gravedad de las preocupaciones relativas a diversas circunstancias vitales, especialmente tareas menores o misceláneas, así como por la tensión muscular asociada a las mismas.

El TAG se diferencia de otros trastornos de ansiedad en que no posee un objeto focal específico de miedo, ansiedad o preocupación. Así, la preocupación del TAG no se asocia a un miedo particular, sino que comprende un rango amplio de temas variados y/o preocupaciones (Armutio, 2011).

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico (Díaz et al., 2011).

Para Reyes (2010) el TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad. El TAG es de comienzo insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua más que episódica. La característica principal es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia. El paciente con trastorno de ansiedad generalizada centrará su consulta y preocupación en síntomas físicos, por lo que se hace necesario preguntar sobre los demás:

- Tensión mental: Preocupaciones, sensación de tensión o nerviosismo, dificultades de concentración.
- Tensión muscular: Inquietud, cefalea de tensión, temblores, incapacidad para relajarse.
- Síntomas físicos de alarma (hiperactividad vegetativa): Mareos, sudoración, taquicardia, sequedad de boca, molestias epigástricas.

Los síntomas de ansiedad deben de estar presente la mayor parte de los días, durante al menos varias semanas seguidas. Con frecuencia están desencadenados por sucesos estresantes en aquellos pacientes con tendencia crónica a preocuparse.

Bados (2015) señala que la característica principal del TAG es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita. En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse.

1.2.3.5. Modelos explicativos del trastorno de ansiedad generalizada. El primer modelo es el siguiente.

A. Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow. Que define la aprensión ansiosa como un proceso ubicado en los diferentes trastornos de ansiedad, sobre todo en el TAG. Esta, se

inicia cuando la persona percibe un suceso estimular que conlleva proposiciones almacenadas en la memoria a largo plazo, desencadenando una activación fisiológica y sensaciones de incapacidad, impredecibilidad e incontrolabilidad. En resumen, este modelo propone que la preocupación es patológica e incontrolable y se origina luego de la activación de un esquema cognitivo de incapacidad (Barlow, 1988).

B. Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec y Cols. Que posteriormente, en 2004 se unieron Alcaine y Behar: Este modelo considera la preocupación como un intento verbal-lingüístico para evitar imágenes catastróficas asociadas a estímulos aversivos. Según Borkovec, la preocupación requiere una motivación para actuar frente a una amenaza, y así encontrar una solución al problema. Aunque, esta preocupación sería considerada como patológicamente intenta evitar. Todo esto, supone una activación fisiológica y crea un círculo vicioso. Por lo tanto, la preocupación patológica es la tendencia que tienen los individuos de percibir el mundo como un sitio peligroso (Borkovec y Cols, 1194).

C. Modelo metacognitivo de la preocupación y del trastorno de ansiedad generalizada de Wells. Considera que la preocupación patológica emerge del origen y el mantenimiento de creencias metacognitivas positivas que aluden al mismo proceso de preocupación, por ejemplo, “cuanto más tiempo dedique a preocuparme, menos sufriré”. Estas creencias tienen lugar por dos tipos de procesos, por un lado, el aprendizaje por modelado de las figuras parentales con tendencia a la preocupación, y por otro refuerzo negativo que acontece cuando después de preocuparse no se interpretan amenazas. El TAG se caracteriza por la aparición de las metas preocupaciones, es decir, “preocuparse de estar preocupado” (Wells, 2006).

D. Modelo de la intolerancia a la incertidumbre de Dugas. Asocian la etiología y el mantenimiento de las preocupaciones excesivas con la intolerancia a la incertidumbre. Esta última, hace referencia a la tendencia de la persona para actuar negativamente ante un suceso incierto, sin importar la probabilidad de que ocurra ni las consecuencias que pueden tener lugar.

Este modelo pone de manifiesto que cuanto más elevado sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, mayor serán las reacciones, dando lugar a una alta activación emocional, hipervigilancia y un estado de evitación cognitiva (Dugas, 1998).

E. Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey. Inducida por el estado de ánimo de Davey (2006) alude que las personas “preocupadas” utilizan la preocupación para intentar solucionar los problemas, aunque con escasa confianza en sí mismas para resolverlos. La característica fundamental de la preocupación patológica es la perseverancia cognitiva disfuncional que propicia la baja autoconfianza y la valoración positiva de las preocupaciones.

F. Modelo Cognitivo de la ansiedad. En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una afirmación: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los pacientes muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. La cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto tal y como se indica en el siguiente diagrama: Situación provocadora → Pensamiento/ Valoración ansiosa → Sentimiento de ansiedad

Las personas suelen asumir que son las situaciones y no los pensamientos (valoraciones) los causantes de su ansiedad. Por ejemplo, el que una persona presente un trabajo expositivo frente a sus compañeros. Ante esta situación, la persona puede pensar en equivocarse mientras dicta su discurso expositivo o tal vez olvidarse lo ya estudiado con anterioridad, omitiendo alguna información dudando de su preparación. Es así que, el nivel de ansiedad se elevará si la persona se siente insegura de sus conocimientos y preparación mientras que el nivel de ansiedad disminuirá si la persona se siente segura y confiada en sus conocimientos. Del ejemplo anterior se puede entender que no es la situación la que determina

el incremento del nivel de ansiedad si no la interpretación que se realiza de la situación, los pensamientos (valoraciones) que se tiene ante dicha situación (Clark y Beck, 2012).

El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales. En este sentido, la persona realiza valoraciones ante las situaciones que consideran peligrosas o amenazantes para ella, generando reacciones a nivel fisiológico, cognitivo y emocional que si no son tratadas de manera oportuna pueden interferir en el desarrollo de sus actividades cotidianas (Clark y Beck, 2012).

1.2.3.6. Técnicas Cognitivo-Conductuales. Para el estudio las técnicas que se mencionan a continuación fueron utilizadas en el presente caso clínico.

A. Psicoeducación. Es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que el paciente padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al paciente de lo que se sabe científicamente sobre su problema. Se intenta que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y de su núcleo familiar. Caracterizada por proporcionar a los participantes una información actualizada y comprensible acerca de la problemática presentada facilitando la comprensión y habilidad de afrontamiento (Caballo, 2005).

B. La Técnica de Respiración Diafrágica. Es el entrenamiento en respiración se considera como una forma de relajación, que a menudo, se incluye entre los procedimientos de relajación para el estrés y la ansiedad. Cuando los individuos se encuentran en situaciones ansiosas o estresantes inician, muchas veces, un tipo de respiración rápida y superficial. Los procedimientos de respiración controlada entrenan a los individuos para ser más conscientes de su respiración disfuncional y para sustituir esta por una respiración diafrágica más lenta y acompasada de aproximadamente 8-12 inhalaciones por minuto. La respiración controlada

es una estrategia de relajación relativamente rápida y sencilla que puede usarse para contrarrestar la respiración rápida y superficial que, muchas veces, contribuye al aumento de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

C. La técnica de Relajación muscular progresiva de Jacobson. Esta técnica fue desarrollada por Edmund Jacobson en el año 1939, quien en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago comprobó que percibiendo las sensaciones que provocan tensar y destensar grupos de músculos se inducía a un estado de relajación profunda. La tensión y relajación de técnica de relajación muscular de Jacobson, es, en la actualidad, una de las técnicas más usadas en terapia cognitiva conductual, el cual consiste en entrenar a los pacientes en tensar grupos de músculos haciendo fuerza, pero sin que esto genere dolor, y mantener dicha tensión durante aproximadamente 7 segundos, todo ello mientras percibe las sensaciones que brindan el tensar y relajar (Ruiz et al., 2012). La técnica consiste en dos pasos muy sencillos que se trabajan por grupos de músculos, el primer paso consiste en tensar y el segundo paso consiste en relajar, todo ello mientras se le presta atención a las sensaciones que ambos pasos provocan.

D. La técnica Detención y Distracción de pensamiento. La detención del pensamiento, descrita por Wolpe (1958) se emplea para contrarrestar los pensamientos de preocupación. Si un paciente informa sobre dichos pensamientos en su repaso semanal, pueden emplearse para enseñar el método de la detención del pensamiento. El procedimiento consiste en pedirle a la paciente que cierre los ojos y verbaliza en voz alta sus preocupaciones. El terapeuta grita en voz alta “BASTA”, en este momento los pensamientos se detendrán. A continuación, se procede a entrenar a la paciente para que realice todo el proceso por ella misma. Finalmente se entrena a la paciente a reemplazar el pensamiento desagradable por otro distractor (Caballo, 2005).

E. La técnica de Reestructuración Cognitiva. Que está centrada en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados), se centra en

el significado analiza la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información (Ruiz et al., 2012). Asimismo, Clark y Beck (2012) indican que, la reestructuración cognitiva, tiene como objetivo el modificar distorsiones y sustituirlas por otras que resulten más adaptativas y realistas para el paciente, pero antes, se explica al paciente la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta; para luego identificar los pensamientos automáticos que aparecen ante determinadas situaciones; posteriormente, se explorara las reglas, suposiciones y valoraciones que se encuentran asociadas a los esquemas centrales del paciente en cuanto a si mismo, el mundo y los demás. El abordaje propio de la reestructuración cognitiva se centra más en las valoraciones de la amenaza que el contenido de esta. El aspecto fundamental es establecer si se está extremando la posibilidad de la amenaza y si se está minimizando el potencial para enfrentar, y no enfocarse en la posibilidad de ocurrencia de la amenaza.

F. El Debate Socrático. Se trata de una de las técnicas centrales y definitorias de la reestructuración cognitiva. Es el cuestionamiento verbal, que incorpora preguntas, resúmenes y reflexiones de parte tanto del paciente como del terapeuta, que ayuda a los pacientes a tomar conciencia, reflexionar y lograr una percepción sobre un tema de discusión en particular y que incita a los pacientes a generar sus propias conclusiones (Pardo, 2019).

G. Las Columnas Paralelas. Es la técnica de columnas paralelas se utiliza para cambiar pensamientos irracionales a racionales. Así, en la columna de la izquierda el paciente escribe el pensamiento negativo automático, en la columna de la derecha escribe varias respuestas positivas alternativas, en una tercera columna en la que reinterpreta el acontecimiento ambiental (Caballo, 2005).

H. El entrenamiento en Habilidades Sociales. Es una de las técnicas que resulta eficaz en la actualidad, aborda los conflictos en las conductas interpersonales, es aplicable en la

intervención de varios problemas psicológicos y para el progreso de la calidad de vida. Se consideran tres componentes de la habilidad social: la dimensión personal, dimensión situacional y la dimensión conductual (Labrador, 2008).

I. El Entrenamiento en asertividad. Consiste en la distinción entre conductas asertivas, pasivas y agresivas donde una dimensión se referiría al tipo de expresión, manifiesta/encubierta y la otra dimensión al estilo de conducta, coercitiva/no coercitiva (el estilo de conducta coercitivo emplea el castigo y la amenaza para alcanzar el objetivo). Para ello, la conducta se expresaría de forma manifiesta y sin ejercer coacción sobre la otra persona, mientras que la conducta “agresiva” se expresaría de forma manifiesta, pero de modo coercitivo sobre la otra persona. En la pasiva o bien hay una falta de expresión de la conducta o se hace de forma indirecta, pero sin intimidar al otro. Asimismo, se plantean una serie de diferencias en los niveles verbal, no verbal y de consecuencias, para esos tres estilos de respuesta. Después se plantean distintos ejemplos sobre la conducta asertiva, pasiva y la agresiva (Caballo, 2005).

J. La Estrategia del semáforo. Se utiliza para conseguir un autocontrol de las emociones que conllevan a actuar impulsivamente. Peña (2019), como se citó en Oblitas (2020), especifica que en la estrategia del semáforo se asocia las emociones y conductas de las personas (especialmente aspectos de autocontrol) a las emisiones de colores que emiten los semáforos en el tránsito vial.

