



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Dávalos Loo, Edgar Jesús

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherras, Orlando

Aguilar Mori, Karim

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	5%
3	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	archive.org Fuente de Internet	1%
5	www.scribd.com Fuente de Internet	1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Terapia Cognitivo Conductual

Autor:

Dávalos Loo, Edgar Jesús

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherras, Orlando

Aguilar Mori, Karim

Lima - Perú

2024

Pensamientos

“Tienes poder sobre tu mente, no sobre los eventos externos. Date cuenta de esto, y encontrarás la fuerza.” – Marco Aurelio

Dedicatoria

A mi padre, gracias por tus sacrificios y querer siempre lo mejor para mí, confiando en mi proceso, aunque hoy ya no estés conmigo para celebrar los frutos.

Agradecimientos

A mi padre, Edgar Patricio Dávalos Salazar, por su esfuerzo y apoyo en vida, apostando por mi capacidad en la carrera que elegí, ayudándome en los pasos que requerí para llegar hasta donde estoy ahora.

Índice

Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
1.1. Descripción del problema	13
1.2. Antecedentes	15
1.2.1. Antecedentes Nacionales	15
1.2.2. Antecedentes internacionales	17
1.2.3. Fundamentación teórica	18
1.3. Objetivos	33
1.4. Justificación	34
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	35
II. Metodología	36
2.1. Tipo y diseño de Investigación	36
2.2. Ámbito temporal y espacial	36
2.3. Variables de Investigación	36
2.4. Paciente	38
2.5. Técnicas e instrumentos	38
2.5.1. Técnicas	38
2.5.2. Instrumentos	39
2.5.3. Evaluación psicológica	41
2.5.4. Evaluación Psicométrica	45
2.5.5. Informe psicológico integrador	48
2.5.6. Evaluación cognitivo conductual	52
2.6. Intervención	60

2.6.1	Plan de intervención y calendarización	60
2.6.2	Programa de intervención	61
2.7.	Procedimiento	89
2.8.	Consideraciones éticas	89
III	Resultados	90
3.1	Análisis de Resultados	90
3.2.	Discusión de Resultados	106
IV.	Conclusiones	108
V.	Recomendaciones	109
VI.	Referencias	110
VII.	Anexos	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Registro cognitivo - Frecuencia	52
Tabla 2	Registro cognitivo – Intensidad (escala SUD)	53
Tabla 3	Registro emocional – Frecuencia	54
Tabla 4	Registro emocional – intensidad (escala SUD)	54
Tabla 5	Registro conductual – Frecuencia	55
Tabla 6	Registro fisiológico – Frecuencia	56
Tabla 7	Registro fisiológico – Intensidad (escala SUD)	56
Tabla 8	Síntomas ansiedad	57
Tabla 9	Diagnóstico funcional	57
Tabla 10	Análisis funcional	58
Tabla 11	Análisis cognitivo	59
Tabla 12	Calendarización	61
Tabla 13	Sesión 01: Psicoeducación de la ansiedad y la terapia cognitivo conductual	64
Tabla 14	Sesión 02: Análisis de responsabilidad	65
Tabla 15	Sesión 03: Desarrollo de la técnica ABC	66
Tabla 16	Sesión 04: Psicoeducación de ideas irracionales	67
Tabla 17	Sesión 05: Aplicación de técnica flecha descendente	68
Tabla 18	Sesión 06: Reflexión sobre principios estoicos usados en TCC	69
Tabla 19	Sesión 07: Desarrollo de los pasos D y E	70
Tabla 20	Sesión 08: Aplicación de la técnica parada de pensamiento	71
Tabla 21	Sesión 09: Aplicación de técnicas reducción al absurdo y sentido del humor	73
Tabla 22	Sesión 10: entrenamiento en autoinstrucciones	74
Tabla 23	Sesión 11: Psicoeducación de las técnicas de relajación	75
Tabla 24	Sesión 12: Utilización de la técnica de respiración diafragmática	77