K. Los Autorregistros. Sirven para recoger información sobre el estado emocional, fisiológico, cognitivo y conductual del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar. Tiene una doble funcionalidad siendo la primera permitir conocer qué le ocurre al paciente a lo largo de la semana y la segunda como línea base para luego de aplicado el tratamiento comprobar los cambios en el paciente. Se valora mediante la puntuación en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 10 (sentirse muy bien) (Ruiz et al., 2012).

L. La Unidad Subjetiva de Medida (SUD). Se emplea para comunicar el nivel de emoción experimentado de forma subjetiva. Al emplear la escala, el paciente evaluará su nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 10, muy nervioso y tenso (Caballo, 2005).

M. Las Tareas. Para la casa tienen por objetivo que el paciente lleve a cabo en la vida real comportamientos que ha aprendido en las sesiones de tratamiento, con el fin de que se generalice el aprendizaje. Como tareas para la casa se incluyen el registro de su nivel de ansiedad en situaciones determinadas (puntuación SUDS), el registro de práctica de las Técnicas de relajación, registro de práctica de conductas asertivas (Caballo, 2005). En cada sesión programada se inicia con la revisión de las tareas solicitadas que son diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Aplicar un programa de Intervención Cognitivo Conductual en una mujer adulta joven con un cuadro clínico de Ansiedad Generalizada.

1.3.2. Objetivos específicos

- Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis.
- Fortalecer la gestión de la emoción del enojo a través de la técnica de respiración diafragmática y estrategia del semáforo.
- Entrenar en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva.

1.4. Justificación

El estudio de caso hizo referencia a una mujer adulta joven quien presentó un cuadro clínico de trastorno de ansiedad generalizada, se planteó realizar una intervención bajo el

enfoque cognitivo conductual con la finalidad de disminuir los síntomas fisiológicos (dificultades para conciliar el sueño, dolor de cabeza, tensión muscular, aceleración del ritmo cardiaco, temblores corporales y náuseas), emocionales (enojo, ansiedad), cognitivos (creencias irracionales y pensamientos distorsionados) y conductuales (llamar por teléfono, revisar redes sociales de su ex pareja, buscar información en internet acerca de enfermedades que ella podría tener, decir palabras ofensivas a los demás cuando las cosas no resultan como esperaba).

Beneficiando a la paciente con quien se realizó la intervención ya que le permitió un mejor afrontamiento ante las situaciones que le generaban ansiedad, mejorando en su desenvolvimiento personal, familiar, social, académico y laboral, de esta forma se logró reafirmar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en los casos de ansiedad generalizada.

Se contribuyó con un aporte metodológico, dado que el trabajo fue de referencia para otros profesionales en psicología y/o estudiantes, que deseen elaborar programas de intervención cognitiva conductual para el tratamiento de Trastornos de Ansiedad Generalizada.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El estudio de caso planteó la necesidad del abordaje terapéutico bajo el enfoque cognitivo conductual con la finalidad de reducir los síntomas fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales de una mujer adulta joven que presentó un cuadro clínico de Ansiedad Generalizada. Los resultados obtenidos, evidencian eficacia de la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la reducción de síntomas de ansiedad siendo un aporte valioso para el área de Psicología Clínica en el tratamiento de cuadros clínicos de ansiedad. Se espera que esta intervención pueda ser replicada en casos similares, sirviendo como referente para psicólogos investigadores y/o estudiantes quienes estén interesados en la utilidad y eficacia del tratamiento de cuadros de ansiedad generalizada.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y Diseño de investigación

El tipo de investigación utilizada en el presente estudio de caso clínico único fue la investigación aplicada, que tuvo por finalidad buscar estrategias para el cumplimiento del objetivo general (Kerlinger y Lee, 1975).

El tipo de diseño utilizado fue el diseño bicondicional AB, caso único, permitió elegir al sujeto, aplicar una evaluación previa a la administración de algún estímulo y finalmente realizar una segunda evaluación (Hernández et al., 2015). Teniendo como procedimiento para realizar el caso clínico siguió las siguientes fases:

- Primera fase: Es la selección de la muestra, en donde se identifica que, con el diagnóstico de Ansiedad Generalizada, se realiza la historia psicológica.
- Segunda fase: Se refiere a la aplicación de los instrumentos psicológicos a la paciente: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, Inventario de Creencias Irracionales de Ellis, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), y registro de Unidad subjetiva de Medida (SUD).
- Tercera fase: Aplicación del programa de intervención cognitivo conductual, que tuvo de 13 sesiones, con una frecuencia de 1 sesión por semana. Se realizó el post test de las pruebas administradas en la segunda fase.

2.2. Ámbito temporal y espacial

La terapia se realizó de manera virtual en la ciudad de Lima, distrito de Chorrillos. El tiempo de duración fue de 3 meses, con una frecuencia de atención de 1 vez por semana iniciando el mes de agosto y terminando en el mes de noviembre.

2.3. Variables de investigación

2.3.1 Variable dependiente:

Trastorno de ansiedad generalizada

2.3.2 Variable independiente:

Intervención cognitivo conductual

2.3.3 Variable de Control:

Sexo: Femenino

Edad: 26 años

Grado de Instrucción: Superior universitario

2.4. Participante

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, natural de Lima, con grado de instrucción superior. Actualmente se encuentra trabajando en una empresa en el área de recursos humanos. Estado civil soltera, no tiene hijos ni pareja formal. Actualmente vive con ambos padres y hermanos. En dos sesiones de intervención (Sesión inicial y sesión final) ha participado su familiar: Madre.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

2.5.1.1. Psicoeducación. Permite brindar a la paciente y a su familiar una explicación acerca de su trastorno, la sintomatología, los objetivos de la intervención cognitivo conductual, el procedimiento para utilizar las técnicas y estrategias, así como el tiempo de duración estimado.

2.5.1.2. Técnica de respiración diafragmática. El procedimiento para realizar la respiración diafragmática consiste en inhalar, retener y exhalar el aire permitiéndole al paciente tener una respiración controlada y disminuir los niveles de ansiedad. Se explicó el procedimiento a realizar a la paciente brindando la siguiente indicación: *“Nos ubicamos cómodamente en la silla, relajada, colocando una mano en tu pecho y otra sobre la boca del estómago/diafragma a continuación vamos a inhalar el aire como si quisiéramos inflar un globo, centraremos la atención en nuestro diafragma (sintiendo como se inflama), luego vamos*

a retener el aire por unos 3 segundos (contaremos 3 segundos en nuestra mente) y finalmente soltaremos el aire por la boca muy lentamente, como si fuéramos un globo que se va desinflando. Repetiremos el ejercicio dos veces más". Vale mencionar, que se realizó un modelo de cómo realizar la técnica correctamente, luego la paciente replicó la técnica enseñada. Se indicó realizar 3 veces el ensayo de la técnica.

2.5.1.3. Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. En la primera sesión, se pide a la paciente ubicarse relajadamente en una silla y a continuación seguir las indicaciones: *"Iniciamos realizando tres respiraciones diafragmáticas inhalamos, retenemos el aire por 3 segundos y expulsamos el aire lentamente por la boca. Centrarán la atención en tus ojos los cerrarás lo más fuerte que puedas tolerar, por 7 segundos, para luego relajarlos lentamente, repetimos el ejercicio una vez más. A continuación, levantarás tus cejas con los ojos cerrados hasta arrugar la frente, mantenga esta posición durante 7 segundos, luego lentamente irás relajando la frente y volverán tus cejas a su posición inicial. Ahora dirige su atención a la mandíbula, hasta generar una presión intensa hasta el punto de tensionar los músculos laterales del rostro y las sienes, Realice la tensión durante 7 segundos, para posteriormente relajar lentamente. A continuación, centrar tu atención en tus labios y presionar fuertemente los labios como si quisieras dar un beso, durante 7 segundos, para luego relajarlos volviendo a su posición original"*. En la segunda sesión se pide a la paciente ubicarse relajadamente en una silla y a continuación seguir las indicaciones: *"Iniciamos realizando tres respiraciones diafragmáticas inhalamos, retenemos el aire por 3 segundos y expulsamos el aire lentamente por la boca. Tome atención en sus manos y brazos, cierre fuertemente el puño y tense el brazo completo desde la mano hasta el hombro. Perciba la tensión en el bíceps, antebrazo, codo, puño y dedos durante 7 segundos, luego abra el puño lentamente y relaje su brazo desde la mano hasta el hombro. A continuación, 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. Note la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda.

Lentamente descargue la tensión retrocediendo en la silla, sintiendo la sensación de relajación. Ahora apriete el estómago tirando de él hacia dentro y endureciendo como si fuera una tabla. Advierta la tensión y la dureza de su estómago. Mantenga esta posición 7 segundos y suelte. Mientras lo destensa, perciba cómo cambian las sensaciones entre la tensión y la relajación. “Levante del suelo su pierna derecha 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 pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Realice esta tensión durante 7 segundos. Lentamente relájese, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Note la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna. Finalmente, Levanté del suelo su pierna izquierda hasta que esté completamente extendida hacia delante, tuerce los dedos de los pies hacia adentro, y tense toda la pierna tanto como pueda. Perciba la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Mantenga esta posición 7 segundos.

Lentamente relájese, bajando la pierna hasta el suelo y doblando levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Note la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna”.

2.5.1.4. Técnica detención de pensamiento y distracción del pensamiento. Se explica el objetivo de la técnica, se realiza un ejemplo del procedimiento. Se indicó lo siguiente: *“Cuando aparezcan pensamientos intrusivos que generan malestar emocional dirás la palabra “BASTA” para frenar la aparición de estos pensamientos, luego una vez detenido el pensamiento lo distraes realizando alguna actividad que sea de su interés y que demande su atención”.* La paciente sugiere las actividades que le gustan realizar, seguidamente se realizó un ejemplo de cómo utilizar ambas técnicas para luego ser replicada por la paciente.

2.5.1.5. Reestructuración cognitiva. Se brinda información a la paciente acerca del objetivo de la técnica. Mediante la psicoeducación se explica la relación que existe entre la situación (evento activador A), pensamiento (B), consecuencias (C) (emocionales y conductuales). Posteriormente la paciente, con la ayuda inicial de la terapeuta, identifica y cuestiona sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.

2.5.1.6. Debate socrático. Mediante esta técnica se formuló a la paciente preguntas abiertas destinadas a incentivar a detectar y comprobar sus pensamientos desadaptativos, y las razones de por qué lo son en cada caso. Mediante el debate, la paciente pudo darse cuenta de que si cambia sus pensamientos desadaptativos por pensamientos realistas puede cambiar su estado de ánimo y por ende sus reacciones frente a distintas situaciones.

2.5.1.7. Técnica de columnas paralelas. La técnica de columnas paralelas consiste en un primer momento elaborar 3 columnas en la que se ubicará la situación (evento activador A), pensamiento (B), y consecuencias (C), las cuales son emocionales y conductuales. Se solicitó a la paciente registrar en cada una de estas columnas primero las situaciones que le han sucedido, sus interpretaciones de las situaciones que le han sucedido (pensamientos distorsionados), para luego identificar sus emociones e intensidad de las mismas mediante la puntuación SUD así como sus conductas de forma detallada.

2.5.1.8. Autorregistros. Mediante el auto registro se solicita a la paciente realizar tareas las cuales ayudaron a reforzar el entrenamiento de las técnicas desarrolladas durante las sesiones. Los autorregistros deben ser supervisados sesión a sesión.

2.5.1.9. Unidad subjetiva de medida (SUD). Mediante la unidad subjetiva de ansiedad (SUD), la paciente registra mediante los autorregistros el nivel de intensidad de las emociones

presentadas frente a las interpretaciones que ha realizado de las situaciones activadoras. La escala de calificación oscila entre 0 a 10, (de menor a mayor intensidad).

2.5.1.10. Entrenamiento en habilidades sociales. A través del entrenamiento en habilidades sociales, se entrenó a la paciente en la utilización de la comunicación asertiva a fin de fortalecer sus habilidades de afrontamiento ante situaciones que no resultan como espera.

2.5.1.11. Entrenamiento en asertividad. Se brinda información a la paciente acerca de la comunicación, significado, los tipos y estilos de comunicación que se utilizan dentro de nuestras interacciones con los demás. Mediante una situación elegida por la paciente, se entrena a la paciente como expresarse de manera asertiva ante una situación desfavorable considerada por ella. Finalmente, a través de un ensayo la paciente imitó la forma como expresarse de manera asertiva frente a diferentes situaciones hipotéticas.

2.5.1.12. Estrategia del semáforo. Es una estrategia de regulación emocional. Se realiza inicialmente psicoeducación en emociones para posteriormente brindar las siguientes indicaciones a la paciente para la ejecución adecuada de la misma, *“Imaginemos como es un semáforo, vamos a recordar que colores tiene y que la función que cumple cada color. Cada color va a tener un significado para nosotros: el color rojo significa parar, aquí nos detendremos un momento antes de actuar frente a la situación que ha generado la emoción del enojo, utilizaremos la técnica de respiración diafragmática y la realizaremos tres veces hasta calmarnos. El color amarillo significa pensar, será aquí el momento para pensar diferentes alternativas de solución para el problema que se ha presentado, evaluaremos cual es la mejor opción. El color verde significa pasar, en este momento pondremos en práctica la mejor solución.”*. Se realiza un ejemplo, a través de una situación que eligió la paciente de esta forma se explicó el procedimiento para realizar la técnica y se dejó como tarea para la práctica semanal.

2.5.1.13. Tareas. Posterior al término de cada sesión se dejaron actividades a la paciente, las cuales han sido entregadas en las sesiones posteriores, con la finalidad de poner en práctica las técnicas entrenadas y evaluar la utilidad de estas.

2.5.2. Instrumentos

Ficha técnica del primer instrumento

Nombre	:	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI
Nombre original	:	State- Trait Anxiety Inventory
Autores	:	C.D- Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene
Adaptación española	:	G. Buela-Casal, A. Guillen- Riquelme, N. Seisdedos Cubero
Aplicación	:	Individual o colectiva
Ámbito de aplicación	:	Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario
Tiempo de aplicación	:	Aproximadamente 15 minutos
Finalidad	:	Evaluación de la ansiedad como estado y como rasgo.
Nº de Ítems	:	40

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI se divide en 2 subescalas: La ansiedad estado (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso

autónomo y la ansiedad rasgo (A/R) señala una propensión ansiosa relativamente estable que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Bazán (2021) realizó una investigación con la finalidad de adaptar y validar el STAI en una muestra de adultos en la ciudad de Trujillo. La muestra se conformó por 120 padres (96 mujeres y 24 hombres) con una edad media de 35-18 años. Los resultados indicaron que el instrumento presenta garantías de validez basadas en el contenido y en la revisión de expertos sus ítems manifestaron ser claros, coherentes y relevantes ($VAiken > .70, p < .05$). Y fiabilidad aceptable en ambas dimensiones, ansiedad estado y ansiedad rasgo ($\omega > .70$).

Ficha técnica del segundo instrumento

Nombre	:	Inventario Depresión de Beck (BDI-II):
Autores	:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Adaptación al español	:	Jesús Sanz y Carmelo Vázquez
Aplicación	:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación	:	5 a 10 minutos
Ámbito de aplicación	:	Adolescentes a partir de 13 años
Finalidad	:	Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-IV).
Nº de Ítems	:	21

Estudios realizados sobre la validación de la prueba indican que las puntuaciones procedentes del análisis de la estructura interna del instrumento, de su utilidad diagnóstica y de correlaciones con marcadores relevantes de los constructos de depresión y ansiedad (MCMI-II, LED, STAI y BAI).

En cuanto a la confiabilidad las puntuaciones están relacionadas a con la consistencia interna, los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II. En el Perú, Barreda (2019), realizó una investigación con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), adaptado en Argentina. La muestra peruana fue conformada por 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima, la edad de los participantes estuvo comprendida entre los 17 y 71 años. Los resultados obtenidos muestran que el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue alto (alfa= .93). Se observó que de un total de 21 ítems del IDB II, no se eliminó ninguno, quedando así el total de ítems para la prueba final. El índice de validez de contenido fue alto, se observó un valor V de Aiken de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos.

2.5.3 Evaluación psicológica

HISTORIA PSICOLÓGICA

Datos de filiación

Nombre y Apellidos: Adriana G. B

Edad: 26

Lugar y fecha de nacimiento: Lima, 17/09/1997

Lugar de residencia: Lima

Dirección: Chorrillos

Grado de instrucción: Superior completa

Ocupación: Asistente de recursos humanos

Estado civil: Soltera

Lugar de entrevista: Consultorio particular

Fecha de entrevista: 06/07/2023

Derivado por: Medicina general.

Motivo de consulta

La paciente acude al servicio de Psicología manifestando presentar: dificultades para conciliar el sueño, dolor de cabeza, tensión muscular, aceleración del ritmo cardiaco, temblores corporales y náuseas debido a preocupaciones constantes en relación con su aspecto físico al no estar conforme con su cuerpo y al presentar dolores de rodilla piensa que podría adquirir una enfermedad de gravedad. Preocupación acerca de su futuro, si podrá terminar su tesis y obtener su título profesional. Asimismo, le preocupa cada vez que sus familiares salen de casa y no le contestan el celular, piensa que algo malo les pudo suceder. También presenta preocupación sobre el término de su última relación sentimental, piensa que se quedará sola. Finalmente, refiere sentir dificultad para expresarse de manera asertiva frente a situaciones que no resultan como esperaba.

Problema actual

Adriana acude a consulta refiriendo tener dolores de cabeza constantes, tensión muscular en cuello y espalda, así como dificultad para dormir debido a preocupaciones respecto a su futuro, refiere: *“Tengo que hacer mi tesis para poder obtener mi título profesional pienso que debí de haberla elaborado antes cuando tenía más tiempo libre y no ahora que tengo más trabajo y dificultades emocionales, pienso que debí de haber juntado dinero para pagar, es un monto considerable que aún no tengo”*, cuando tiene pensamientos en relación a la elaboración de su tesis siente ansiedad (8/10), culpa (8/10) y enojo (8/10), ante esta situación trata de contactarse con su universidad a través de correo electrónico para tener mayor información acerca del proceso para la elaboración de su tesis. Asimismo, manifiesta preocupación cuando

sus familiares salen de casa y no les responden el celular. Refiere: *“pienso que les robaron o sufrieron un accidente, pienso en lo peor que les puede pasar, siento temblor en mi cuerpo y que se aceleran los latidos de mi corazón”*. Ante lo referido manifiesta sentir Ansiedad (6/10) y posteriormente revisar sus redes sociales para distraerse y evitar pensar en ello.

Adriana menciona que en el mes de enero terminó la relación con su pareja, sin embargo, han mantenido comunicación en ocasiones, hace una semana le escribió para retomar su relación, pero publicó en sus redes sociales una foto junto a otra mujer, al respecto refiere: *“Cuando vi esa foto sentí temblor en mi cuerpo, me puse a llorar, estaba acompañada de mi amigo sentí que lo necesitaba, nos encontrábamos cerca a mi casa, pensé es un mentiroso, no puedo creer que él está feliz y yo no, me voy a quedar sola, esta situación genera en mí ansiedad (10/10), enojó (10/10) y tristeza (10/10)”*. Me puse a llorar y abracé a mi amigo”.

También Adriana, menciona: *“Cuando me veo al espejo no me siento conforme con mi cuerpo, pienso que no me gusta mi cabello, mis piernas son cortas. Pienso que estoy envejeciendo, veo más líneas de expresión en mi rostro, siento enojo (8/10), ansiedad (9/10), tristeza (7/10). Trato de no pensar en ello, hago una rutina de cuidado de la piel y me visto con ropa más holgada. También me preocupa que pueda empeorar mi estado de salud física porque me duelen las rodillas pienso que podría tener una enfermedad grave siento ansiedad (9/10), busco información en google para saber si este síntoma pertenece a alguna enfermedad”*.

Adriana refiere: *“cuando tenía 16 años intentaron hackear mi correo electrónico y mi Facebook, desde ese momento cada vez que cerraba sesión revisaba varias veces hasta asegurarse que logre cerrar sesión adecuadamente. Hace una semana un amigo me comentó que yo le estaba haciendo un video llamada por Instagram cuando yo me encontraba trabajando, en ese momento pensé seguro me hackearon mi cuenta, seguramente alguien me quiere hacer daño sentí ansiedad (7/10), sentí que mi corazón latía más rápido y lo que hice*

después es revisar mi Instagram hacer la verificación de cuenta". Finalmente, Adriana, menciona que cuando realiza un trabajo en grupo y la actividad no resulta como espera se expresa de manera poco asertiva hacia las demás personas: *"Creo que, si nos hemos repartido las actividades que tenemos que hacer todos tenemos que cumplir, pero a veces esto no sucede pienso: "son unos inútiles", me siento enojada (10/10) y luego le digo palabras ofensivas a los demás"*. Adriana, refiere que recibe tratamiento psiquiátrico, acude a sus citas mensualmente y se encuentra recibiendo medicación para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Desarrollo cronológico del problema

- A los 6 años, cuando salía con sus padres llevaba con ella un bolso en el cual guardaba juguetes, sentía que algo malo iba a suceder y llevarlos era una manera de protegerse y de disminuir la ansiedad que sentía.
- A los 8 años, a raíz que la tía fue diagnosticada con cáncer y falleció, empezó a sentir miedo por su madre, padre y hermanos, temía que algo malo pudiera sucederles e incluso morir.
- A los 12 años, un amigo cercano fallece sintiendo tristeza y miedo, reforzando su temor a la muerte y a que sus familiares más cercanos puedan sucederles algo malo.
- A los 16 años, intentaron hackear su correo electrónico y Facebook, pensaba que alguien quería hacerle daño, por ello revisa constantemente si cerró sesión correctamente sus redes sociales. Inicia relación sentimental con una pareja, sintiéndose insegura y pensaba que él podía conocer a otra chica y terminar la relación con ella.
- A los 20 años, deja 1 año de estudios de la universidad debido a que al estudiar el curso de psicopatología pensaba que podía tener alguno de los trastornos mentales,

incrementándose su nivel de ansiedad al pensar en la posibilidad de desarrollar un trastorno mental en el futuro.

- A los 23 años, durante la pandemia covid-19, la paciente refiere sentirse insegura y poco conforme con su aspecto físico lo que genera en ella un incremento de ansiedad.
- A los 25 años, termina su relación de pareja y viaja al extranjero durante 4 meses. Conoce a un joven con quien salía, su relación es incierta, su ansiedad incrementó al no saber si su relación se oficializaba en el futuro. Sin embargo, finaliza el programa y retorna al país sin tener comunicación con él.
- A los 26 años, su expareja publicó una foto en sus redes sociales en la que está acompañado de su nueva pareja, situación que ha generado en ella tristeza, ya que tenía expectativas de reconciliación.

Desarrollo inicial

Adriana refiere que su nacimiento fue planificado, a término de 9 meses y por cesárea. No se presentaron complicaciones durante el periodo de embarazo. Empezó a caminar a los 9 meses, gateo a los 6 meses, comenzó a decir sus primeras palabras a los 8 meses y controló esfínteres al 1 año.

Actitudes de la familia frente a la niña

Sobre su familia, Adriana menciona que sus padres le expresaban afecto, siempre la apoyaban a realizar sus tareas escolares, ambos participaban de los eventos que se realizaban en su colegio como las actuaciones. La relación que había entre sus padres la define como buena, porque existía comunicación y en ocasiones algunos conflictos que trataban de solucionar. Percibió que su mamá tenía mayor cercanía con ella mientras que su papá tenía mayor cercanía a su hermano.

Es la mayor de cuatro hermanos (1 varón y 2 mujeres), refieren tener una buena relación con ellos, con respecto a su hermano (23 años) lo describe como reservado y cariñoso percibe

apoyo de su parte cuando más lo necesita. Con respecto a su hermana (19 años), la describe como alegre y bromista, trata de no comentarle lo que le sucede por no preocuparla, la describe como cariñosa. Finalmente, su hermana menor de 17 años, la describe como cariñosa y su engreída, es cercana a ella.