Tabla 25 Sesión 13: Utilización de la técnica de respiración con visualización	78
Tabla 26 Sesión 14: Utilización de la técnica de relajación muscular progresiva	80
Tabla 27 Sesión 15: Utilización de la técnica de relajación diferencial	81
Tabla 28 Sesión 16: Aplicación de la técnica Permanecer en situaciones difíciles	82
Tabla 29 Sesión 17: Entrenamiento en habilidades sociales (i)	83
Tabla 30 Sesión 18: Entrenamiento en habilidades sociales (ii)	84
Tabla 31 Sesión 19: Programación de actividades diarias	85
Tabla 32 Sesión 20: Programación de actividades y alta terapéutica	87
Tabla 33 Registro cognitivo - Frecuencia / Pre y Post	92
Tabla 34 Registro cognitivo - Intensidad / Pre y Post	94
Tabla 35 Registro emocional - Frecuencia / Pre y Post	96
Tabla 36 Registro emocional – Intensidad (escala SUD) / Pre y Post	98
Tabla 37 Registro conductual – Frecuencia / Pre y Post	100
Tabla 38 Registro fisiológico – Frecuencia / Pre y Post	102
Tabla 39 Registro fisiológico – Intensidad / Pre y Post	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung - Pre y Post	90
Figura 2	Cuestionario de creencias irracionales de Ellis	91
Figura 3	Resultados registro cognitivo - Frecuencia Pre y Post	93
Figura 4	Resultados registro cognitivo - Intensidad Pre y Post	95
Figura 5	Resultados registro emocional - Frecuencia Pre y Post	97
Figura 6	Resultados registro emocional - Intensidad Pre y Post	99
Figura 7	Registro conductual - Frecuencia / Exceso Pre y Post	101
Figura 8	Registro conductual - Frecuencia / Debilitamiento Pre y Post	101
Figura 9	Registro fisiológico - Frecuencia Pre y Post	103
Figura 10	Registro fisiológico - Frecuencia Pre y Post	105

Resumen

Se presenta el estudio de investigación del caso de un hombre adulto de 24 años de edad quien presenta sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se realiza el abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual bajo el diseño experimental de caso único y el modelo A-B con evaluaciones pre y post test. El objetivo de la intervención fue disminuir la sintomatología ansiosa relacionada a las áreas cognitiva, física, emocional y conductual del paciente. Los instrumentos utilizados para la obtención de datos fueron: entrevista, Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung, Inventario de Creencias Irracionales de Ellis y autorregistros cognitivo conductuales. Además, la intervención constó de 20 sesiones con una duración de 50 minutos en promedio a lo largo de 5 meses aproximadamente. Se utilizaron diversas técnicas cognitivo conductuales como: reestructuración cognitiva, relajación diferencial, ejercicios de respiración, psicoeducación, entre otras. Respecto a los resultados obtenidos al finalizar la intervención reflejaron que se logró una disminución de los síntomas ansiosos a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional lo que representa la eficacia de la terapia cognitivo conductual en casos de trastornos de ansiedad generalizada.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad.

Abstract

The research study of the case of a 24-year-old adult male who presents symptomatology of generalized anxiety disorder (GAD) is presented. The therapeutic approach with cognitive-behavioral approach under the single case experimental design and the A-B model with pre- and post-test evaluations is carried out. The goal of the intervention was to reduce the anxious symptomatology related to the cognitive, physical, emotional and behavioral areas of the patient. The instruments used for data collection were: interview, Zung Anxiety Self-rating Scale, Ellis' Irrational Beliefs Inventory and cognitive-behavioral self-records. In addition, the intervention consisted of 20 sessions with an average duration of 50 minutes over approximately 5 months. Several cognitive behavioral techniques were used, such as: cognitive restructuring, differential relaxation, breathing exercises, psychoeducation, among others. The results obtained at the end of the intervention showed a decrease in the anxious symptoms at physiological, cognitive, behavioral and emotional levels, which represents the efficacy of cognitive behavioral therapy in cases of generalized anxiety disorders.

Keywords: cognitive behavioral therapy, generalized anxiety disorder, anxiety.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad del mundo, hablar de ansiedad engloba diversos problemas con los que muchas personas viven a diario, especialmente luego de que como sociedad hemos atravesado una pandemia que ha evidenciado nuestras vulnerabilidades, pero también la facilidad que tenemos para adaptarnos, sin embargo, la ansiedad es un tema recurrente en el consultorio psicológico. Calhoun y Tye (2015) afirman que la ansiedad es un estado mental orientado al futuro y activado por situaciones distantes y amenazas potenciales en lugar de amenazas específicas y predecibles (como se citó en Takagi et al., 2018).