Educación

La paciente refiere que inició sus estudios a los 3 años, concluyendo con un rendimiento académico promedio durante sus estudios en inicial y primaria. Durante sus estudios de secundaria y universitarios refiere concluirlos teniendo un rendimiento académico alto.

Trabajo

Adriana refiere trabajar en una empresa en el área de recursos humanos, actualmente su trabajo lo desempeña de manera virtual. Manifiesta en ocasiones olvidarse de algunas fechas importantes como el saludo de cumpleaños de algún compañero de trabajo. Sin embargo, no refiere mayor dificultad respecto a su rendimiento laboral.

Desarrollo Psicosexual

Refiere que inicia su vida sexual a los 18 años, con la pareja que mantuvo una relación sentimental por años y actualmente manifiesta tener encuentros sexuales con jóvenes salientes.

Accidentes y Enfermedades

No existen enfermedades ni accidentes de gravedad.

Sueño

Prefiere dormir entre 4 a 6 horas, siendo su sueño interrumpido en las madrugadas. Cuando se despierta intenta volver a dormir, al no conseguirlo ve su celular, escucha música, piensa en relación con qué pasaría si un familiar de ella se enferma, piensa que está haciendo con su vida, que será de su futuro, como va a lograr terminar su tesis, se preocupa por el dinero que necesitará para viajar al extranjero y por las discusiones con su expareja.

Hábitos

La paciente refiere que en su tiempo libre escucha música, ve videos y series, escucha podcast relacionados a temas policiacos, le gusta realizar caminatas y conversar con su familia.

Historia Familiar

La paciente proviene de una familia constituida por padres y hermanos, es la mayor de 4 hermanos. Refiere que su mamá se mostraba comprensiva y amorosa con ella, siempre resaltaba que ella es bonita, inteligente, perfecta, sintiéndose importante para ella, percibe que cuenta con el apoyo de ella ante cualquier dificultad. En relación con su padre, lo describe como una persona poco cariñosa, graciosa, siente apoyo de su parte, aunque antes de brindarle su apoyo siente que la criticaba. Asimismo, recuerda que obedecía en las actividades que sus padres le delegaban, sin embargo, cuando hacía mucho ruido su padre le llamaba la atención para que dejara de hacerlo.

En relación con sus hermanos, refiere tener una buena relación con ellos, con respecto a su hermano (23 años) lo describe como reservado y cariñoso percibe apoyo de su parte cuando más lo necesita. Con respecto a su hermana (19 años), la describe como alegre y bromista, trata de no comentarle lo que le sucede por no preocuparla, la describe cómo cariñosa. Finalmente, su hermana menor de 17 años, la describe como cariñosa y su engreída, es cercana a ella. Actualmente manifiesta tener una buena relación con sus padres y hermanos, en la cual tratan de mantenerse unidos.

2.5.4. Evaluación psicométrica

INFORME PSICOLÓGICO DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO- RASGO

Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	G. B. Adriana
Edad	:	26

Fecha y Lugar de Nac. : Lima, 17/09/1997
Estado Civil : Soltera
Grado de Instrucción : Superior
Fecha de evaluación : julio 2023
Psicóloga : Melissa Meza Chuquipoma

Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta para realizar la evaluación del Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo STAI.

Análisis e interpretación de los resultados

En el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, se obtienen los siguientes resultados: Ansiedad estado (23): Nivel de ansiedad sobre promedio. Ansiedad rasgo (27): Nivel de ansiedad sobre promedio Adriana, presenta ansiedad-estado caracterizado por tensión muscular, dificultad para dormir y aceleración del ritmo cardiaco. Así también, ansiedad-rasgo, presentando preocupación constante en relación con su futuro académico, laboral y familiar, así como preocupación por situaciones sucedidas en el pasado.

Recomendaciones

- Psicoeducación en sintomatología de ansiedad.
- Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática.

INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : G. B. Adriana
Edad : 26
Fecha y Lugar de Nac. : Lima, 17/09/1997
Estado Civil : Soltera

Grado de Instrucción : Superior
Fecha de evaluación : julio 2023
Psicóloga : Melissa Meza Chuquipoma

Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta para realizar la evaluación del inventario de creencias irracionales.

Análisis e interpretación de los resultados

Adriana obtiene una mayor puntuación en la creencia irracional N°7 “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida” y las creencias irracionales N°6 “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, con una puntuación de 9. Seguido de la creencia irracional N°8 “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”, y la creencia irracional N°2 “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, con una puntuación de 8.

En relación con la creencia irracional “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida”, esto se puede evidenciar en relación con la elaboración de su tesis, en la cual piensa debió elaborarla anteriormente y no ahora en la que refiere tener problemas emocionales. Con respecto a la creencia “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, se relaciona a los cambios que la paciente percibe en su aspecto físico como la aparición de líneas de expresión en su rostro o alguna dolencia física que presente. Así como la preocupación de que algo malo pueda sucederles a sus familiares y que hackeen sus redes sociales.

En relación con la creencia “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”, se observa ante la necesidad de compañía de su amigo

para sobrellevar la noticia de la publicación de foto de la expareja oficializando una nueva relación.

Finalmente, la creencia irracional “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, hace referencia a que si las cosas no resultan como esperaba se expresa con palabras ofensivas hacia los demás.

Recomendaciones

- Aplicar la técnica de reestructuración cognitiva para el cambio de creencias irracionales por creencias más adaptativas.

INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	G. B. Adriana
Edad	:	26
Fecha y Lugar de Nac.	:	Lima, 17/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Superior
Fecha de evaluación	:	julio 2023
Psicóloga	:	Melissa Meza Chuquipoma

Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta para realizar la evaluación del inventario de depresión de Beck.

Análisis e interpretación de los resultados

Adriana obtuvo un puntaje de 6, ubicándola en un nivel de depresión mínimo. La paciente no presenta indicadores significativos de depresión, solo se presentaron estos indicadores por las expectativas que tuvo al retomar relación con su expareja, pero al verlo con

otra persona en las redes sociales le causó tristeza, llanto, pena, desgano hasta que pudo superar este evento.

INFORME DE REGISTRO DE SUD

En el registro de frecuencia de síntomas fisiológicos de la ansiedad para la línea base se observa que el síntoma tensión muscular se repite 13 veces a la semana, aceleración del ritmo cardiaco se repite 14 veces a la semana, dolor de cabeza, temblores corporales y náuseas se repite 12 veces a la semana respectivamente e insomnio se repite 17 veces a la semana.

En el registro de intensidad de las emociones (SUD) para la línea base se evidencia que la emoción de ansiedad tiene una intensidad de 10 como promedio, la emoción de enojo tiene una intensidad 7, la emoción de culpa tiene una intensidad de 6 y la emoción de tristeza una intensidad de 7.

2.5.5. Informe Psicológico integrado

INFORME PSICOLOGICO INTEGRADOR

Datos de filiación

Apellidos y Nombres	:	G. B. Adriana
Edad	:	26 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Lima, 17/09/1997
Grado de Instrucción	:	Superior
Ocupación	:	Asistente de recursos humanos
Estado Civil	:	Soltera
Fecha de evaluación	:	Julio 2023
Psicóloga	:	Lic. Melissa Meza Chuquipoma

Motivo de consulta

Adriana acude al servicio de Psicología manifestando presentar dificultades para conciliar el sueño, dolor de cabeza, tensión muscular, aceleración del ritmo cardiaco, temblores corporales y náuseas debido a preocupaciones constantes en relación con su aspecto físico al no estar conforme con su cuerpo y al presentar dolores de rodilla piensa que podría adquirir una enfermedad de gravedad. Preocupación acerca de su futuro, si podrá terminar su tesis y obtener su título profesional. Asimismo, le preocupa cada vez que sus familiares salen de casa y no le contestan el celular, piensa que algo malo les pudo suceder. También presenta preocupación sobre el término de su última relación sentimental, piensa que se quedará sola. Finalmente refiere sentir dificultad para expresarse de manera asertiva frente a situaciones que no resultan como esperaba.

Instrumentos aplicados

- Cuestionario de Ansiedad estado- Rasgo STAI
- Inventario de Creencias Irracionales
- Informe de registro SUD
- Inventario de Depresión de Beck

Análisis e Interpretación de resultados

La paciente presenta un nivel sobre promedio de ansiedad estado 23 y ansiedad rasgo 27, presenta síntomas fisiológicos de ansiedad caracterizado por tensión muscular, dificultad para dormir y aceleración del ritmo cardiaco. Predomina en su pensamiento la preocupación constante en relación con su futuro académico, laboral y familiar, así como preocupación por situaciones sucedidas en el pasado.

Obtiene una mayor puntuación en la creencia irracional N°7 “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida”, con una puntuación de 9, relacionado a la elaboración de su tesis, en la cual piensa debió elaborarla anteriormente y no ahora en la

que refiere tener problemas emocionales. Creencia irracional N°6 “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, con una puntuación de 9, se refiere a los cambios que la paciente percibe en su aspecto físico como la aparición de líneas de expresión en su rostro o alguna dolencia física que presenta. Así como la preocupación de que algo malo pueda sucederles a sus familiares y que hackeen sus redes sociales.

Creencia irracional N°8 “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”, obtiene una puntuación de 8, y siempre necesita a una persona a quien contar lo sucedido para sobrellevar la noticia.

Creencia irracional N°2 “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, con una puntuación de 8, relacionado a si las cosas no resultan como esperaba se expresa con palabras ofensivas hacia los demás.

En el registro de frecuencia de síntomas fisiológicos de la ansiedad para la línea base se observa que el síntoma tensión muscular se repite 13 veces a la semana, aceleración del ritmo cardíaco se repite 14 veces a la semana, dolor de cabeza, temblor corporal y náuseas se repite 12 veces a la semana respectivamente, e insomnio se repite 17 veces a la semana.

En el registro de intensidad de las emociones (SUD) para la línea base se evidencia que la emoción de ansiedad tiene una intensidad de 10 como promedio, la emoción de enojo tiene una intensidad 8, la emoción de culpa tiene una intensidad de 6 y la emoción de tristeza una intensidad de 7.

Adriana no presenta indicadores significativos de depresión, sin embargo, de acuerdo con lo mencionado por ella, el que expareja publique en redes sociales una foto con su nueva pareja ha generado en ella tristeza.

Presunción Diagnóstica

De acuerdo con los criterios establecidos en el CIE 10, nos encontramos frente a un caso de Trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 1

Diagnóstico funcional

Estímulos Discriminativos	Organismo	Niveles de Respuesta	Estímulos Reforzadores
<p>ED Externos: Familiars no le contestan el celular Ver la foto de su expareja junto a su nueva pareja Amigo le dice que le está realizando una video llamada a través de Instagram, ella se encontraba trabajando sin utilizar su aplicación. Verse al espejo</p> <p>ED Internos: Piensa en la elaboración de su tesis Piensa que les sucedió algo malo a sus familiares cuando no les responden el celular Piensa que tendría alguna enfermedad al sentir dolor en las rodillas Piensa que le hackearon sus redes sociales Piensa que las personas harán las cosas como ella las hace</p>	<p>Factores biológicos: No refiere ningún problema.</p> <p>Factores psicológicos: Nivel de ansiedad elevado</p> <p>Historia previa de aprendizaje: A los 6 años, llevaba en su bolso juguetes, porque sentía que algo malo iba a suceder. A los 8 años, su tía fallece, empezó a sentir temor de que algo malo podía sucederles a sus familiares e incluso morir. A los 16 años, intentaron hackear su correo electrónico y Facebook pensaba que le querían hacer daño. A los 20 años, estudia el curso de psicopatología dejó 1 año de estudios porque pensaba que podía tener alguno de los trastornos mentales, incrementándose su nivel de ansiedad. A los 23 años, durante la pandemia covid-19, la se sentía insegura y poco conforme con su aspecto físico lo cual generaba en ella incremento de ansiedad. A los 25 años, termina su relación de pareja. Conoce a un joven con quien salía, su relación no se oficializa, generando en ella incremento de la ansiedad. A los 26 años, expareja publicó una foto en sus redes sociales con su nueva pareja, situación que ha generado en ella tristeza.</p> <p>Factores socio culturales Madre le dice que es perfecta, sintiéndose importante para ella. Termino de relación sentimental con expareja. Expareja publica una foto en redes sociales con su nueva pareja, sintiéndose triste.</p> <p>Variables cognitivas: Creencias irracionales “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida” “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta” “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos” “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”</p>	<p>Fisiológico: Dolor de cabeza Tensión muscular Temblor corporal Insomnio Aceleración del ritmo cardiaco Nauseas</p> <p>Emocional: Ansiedad Enojo Culpa Tristeza</p> <p>Conductual: No conciliar el sueño por las noches Revisar sus redes sociales Llamar por celular a sus familiares cuando salen Usar ropa holgada Hacer rutina de cuidado de la piel Llorar cuando recuerda que expareja tiene una nueva relación Buscar información en internet enfermedades asociadas a dolores de rodilla Decir palabras ofensivas cuando las cosas no salen como espera.</p> <p>Cognitivo: “Les robaron”, “Sufrieron un accidente” “Es un mentiroso” “No me gusta mi cabello”, “mis piernas son cortas” “Seguro me hackearon la cuenta”, “Alguien me quiere hacer daño” No puedo creer que él está feliz y yo no” “Me voy a quedar sola” “Estoy envejeciendo” “Podría tener una enfermedad grave”</p>	<p>ERf Externos: Llamar por teléfono a sus familiares y que le contesten las llamadas. Mensajes halagadores en sus redes sociales en relación con su aspecto físico. Limitar la información en internet acerca de posibles enfermedades</p> <p>ERf Internos: Sentirse aliviada Pensamientos de autovalía al enfrentar las situaciones sociales que se le pueda presentar.</p>

Tabla 2*Análisis funcional de las conductas problema*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Dolor de cabeza, tensión muscular, náuseas, insomnio, aceleración del ritmo cardiaco, temblor corporal.		
Preocupación con relación a su futuro académico y en relación con su salud física	Dificultad para relajarse	Relajación
Preocupación cuando familiares no le responden el celular, piensa que algo malo les puede pasar	Poca capacidad para hacer frente a situaciones que le generan ansiedad	Tranquilidad
Preocupación por ruptura sentimental		
Miedo a que hackeen sus redes sociales		
Ansiedad (10/10), enojo (10/10), tristeza (10/10), culpa (8/10)		
Expresarse de manera directa ante los demás frente a situaciones desfavorables	Dificultad para concentrarse	No elaboración de pensamientos realistas
“Debí de haber elaborado mi tesis cuando tenía más tiempo libre y no ahora que tengo más trabajo y dificultades emocionales”		
“Debí de haber juntado dinero para pagar la tesis”		
“es un mentiroso”, “no puedo creer que él está feliz y yo no”, “me voy a quedar sola”	Elaboración de pensamientos positivos	
“no me gusta mi cabello”, “mis piernas son cortas”, “estoy envejeciendo”	Interacción social	No habilidad para enfrentar la ansiedad
“Podría tener una enfermedad grave”		
“seguro me hackearon mi cuenta (instagram)”, “alguien me quiere hacer daño”	Autocontrol	

Tabla 3*Diagnóstico cognitivo*

Evento Activante (A)	Pensamiento (B)	Consecuencia (C)
Elaboración de tesis	“Debí de haber elaborado mi tesis cuando tenía más tiempo libre” “Debí de haber juntado dinero para pagar la tesis”	Ansiedad (8/10) Culpa (8/10) Enojo (8/10) Intenta contactarse con universidad a través de correo electrónico para tener más información acerca del proceso para la elaboración de su tesis.
Familiares no le contestan el celular cuando se van de casa a realizar alguna actividad	“Les robaron” “Sufrieron un accidente”	Ansiedad (6/10) Temblor corporal Aceleración del ritmo cardiaco Revisa sus redes sociales para distraerse
Expareja publica foto en sus redes sociales en la que está acompañado de su nueva pareja	“Es un mentiroso” “No puedo creer que él está feliz y yo no” “Me voy a quedar sola”	Ansiedad (10/10) Enojo (10/10) Tristeza (10/10) Temblor corporal Llora acompañada de un amigo
Verse al espejo	“no me gusta mi cabello” “mis piernas son cortas” “estoy envejeciendo”	Enojo (8/10) Ansiedad (9/10) Tristeza (7/10) Hace rutina de cuidado de la piel Viste con ropa más holgada
Dolor de las rodillas	“Podría tener una enfermedad grave”	Ansiedad (9/10) Buscar en internet para saber si este síntoma pertenece a alguna enfermedad
Amigo le dice que le está realizando una video llamada a través de Instagram, se encontraba trabajando	“Seguro me hackearon la cuenta” “Alguien me quiere hacer daño”	Ansiedad (7/10) Revisa su cuenta de Instagram, hace la verificación de cuenta.
Realizar trabajo en grupo y que no se cumpla con lo acordado, trabajo no resulta como espera	“Son unos inútiles”	Enojo (10/10) Decir palabras ofensivas a los demás

Tabla 4

Diagnóstico tradicional: Criterios según el CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada

Criterios CIE-10	Presente en la paciente
<p>La persona afectada debe presentar por lo menos durante 6 meses síntomas de ansiedad, entre los cuales se presentan los siguientes:</p> <p>Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse al “límite”, dificultades de concentración, etc.).</p> <p>Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)</p> <p>Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)</p>	<p>Preocupación en relación con su futuro, a la elaboración de su tesis y posterior obtención de título universitario, y sus relaciones interpersonales.</p> <p>Preocupación acerca de su apariencia física y estado de salud.</p> <p>Dolor de cabeza</p> <p>Tensión muscular</p> <p>Nauseas</p> <p>Insomnio.</p> <p>Temblor corporal</p> <p>Aceleración del ritmo cardiaco</p>
<p>La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo- compulsivo.</p>	<p>No presente en la paciente</p>

Recomendaciones

Para la Paciente: Iniciar una intervención cognitivo conductual para el caso clínico de ansiedad generalizada.

Para la Familia: Informarse acerca del cuadro clínico de la paciente. Promover con la familia el dialogo asertivo, escucha activa y conocer las estrategias que deben utilizar ante situaciones que le generan ansiedad para el acompañamiento adecuado al paciente.

2.6. Intervención

El estudio de caso clínico se realizó una intervención psicoterapéutica bajo enfoque cognitivo conductual, el cual consta de 13 sesiones, con una duración de 50 minutos aproximados por cada sesión. La fecha primera de evaluación fue el 06 de julio del 2023, presentándose luego a cada sesión entre 7 días. La intervención psicológica tuvo una duración de tres meses, posterior para una sesión de seguimiento, iniciando el 16 de agosto de 2023. La paciente se presenta como única participante en la intervención cognitivo conductual y es acompañada por su madre durante la sesión inicial y la sesión final del tratamiento. En las técnicas de tratamiento se usaron la Psicoeducación, entrenamiento en relajación, detención y distracción del pensamiento, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y tareas para la casa.

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 5

Plan de Intervención

Sesión	Fecha	Desarrollo	Periodicidad	Participantes	Técnicas
1	16-08-23	50'	Semanal	Paciente Madre	Psicoeducación
2	23-08-23	50'	Semanal	Paciente	Respiración diafragmática
3	30-08-23	50'	Semanal	Paciente	Relajación muscular progresiva
4	6-09-23	50'	Semanal	Paciente	Relajación muscular progresiva
5	13-09-23	50'	Semanal	Paciente	Detención y distracción de pensamiento
6	20-09-23	50'	Semanal	Paciente	Psicoeducación en Modelo ABC
7	27-09-23	50'	Semanal	Paciente	Reestructuración cognitiva Columnas paralelas
8	4-10-23	50'	Semanal	Paciente	Reestructuración cognitiva Debate socrático
9	11-10-23	50'	Semanal	Paciente	Reestructuración cognitiva Debate socrático
10	18-10-23	50'	Semanal	Paciente	Psicoeducación Respiración diafragmática
11	25-10-23	50'	Semanal	Paciente	Psicoeducación Comunicación asertiva Respiración diafragmática
12	1-11-23	50'	Semanal	Paciente Madre	Psicoeducación para finalización de programa
13	8-11-23	50'	Semanal	Paciente	Evaluación Post Intervención

Seguimiento por 4 sesiones

2.6.1 Programa de Intervención

Objetivo Terapéutico I: Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.

Sesión	Objetivo de la Sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
			Inicio:		
			Se da la bienvenida a la paciente y su familiar, se informa acerca del objetivo de la sesión y el tema a desarrollar.	5'	
			Desarrollo:		
1	Informar a paciente y a su familiar sobre los síntomas del TAG	Psicoeducación	Mediante la Psicoeducación se brinda información a la paciente y madre acerca de los síntomas del TAG (fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales) los factores que mantienen su prevalencia. Se enseña a la paciente a registrar la frecuencia de la aparición de síntomas de la ansiedad.	40'	Registrar la frecuencia de la aparición de síntomas de ansiedad.
			Cierre:		
			Se realiza un resumen de la sesión realizada y se responden a las interrogantes de la paciente y de su familiar.	5'	

Objetivo Terapéutico I: Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.

Sesión	Objetivo de la Sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
2	Disminuir los niveles de ansiedad mediante el entrenamiento en Técnica de respiración diafragmática	- Psicoeducación - Respiración diafragmática	Inicio:	10'	Auto - Video educativo de la Técnica de respiración diafragmática (sesión guiada). Enlace https://www.youtube.com/watch?v=T9wpPmCoyAc
			Desarrollo:		
			Cierre:	5'	

Objetivo Terapéutico I: Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.

Sesión	Objetivo de la Sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
3	Disminuir los niveles de ansiedad mediante el entrenamiento en técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson	- Psi coeducación - Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson	<p>Inicio:</p> <p>Se realiza revisión de autorregistro solicitado en la sesión anterior. Se brinda retroalimentación y se felicita por haber realizado la actividad.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Se brindó información a la paciente acerca de la técnica de relajación muscular Progresiva, el objetivo de esta y el procedimiento para realizar la técnica adecuadamente.</p> <p>Se realiza el entrenamiento de los siguientes grupos musculares: Ojos, frente, mandíbula y labios.</p> <p>Cierre:</p> <p>Se realiza un resumen de la sesión realizada y se responden a las interrogantes de la paciente.</p>	<p>10'</p> <p>35'</p> <p>5'</p>	<p>Auto - Practicar la técnica de relajación muscular progresiva de los músculos trabajados durante la sesión realizando el registro semanal.</p>

Objetivo Terapéutico II: Modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
6	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información acerca del modelo del ABC - Identificar pensamientos distorsionados y cambiarlos por pensamientos adaptativos mediante la técnica de columnas paralelas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Columnas Paralelas 	<p style="text-align: center;">Inicio:</p> <p>Se realiza revisión de autorregistro solicitado en la sesión anterior.</p> <p style="text-align: center;">Desarrollo:</p> <p>Se brinda información sobre la definición de los pensamientos distorsionados y como estos influyen en nuestras emociones y conductas. (Modelo ABC).</p> <p>Mediante el análisis cognitivo y a través de ejemplos la paciente identifica sus pensamientos distorsionados, se realiza la técnica de columnas paralelas.</p> <p style="text-align: center;">Cierre:</p> <p>Se realiza retroalimentación y se responden a las preguntas de la paciente.</p>	<p style="text-align: center;">10'</p> <p style="text-align: center;">35'</p> <p style="text-align: center;">5'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar registro semanal mediante el modelo ABC para la identificación de pensamientos distorsionados.

Objetivo Terapéutico II: Modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
			Inicio:		
			Se realiza revisión de autorregistro solicitado en la sesión anterior, se brinda retroalimentación y se elogia a la paciente por realizar la actividad.	10'	
7	- Modificar pensamientos distorsionados mediante el debate socrático	- Debate socrático - Columnas paralelas - Reestructuración cognitiva	Desarrollo: Se elige un pensamiento distorsionado que más le afecta a la paciente y mediante la técnica del debate socrático se enseña a como cuestionarlo y cambiarlo por un pensamiento adaptativo.	35'	Auto
			Cierre: Se realiza retroalimentación y se responden a las preguntas de la paciente.	5'	

Objetivo Terapéutico II: Modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
			Inicio: Se realiza revisión de la sesión anterior, respondiendo a interrogantes de la paciente.	10'	
8	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información acerca de las creencias irracionales - Modificar creencias irracionales a través del debate socrático 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Debate socrático - Reestructuración cognitiva 	<p>Desarrollo:</p> <p>Se explica sobre la definición de las creencias irracionales y como estas influyen en nuestras emociones y conductas. Asimismo, se explican las creencias irracionales que predominan en sus trastornos de ansiedad.</p> <p>Se trabajan las creencias irracionales “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida” y “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta” se formula así el debate sobre la racionalidad de su pensamiento, buscando evidencia lógica acerca de la creencia.</p> <p>Cierre:</p> <p>Se realiza retroalimentación de la sesión.</p>	35'	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar realizando la práctica de las técnicas aprendidas durante las sesiones.
				5'	

Objetivo Terapéutico II: Modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
			Inicio:	10'	
			Se realiza revisión de la sesión anterior, se responden preguntas de la paciente.		
			Desarrollo:		
9	- Modificar creencias irracionales a través del debate socrático	- Debate socrático - Reestructuración cognitiva	Se trabajan las creencias irracionales “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos” y “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos” se formula así el debate sobre la racionalidad de sus pensamientos, buscando evidencia lógica acerca de la creencia.	35'	- Continuar realizando la práctica de las técnicas aprendidas durante las sesiones.
			Cierre:		
			Se realiza retroalimentación y se responden a las preguntas de la paciente.	5'	

Objetivo Terapéutico III: Fortalecer la gestión de emociones del enojo a través de la técnica de respiración diafragmática y estrategia del semáforo.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
10	<ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca de las emociones - Entrenar en la regulación de la emoción del enojo a través de la estrategia del semáforo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Estrategia del semáforo - Técnica de respiración diafragmática 	<p>Inicio:</p> <p>Se conversa acerca de la aplicación de las técnicas enseñadas. Se resuelven dudas al respecto.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Se brinda información acerca de las emociones, tipos de emociones, así como las respuestas fisiológicas de las mismas.</p> <p>Se brinda información acerca de la emoción del enojo y como esta puede generar dificultades en nuestras relaciones interpersonales si no la gestionamos de manera adecuada.</p> <p>Se explica el procedimiento y objetivo de la estrategia del semáforo.</p> <p>Cierre:</p> <p>Se realiza retroalimentación y se responden a las preguntas de la paciente.</p>	<p>5'</p> <p>40'</p> <p>5'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la ficha estrategia del semáforo.

Objetivo Terapéutico IV: Entrenar en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
11	<ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca de los estilos de comunicación - Entrenamiento en habilidades sociales: Comunicación asertiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación 	<p style="text-align: center;">Inicio:</p> <p>Revisión de la actividad solicitada en la sesión anterior. Se realiza retroalimentación</p> <p style="text-align: center;">Desarrollo:</p> <p>Se brinda información acerca de los tipos y estilos de comunicación, teniendo en cuenta la comunicación no verbal (postura, tono de voz, contacto visual, gestos) que se utilizan dentro de nuestras relaciones con los demás y su repercusión en la interacción.</p> <p>Mediante una situación seleccionada por la paciente, relata una discusión con su hermana en la cual la gritó, se enseña cómo utilizar la comunicación asertiva, apoyándose de la técnica de respiración diafragmática y la estrategia del semáforo para seleccionar la mejor solución. Finalmente, se explica a la paciente la forma como expresar sus ideas de manera asertiva sin la descalificación a su familiar teniendo en cuenta su postura, contacto visual y tono de voz.</p> <p style="text-align: center;">Cierre:</p> <p>Se realiza retroalimentación de la sesión.</p>	<p style="text-align: center;">5'</p> <p style="text-align: center;">40'</p> <p style="text-align: center;">5'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar de la comunicación asertiva con sus familiares y amigos, teniendo en cuenta su postura y tono de voz, durante la semana.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
12	- Reafirmar el conocimiento y aplicación de las técnicas trabajadas	- Psicoeducación	<p>Inicio:</p> <p>Se da la bienvenida a la paciente y a su mamá, la paciente conversa respecto a la utilidad de la técnica enseñada en la sesión anterior.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Se brinda información a la paciente y a su mamá acerca de la evolución de la paciente. Se informa acerca de la importancia del apoyo familiar y el acompañamiento hacia la paciente.</p> <p>Se trabajó con la paciente, el manejo de posibles recaídas, incentivándola a utilizar las técnicas aprendidas durante el desarrollo de las sesiones.</p> <p>Se enseña a la paciente a registrar la frecuencia de la aparición de síntomas de la ansiedad.</p> <p>Cierre:</p> <p>Se finaliza la sesión respondiendo las interrogantes surgidas por parte de la paciente y su familiar. Se invita a la paciente a la próxima sesión.</p>	<p>10'</p> <p>35'</p> <p>5'</p>	- Registrar la frecuencia de la aparición de síntomas de la ansiedad.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tarea
13	- Evaluar mediante pruebas psicológicas: Inventario de creencias irracionales y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Post Test)	- Psicoeducación	<p>Inicio:</p> <p>Se solicita a la paciente la entrega del registro de la frecuencia de la aparición de síntomas de la ansiedad. Se resuelven dudas al respecto.</p> <p>10'</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Se realiza la aplicación de pruebas psicológicas: Inventario de creencias irracionales y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).</p> <p>35'</p> <p>Cierre:</p> <p>Se finaliza la evaluación y se responden dudas por parte de la paciente.</p> <p>5'</p> <p>Se programa la sesión de seguimiento para el próximo mes.</p>		

2.7. Procedimiento

2.7.1. Fases del Programa

2.7.1.1. Fase de evaluación. Se inició la entrevista con la paciente buscando establecer una adecuada relación terapéutica, fomentando la confianza de expresar lo que le sucede frente a la problemática presentada. Se recoge información significativa para la elaboración de la historia clínica. Luego se procede con la administración de instrumentos psicométricos. Finalmente, se procede a elaborar el informe psicológico con los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas para ser explicados detalladamente a la paciente en la sesión de entrega de resultados.

Tabla 6

Tabla de Procedimiento: Fase de Evaluación

Sesiones	Objetivo	Técnicas e Instrumentos
Sesión 1	Recopilar información significativa de la problemática de la paciente	- Entrevista Psicológica
Sesión 2	Evaluar niveles de ansiedad Estado-Rasgo	- Entrevista Psicológica - Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI
Sesión 3	Evaluar Creencias Irracionales	- Entrevista Psicológica - Inventario de Creencias Irracionales de Ellis
Sesión 4	Evaluar frecuencia de síntomas fisiológicos de la ansiedad y síntomas emocionales	- Entrevista Psicológica - Unidad Subjetiva de Medida (SUD)
Sesión 5	Evaluar indicadores de depresión	- Entrevista Psicológica - Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
Sesión 6	Explicar a la paciente los resultados psicológicos	- Informe Psicológico

2.7.1.2. Fase de Intervención. Se inició el proceso de intervención fortaleciendo la alianza terapéutica, realizando la psicoeducación acerca de la problemática que presentaba, las causas y factores que mantienen el Trastorno. Se explicó los objetivos terapéuticos. Se desarrollaron 13 sesiones de psicoterapia, participando su familiar (madre) en la primera sesión y la sesión N°12.

Tabla 7

Procedimiento: Fase de Intervención

Objetivos	Sesiones	Técnicas
Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.	Sesión 1	
	Sesión 2	- Psicoeducación
	Sesión 3	- Respiración diafragmática
	Sesión 4	- Relajación muscular progresiva
Modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis	Sesión 5	- Detención y distracción de pensamiento
	Sesión 6	- Reestructuración cognitiva
	Sesión 7	- Reestructuración cognitiva
	Sesión 8	- Reestructuración cognitiva
	Sesión 9	- Debate Socrático
Fortalecer la gestión de emociones del enojo a través de la técnica de respiración diafragmática y estrategia del semáforo.	Sesión 10	- Psicoeducación - Respiración diafragmática
Entrenar en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva	Sesión 11	- Psicoeducación - Respiración Diafragmática
Entrenar en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva	Sesión 12	- Psicoeducación para prevención de recaídas
Evaluar el nivel de Ansiedad Generalizada posterior a la intervención Cognitivo Conductual	Sesión 13	- Post test

2.8. Consideraciones éticas

Para el desarrollo del programa de Intervención Cognitivo Conductual en un cuadro de ansiedad generalizada, la paciente recibió información detallada acerca de su problemática actual, se detalló el objetivo general y objetivos específicos de la Intervención Cognitivo Conductual y estrategias a desarrollar bajo este enfoque terapéutico. Se brindó información acerca de la confidencialidad con la finalidad de salvaguardar sus datos personales los cuales no serán divulgados. Finalmente, la paciente accede a ser parte de la investigación firmando el documento de consentimiento informado.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

En la Tabla 8, se muestra el puntaje del nivel de ansiedad según el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), antes y después del tratamiento. Como se observa en el pretest la paciente obtuvo un nivel sobre promedio con un puntaje de 23 en Estado y un nivel sobre promedio con un puntaje de 27 en Rasgo, y en el post test obtuvo un nivel Tendencia al promedio con un puntaje de 18 en Estado y un nivel Promedio con un puntaje de 21 en Rasgo, evidenciándose una disminución de los niveles de ansiedad.

Tabla 8

Puntaje del nivel de ansiedad según el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en el pretest y post test

	Pretest		Post test	
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	23 Sobre promedio	27 Sobre promedio	18 Tendencia al promedio	21 Promedio

En la Tabla 9, se muestra el Puntaje del pretest y post test del Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis. En el resultado del pretest, la paciente obtiene una mayor puntuación en la creencia irracional N°7 “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida” con una puntuación de 9 y en el post test obtiene una puntuación de 6. En la creencia irracional N°6 “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, obtuvo una puntuación de 9 en el pretest y una puntuación de 5 en el post test. Seguido de la creencia irracional N°8 “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”, con una puntuación 8 en el pretest y una puntuación de 5 en el post test. Finalmente, la creencia irracional N°2 “Se debe ser

infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, con una puntuación de 8 en el pretest y una puntuación de 4 en el post test.

Según lo descrito anteriormente, se evidencia disminución en la puntuación de las creencias irracionales.

Tabla 9

Puntaje del pretest y post test del Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

Creencias Irracionales	Pretest	Post test
Creencia Irracional #7 “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida”	9	6
Creencia Irracional #6 “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”	9	5
Creencia Irracional #8 “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”	8	5
Creencia Irracional #2 “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”	8	4

En la tabla 10, se observa el registro del pre test y post test de la Unidad Subjetiva de Medida de frecuencia de manifestaciones fisiológicas, obteniéndose las siguientes puntuaciones en el pre test de Tensión muscular 13 y en el post test 5; en el pre test de aceleración del ritmo cardiaco 14 y en el post test 3, en el pre test de dolor de cabeza 12 y en el post test 2, en el pre test de temblor corporal de 12 y en el post test 0 , en el pre test de náuseas 12 y en el post test 2, en el pre test de insomnio de 17 y en el post test 3. Evidenciándose una disminución en la frecuencia de las manifestaciones fisiológicas de ansiedad.

Tabla 10

Registro del pretest y post test de la Unidad Subjetiva de Medida de frecuencia de manifestaciones fisiológicas

	Pretest	Post Test
Tensión muscular	13	5
Aceleración del ritmo cardiaco	14	3
Dolor de cabeza	12	2
Temblor corporal	12	0
Nauseas	12	2
Insomnio	17	3

En la tabla 11, se observa el registro de pretest y post test de la Unidad Subjetiva de Medida de la intensidad de las emociones obteniéndose las siguientes puntuaciones en el pretest de Ansiedad una intensidad 10 y en el post test una intensidad 2, en el pretest de enojo una intensidad 8 y en el post test una intensidad 0, en el pretest de culpa una intensidad 6 y en el post test una intensidad 0, en el pretest de tristeza una intensidad 7 y en el post test una intensidad 4. Los resultados evidenciaron una disminución en el nivel de intensidad de las emociones.

Tabla 11

Registro de pretest y post test de la Unidad Subjetiva de Medida de la intensidad de las emociones pre y post test

Emociones	Pretest	Post Test
Ansiedad (0/10)	10	2
Enojo (0/10)	8	0
Culpa (0/10)	6	0
Tristeza (0/10)	7	4

3.2. Discusión de resultados

El estudio de caso clínico tuvo como objetivo general aplicar un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con un cuadro clínico de ansiedad generalizada. Los resultados obtenidos demostraron una disminución de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada mediante las técnicas cognitivo-conductuales. Resultados

que coinciden con estudios internacionales realizados por García et. al (2012) al aplicar un tratamiento cognitivo conductual en una mujer de 36 años con trastorno de ansiedad generalizada, mostrando una disminución de los síntomas de ansiedad generalizada a través de las técnicas de psicoeducación, respiración controlada y reestructuración cognitiva. Asimismo, Pabuena (2019) demostró en su estudio realizado en un adulto con trastorno de ansiedad generalizada la eficacia de la intervención cognitivo conductual al reducir la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada relacionados al sistema de creencias, el desarrollo de estrategias de afrontamiento funcionales y el control emocional. Los resultados coinciden con los obtenidos por Collado (2020), evidenciando eficacia en la disminución de los síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales del trastorno de ansiedad generalizada mediante las técnicas cognitivo-conductuales. Estudios nacionales realizados por Huamani (2022) y Velasco (2022) evidenciaron la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada, a través de la disminución de los síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales, permitiendo la modificación de creencias irracionales y la incorporación de habilidades de afrontamiento mediante la solución de problemas.

El primer objetivo específico planteado el cual consistió en *reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson*, obteniéndose como resultado la reducción de la sintomatología fisiológica a través de las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson. Los resultados evidenciaron disminución en la frecuencia de aparición de los siguientes síntomas fisiológicos: Tensión muscular, aceleración del ritmo cardíaco, dolor de cabeza, temblor corporal, náuseas e insomnio posterior a la intervención Cognitivo Conductual reflejando su efectividad. Estos resultados son similares a los obtenidos por Calero (2022), Huamani (2022), Maravi (2020) y Velasco (2022) quienes aplicaron las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson, logrando

disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad generalizada en sus pacientes. De la misma manera, se encontró en estudios internacionales realizados por Collado (2020), García et. al (2012), Pabuena (2019) quienes aplicaron las técnicas de respiración controlada y relajación muscular progresiva de Jacobson disminuyendo los síntomas de la ansiedad generalizada.

El segundo objetivo específico, buscó *modificar creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Ellis*, Antes de la aplicación de la intervención Cognitivo Conductual la paciente presentaba puntuaciones elevadas en las siguientes Creencias irracionales: “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida” , “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”, “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, así como pensamientos distorsionados. Mediante las técnicas de reestructuración cognitiva, debate socrático, detención y distracción de pensamiento y columnas paralelas se logró modificar las creencias irracionales, lo que le ha permitido analizar sus creencias de manera racional y objetiva, logrando identificar los cambios que estos generan en sí misma. La reestructuración cognitiva fue fundamental durante la intervención psicológica y el uso de la técnica de columnas paralelas le permitió a la paciente comprender de modo práctico la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas. Luego de la intervención Cognitivo Conductual se realizó una evaluación post test reflejándose disminución en la puntuación de las Creencias Irracionales. Asimismo, los estudios realizados por Calero (2022) y Velasco (2022) se logró la identificación y modificación de creencias irracionales por pensamientos más adaptativos y realistas, mediante la reestructuración cognitiva.

El tercer objetivo específico, estuvo relacionado a *Fortalecer la gestión de la emoción del enojo a través de la técnica de respiración diafragmática y la estrategia del semáforo*. Al

inicio del tratamiento, la paciente registraba una intensidad alta en la emoción del enojo, que se presentaba frente a situaciones que no resultan como esperaba. Las técnicas de respiración diafragmática y la estrategia del semáforo ayudaron a la paciente a gestionar la emoción del enojo evidenciándose luego de la intervención Cognitivo Conductual, que disminuyó la intensidad del enojo. Resultados similares fueron obtenidos en el estudio realizado por Calero (2022) quien utilizó la técnica de respiración diafragmática y la estrategia del semáforo logrando una disminución de la intensidad del enojo.

El cuarto objetivo específico, buscó *entrenar en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva*, al inicio de la intervención cognitivo conductual la paciente presentaba dificultad para expresarse de manera asertiva frente a situaciones que no resultaban como ella esperaba. A través de la técnica de psicoeducación en tipos y estilos de comunicación se enseñó a la paciente como afrontar estas situaciones de manera respetuosa y asertiva. Asimismo, en el estudio de Calero (2022) se obtuvo resultados similares al lograrse mejorar las habilidades sociales en asertividad permitiendo a la paciente una adecuada relación con su entorno.

La aplicación de las diferentes técnicas cognitivo conductuales descritas en el presente estudio de caso en una mujer adulta joven con un cuadro clínico de ansiedad generalizada evidenciaron eficacia al disminuir los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad, permitieron la modificación de creencias irracionales por creencias más funcionales y adaptativas, así como se logró el fortalecimiento de la gestión de emoción del enojo y el entrenamiento en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva frente a situaciones poco favorables para ella.

3.3. Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual se procedió a realizar las sesiones de seguimiento que se realizó a los 30 días después de la última sesión post intervención. En esta sesión se indagó sobre la aparición de síntomas que le hayan generado

ansiedad en determinadas circunstancias reforzando las técnicas entrenadas durante el proceso de intervención cognitivo conductual. Las sesiones de seguimiento restantes se realizarán mensualmente durante 4 meses.

IV. CONCLUSIONES

- Se comprobó que la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con un cuadro clínico de ansiedad generalizada mejoró significativamente en la reducción de sintomatología fisiológica, cognitiva, emocional y conductual del trastorno de ansiedad generalizada.
- Se redujo la sintomatología fisiológica del trastorno de ansiedad generalizada como: Tensión muscular, aceleración del pulso cardíaco, dolor de cabeza, temblor corporal, náuseas e insomnio a través de las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Se modificó las creencias irracionales: “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”, “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”, “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos” y “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida” a través de la reestructuración cognitiva. No obstante, es posible que en situaciones que no resultan como la paciente espera se vuelvan a presentar estas creencias por lo que es necesario fortalecer el uso de las técnicas entrenadas.
- Se logró fortalecer la gestión de la emoción del enojo a través de la técnica de respiración diafragmática y la estrategia del semáforo frente a situaciones que no resultan como ella espera, sobre todo en el ámbito familiar. No obstante, es necesario continuar utilizando las técnicas entrenadas para una adecuada gestión de la emoción del enojo en el ámbito laboral y personal.
- Se entrenó en habilidades sociales a través de la comunicación asertiva.

- En algunas circunstancias la emoción de tristeza puede estar presente en la paciente debido a pensamientos asociados a ruptura sentimental con expareja. Por lo que se continúa realizando el seguimiento correspondiente para fortalecer las técnicas entrenadas y brindar soporte emocional.
- Disminuyó significativamente la emoción del enojo en el ámbito familiar y laboral.
- Se comprobó que la variable independiente Intervención Cognitivo Conductual tuvo una influencia significativa en la variable dependiente Trastorno de Ansiedad Generalizada.

V. RECOMENDACIONES

- Seguir poniendo en práctica las técnicas cognitivas conductuales aprendidas durante las sesiones de intervención.
- Continuar con el seguimiento del caso para fortalecer las estrategias afronte y mejoras en la paciente.
- Continuar con el tratamiento psiquiátrico.
- Continuar con el tratamiento psicológico ante posibles recaídas frente a situaciones crisis para un manejo adecuado de la paciente.
- Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel familiar y de la comunidad para prevenir cuadros clínicos de ansiedad generalizada.
- Contrastar los resultados obtenidos del trabajo académico con otras instituciones que brinden atención en casos de ansiedad generalizada, y realizar un análisis comparativo de los resultados.
- Extender el presente trabajo académico a más casos y efectuar el mismo estudio en el género masculino, y en otros tipos de cuadros clínicos de ansiedad.
- Compartir experiencias con otros profesionales que trabajan con personas que padecen el cuadro clínico de ansiedad generalizada bajo el enfoque cognitivo conductual con la finalidad de integrar conocimientos y optimizar la calidad del tratamiento en relación con la intervención cognitivo conductual, documentarlas e informarlas.
- Establecer estrategias adecuadas para el trabajo de adhesión al tratamiento con la familia de la persona que padece el cuadro clínico de ansiedad generalizada; y así lograr una mayor eficacia en el tratamiento.

VI. REFERENCIAS

- Abad, M. (2018). *Diferencias en las creencias irracionales según la condición diagnóstica en un grupo de pacientes que asisten a un servicio de salud mental de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. v <https://hdl.handle.net/20.500.12866/3921>
- Armutio, A. (2011). *La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en Mindfulness*. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 1(3), 20-32. https://www.researchgate.net/publication/277259546_La_ansiedad_generalizada_y_s_u_tratamiento_basado_en_Mindfulness
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Bazán, L. (2021). Adaptación, validez y fiabilidad del inventario ansiedad rasgo estado para adultos de la ciudad de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 101-116. <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20614>
- Caballo, V. (2005). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI Editores. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 1-14. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02>

- Calero, Y. (2022). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una madre de una niña con trastorno del espectro autista*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6258>
- Ceja, C., Aldana, C., López, D., y Aguilar, H. (2023). Revisión sistemática sobre el comportamiento suicida y la terapia cognitivo-conductual (TCC). *Revista Jóvenes en la Ciencia*, 21(1), 1-10. <http://www.repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/9486>
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée De Brouwer. <https://books.google.com.pe/books?id=WZzDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Collado, S. (2020). *Evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada*. [Tesis maestría, Universidad de Jaén]. <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/14075>
- Díaz, D., Aragon, J., Aranda, J., Bellon, J., Bordallo, A., Cantero, L., Conde, M., Del Pino, R., Del Rio, S., Dotor, M., Espinola, E., Fernandez, C., García, P., Gonzales, A., Gravan, M., Izquierdo, J., Parra, A., Ras, J., y Sanz, R. (2011). *Proceso asistencial integrado: Ansiedad, depresión, somatizaciones*. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pai-ansiedad.html>
- Ferrero, N., y Catalina, A. (2021). *S.O.S materiales y recursos terapéuticos TREC y TCC: guía práctica para la conceptualización de emociones y herramientas de apoyo para psicoterapeutas*. PSICOTREC. <https://www.psicotrec.pe/product-page/sos-trec-y-tcc>

- Gaitán, P., Pérez, V., Vilar, M., y Teruel, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Scielo*, 63(4), 478 – 485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- García, S., Bados, A., y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245 – 258. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97026840008.pdf>
- Habigzang, L., Gomes, M., y Zamagna, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249 – 264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2015). *Metodología de la Investigación*. (6°ed.). Mc Graw Hill.
- Huamani, C. (2022). *Intervención Cognitivo Conductual en una mujer adulta con Ansiedad Generalizada*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6388>
- Instituto Nacional de Salud Mental (12 de enero de 2018). *Estudio epidemiológico de salud mental*. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Kerlinger, F., y Lee, H. (1975). *Investigación del Comportamiento*. Mc Graw-Hall. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide. <https://es.pdfdrive.com/t%C3%A9cnicas-de-modificaci%C3%B3n-de-conducta-e158648624.html>
- Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional

- Federico Villarreal]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4492>
- Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad, Tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud (5 de febrero de 2023). *Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad?* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>
- Monroy, I., Valdés, K., y Hernández, A. (2023). *Entre la evaluación y la intervención con grupos vulnerables desde la Teoría Cognitivo Conductual*. Universidad Autónoma de Coahuila. México. <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2023/07/Entre-la-evaluacion-y-la-intervencion.pdf>
- Oblitas, M. (2020). *Técnica del semáforo como estrategia de formación de la inteligencia emocional en los estudiantes del nivel inicial*. [Tesis de Segunda Especialidad. Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio Institucional Universidad Nacional de Tumbes. <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/1977>
- Organización Mundial de la Salud (8 de junio de 2022). *Trastornos Mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2 de marzo de 2022). *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Organización Mundial de la Salud (27 de septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Panamericana de la Salud (1 de octubre de 2022). *Desastres: Preparativos y*

Mitigación en las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55868>

Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018*. Organización Panamericana de la Salud.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

Pabuena, M. (2019). *Evaluación e intervención Clínica de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el Modelo Cognitivo Conductual* [Tesis de Especialidad en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional

Universidad Pontificia Bolivariana.

<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6389>

Pardo, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: Análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].

Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid.

<https://repositorio.uam.es/handle/10486/689733>

Pesantes, K. (2022). *Intervención Cognitivo Conductual en un caso de Ansiedad Social en un varón adulto*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico

Villarreal]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Federico Villarreal.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5359/browse?type=subject&value=Ansiedad+social>

Reyes, J. (2010). *Trastornos de Ansiedad guía práctica para un diagnóstico y tratamiento*.

Revista Trastorno de Ansiedad, 1(2), 30-41.

<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Descleé de Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Saavedra, J. E., Aliaga, K., Castillo, W. H., Huamán, J., Luna, Y., Nicolás, Y., Krüger, H., Paz, V., Robles, Y., Sagástegui, A. A. I., Sarabia, S., Vega, J. Mayo., & Zevallos, S. (2022). *Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana*. *Diagnóstico*, 61(3). 147 – 187. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374>
- Velasco, P. (2022). *Terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta*. [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5745>

VII. ANEXOS

Anexo A

Protocolo de los instrumentos utilizados

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI

Nombre: Edad:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

Fecha de Aplicación:

A continuación, se presentan algunas expresiones que la gente usa para describirse. Lea cada frase y marque con un aspa sobre el número que indique como se siente ahora mismo, o sea, es este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Nº	EN ESTE MOMENTO...	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento en confianza				
12	Me siento nervioso				
13	Me siento agitado				
14	Me siento "a punto de explotar"				

15	Me siento reposado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy excitado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

A		B		PD
	-		+21	

ADULTOS CATEGORIAS	VARONES		MUJERES	
	A/E	A/R	A/E	A/R
Alto	29 - 60	26 - 60	32 - 60	33 - 60
Sobre promedio	20 - 28	20 - 25	23 - 31	26 - 32
Promedio	19	19	20 - 22	24 - 25
Tend. Promedio	14 - 18	14 - 18	15 - 19	17 - 23
Bajo	0 - 13	0 - 13	0 - 14	0 - 16

Lea cada frase y marque con un aspa sobre el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Nº	GENERALMENTE...	Casi nunca	Algunas veces	A Menudo	Casi siempre
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				

29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mi mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de evadir las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

A		B		PD
	-		+21	

ADULTOS	VARONES		MUJERES	
CATEGORIAS	A/E	A/R	A/E	A/R
Alto	29 - 60	26 - 60	32 - 60	33 - 60
Sobre promedio	20 - 28	20 - 25	23 - 31	26 - 32
Promedio	19	19	20 - 22	24 - 25
Tend. Promedio	14 - 18	14 - 18	15 - 19	17 - 23
Bajo	0 - 13	0 - 13	0 - 14	0 - 16

INVENTARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES

Nombre: Edad:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

Fecha de Aplicación:

Este registro de opciones tiene como misión poner de manifiesto sus creencias particulares. Es solo una herramienta que permite acercarnos a nuestra forma de percibir la realidad

Conteste la prueba y no piense mucho cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase a la siguiente.

Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.		
2. Odio equivocarme en algo.		
3. La gente que se equivoca tiene lo que se merece.		
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía.		
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.		
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.		
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes.		
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.		
9. “Una cebra no puede cambiar sus rayas”.		
10. Prefiero sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.		
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie.		
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.		
13. Hay demasiadas personas malas que quedan impunes		

	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo
14. Las frustraciones me distorsionan		
15. A la gente no le trastorna los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos		
16. Me produce poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros		
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlo cuanto antes		
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.		
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado		
20. Me gusta disponer de muchos recursos.		
21. Quiero gustar a todo el mundo		
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.		
23. Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.		
24. Las cosas deberían ser distintas a como son.		
25. Yo provoco mi propio mal humor.		
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza		
27. Evito enfrentarme a los problemas		
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía		
29. Sólo porque una vez algo afectó mi vida de forma importante, no quiere decir que sea igual en el futuro		
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer		
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás.		
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.		
33. La inmoralidad debería castigarse severamente.		
	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo

34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.		
35. El estado de las personas, de manera lamentable, normalmente se debe a sí mismas.		
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.		
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo.		
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.		
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.		
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.		
41. Si no gusto a los demás, es su problema, no el mío.		
42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.		
43. Yo pocas veces culpo a la gente por sus errores.		
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.		
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.		
46. No puedo soportar correr riesgos.		
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.		
48. Me gusta valerme por mí mismo		
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más cómo me gustaría ser.		
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.		
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.		
	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean ellas.		
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.		
54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.		
55. Cuanto más problema tiene una persona, menos feliz es.		

56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.		
57. Raramente aplazo las cosas.		
58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.		
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.		
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.		
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.		
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.		
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.		
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.		
65. Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.		
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.		
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.		
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.		
69. Somos esclavos de nuestro pasado.		
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más.		
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.		
72. Me trastorna cometer errores.		
	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo
73. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.		
74. Yo disfruto honradamente de la vida.		
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.		
76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.		

77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.		
78. Pienso que es fácil buscar ayuda.		
79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.		
80. Me encanta estar tumbado.		
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.		
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.		
83. Generalmente, doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.		
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.		
85. Nunca hay razón para permanecer afligido por mucho tiempo		
86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.		
87. No me gustan las responsabilidades.		
88. No me gusta depender de los demás.		
89. Básicamente, la gente nunca cambia.		
90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.		
91. Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.		
	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo
92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.		
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.		
94. Raramente me importunan los errores de los demás.		
95. El hombre construye su propio infierno interior.		
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.		
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable		
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.		

99. No miro atrás con resentimiento.		
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado.		

Inventario de Depresión de Beck BDI-II

Nombre: Edad:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

Fecha de Aplicación:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo.

2 Estoy triste todo el tiempo

3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás pero muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto al mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

REGISTRO DE LA UNIDAD SUBJETIVA DE MEDIDA (SUD)

Registro semanal de frecuencia de Síntomas Fisiológicos

Nombre: Edad:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

Fecha de Aplicación:

Instrucciones: En el siguiente cuadro registre la frecuencia de aparición del síntoma fisiológico durante los días semana, su calificación oscilara entre 0 (si no se ha presentado el síntoma) a 10 (mayor número de aparición del síntoma).

	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Tensión muscular							
Taquicardia							
Dolor de cabeza							
temblor							
nauseas							
Insomnio							

REGISTRO DE LA UNIDAD SUBJETIVA DE MEDIDA (SUD)

Registro semanal de intensidad de emociones

Nombre: Edad:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

Fecha de Aplicación:

Instrucciones: En el siguiente cuadro registre el nivel de intensidad de sus emociones, su calificación oscilará entre 0 (nivel de intensidad nulo) a 10 (mayor nivel de intensidad de su emoción).

Emociones	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Ansiedad							
Enojo							
Culpa							
Tristeza							

Anexo B

Consentimiento Informado

Programa de Intervención Cognitivo Conductual- Consentimiento Informado

Yo AMGB, en calidad de participante voluntario durante este programa de intervención Cognitivo Conductual, me comprometo ante la Lic. Psicóloga a:

- Asistir puntualmente a todas las sesiones del programa.
- Cumplir con las tareas asignadas en cada una de sus sesiones.
- Informar con anticipación si por algún motivo no puedo presentarme a la cita.
- Informar a la terapeuta si he decidido dejar de asistir a las sesiones del programa.

Soy consciente de que el incumplimiento a cualquiera de los puntos mencionados, sin que para ello exista un motivo justificado o aviso oportuno, puede ocasionar la suspensión inmediata de la atención.

Yo Melissa Mega Chuyexone, identificada con DNI N° 47854402, en calidad de responsable de llevar a cabo este programa de intervención Cognitivo- Conductual, me comprometo con el usuario:

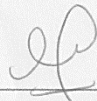
- Cumplir con las actividades correspondientes a cada una de las sesiones del programa.
- Utilizar todos mis conocimientos y habilidades para el cumplimiento de los objetivos del programa en pro del bienestar del usuario.
- Informar oportunamente a la paciente (por lo menos 24 horas antes) cualquier eventualidad relacionada con el desarrollo normal de las sesiones del programa (por ejemplo: cancelación o postergación de una sesión).
- Guardar absoluta reserva sobre los datos personales del usuario y sobre la información que proporcione a lo largo de las sesiones.
- Mantener los registros del usuario en un lugar reservado, que garantice la confidencialidad de los datos respectivos.
- Respetar la decisión del usuario si decide abandonar el programa sin repercusiones negativas y aun si ella no quisiera revelar los motivos de dicho retiro.
- Informar al usuario lo que este considere oportuno sobre las pruebas que se le aplico y los resultados de su proceso terapéutico.

En forma expresa manifestamos que hemos leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencias aceptamos su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

En constancia de lo anterior firmamos este documento.



USUARIO



PSICOLOGA

Modelo de Consentimiento Informado

Programa de Intervención Cognitivo Conductual- Consentimiento Informado

Yo _____, en calidad de participante voluntario durante este programa de intervención Cognitivo Conductual, me comprometo ante la Lic. Psicóloga a:

- Asistir puntualmente a todas las sesiones del programa.
- Cumplir con las tareas asignadas en cada una de sus sesiones.
- Informar con anticipación si por algún motivo no puedo presentarme a la cita.
- Informar a la terapeuta si he decidido dejar de asistir a las sesiones del programa.

Soy consciente de que el incumplimiento a cualquiera de los puntos mencionados, sin que para ello exista un motivo justificado o aviso oportuno, puede ocasionar la suspensión inmediata de la atención.

Yo _____, identificada con DNI N° _____ en calidad de responsable de llevar a cabo este programa de intervención Cognitivo- Conductual, me comprometo con el usuario:

- Cumplir con las actividades correspondientes a cada una de las sesiones del programa.
- Utilizar todos mis conocimientos y habilidades para el cumplimiento de los objetivos del programa en pro del bienestar del usuario.
- Informar oportunamente a la paciente (por lo menos 24 horas antes) cualquier eventualidad relacionada con el desarrollo normal de las sesiones del programa (por ejemplo: cancelación o postergación de una sesión).
- Guardar absoluta reserva sobre los datos personales del usuario y sobre la información que proporcione a lo largo de las sesiones.
- Mantener los registros del usuario en un lugar reservado, que garantice la confidencialidad de los datos respectivos.
- Respetar la decisión del usuario si decide abandonar el programa sin repercusiones negativas y aun si ella no quisiera revelar los motivos de dicho retiro.
- Informar al usuario lo que este considere oportuno sobre las pruebas que se le aplico y los resultados de su proceso terapéutico.

En forma expresa manifestamos que hemos leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencias aceptamos su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

En constancia de lo anterior firmamos este documento.

USUARIO

PSICOLOGO (A)