Además de la percepción de amenaza que genera la ansiedad como mecanismo de defensa, se puede generar sensaciones incómodas tales como: preocupación, inquietud, agitación e hipervigilancia que podrían generar una patología ansiosa si se convierte en una respuesta incontrolable y persistente por el paciente (Eloy et al., 2021).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2023), los trastornos de ansiedad repercuten en las actividades de la vida diaria y pueden deteriorar el funcionamiento correcto del ámbito familiar, escolar, social y laboral de una persona.

En la época antigua, se tenía la idea de que la ansiedad (entre otros trastornos mentales) era causada por demonios o espíritus y su tratamiento se relacionaba con rituales, amuletos, entre otros. Sin embargo, en la actualidad con el avance de la ciencia se ha reconocido y estudiado científicamente a la ansiedad como un trastorno mental, el médico inglés W. Cullen en el siglo XVIII ya enfocaba la ansiedad como una enfermedad y la trataba con medicamentos y relajación. Para el siglo XIX Freud creía que la ansiedad era una respuesta a conflictos inconscientes y también la trataba con terapia, no obstante, este enfoque se ha ido modificando y ampliando a lo largo del tiempo. En la época actual, la ansiedad es tratada mediante terapias que combinan diferentes métodos y medicación, las más efectivas a mencionar serían: la terapia

de exposición, terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo conductual. (Torrico, 2011)

Ante esta problemática, el presente trabajo expone la intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual en un varón de 24 años con trastorno de ansiedad generalizada. Con la finalidad de disminuir sus niveles de ansiedad, se utilizaron diversas técnicas para que se le facilitara llevar su vida con normalidad, así como el mejoramiento de su desempeño a nivel cognitivo y emocional. Además, este trabajo también puede ser de utilidad para aquellos colegas que necesiten utilizar herramientas eficientes ante problemáticas similares.

En este trabajo se presentan cuatro capítulos: el capítulo I, se enfoca en la problemática que produce este tipo de trastorno tanto a un nivel nacional como mundial, así como las características teóricas de dicho trastorno. En el capítulo II se profundiza sobre la metodología de investigación, los instrumentos utilizados para medición, evaluación, registro e intervención. En el capítulo III, se busca precisar el análisis de los resultados y su efectividad en el estudio del caso. Por último, en el capítulo IV se desarrolla la discusión a partir de los resultados y se plantean las conclusiones y recomendaciones sugeridas.

1.1. Descripción del problema

Podría definirse a la ansiedad según Díaz (2019) como una respuesta desproporcionada en relación con la amenaza que la produce, es decir, se atribuye una valoración errónea de peligro, lo cual activa esquemas inadaptativos que distorsionan el procesamiento de la información. Según la OMS (2023) los trastornos de ansiedad pueden elevar el riesgo de sufrir depresión, trastornos por consumo de drogas, aumento de ideas y comportamientos suicidas; en general deterioran la salud mental.

Además, Keegan (2007) añade que una de las características centrales de la ansiedad es la desatención del presente, creyendo en un futuro percibido como amenazante, que, sumado a la dificultad para estimar adecuadamente la probabilidad de eventos dañinos, hace que el

paciente crea realmente que vive en un mundo lleno de problemas y dificultades de magnitudes irremediables, aunque para un observador externo no note nada fuera de lo normal.

Sin embargo, sea real o no la amenaza, el paciente atraviesa diversos cambios tanto físicos como mentales, que le generan angustia y sufrimiento.

Según García (2015) podrían dividirse los síntomas de ansiedad generalizada en:

- Síntomas generales: aturdimiento o sensaciones de hormigueo, tensión muscular, incapacidad para relajarse, sofocos o escalofríos y sensación constante de estar al límite.
- Autónomos: que incluye sudoración, temblores, sacudidas, sequedad de boca y palpitaciones constantes.
- Relacionados con pecho y abdomen: dolor o malestar en el pecho, náuseas y dificultad para respirar.
- Relacionados con el estado mental: despersonalización, miedo constante a perder el control o volverse loco, miedo a morir y desrealización.
- Síntomas no específicos: dificultad para la concentración, irritabilidad constante y dificultad para conciliar el sueño.

En esa misma línea, la OMS (2023) indica que hasta 2019, 301 millones de personas sufrían de trastorno de ansiedad, lo cual lo convierte en uno de los trastornos mentales más comunes. Considerando las consecuencias negativas que la ansiedad genera en la vida de las personas, tanto laboral, emocional y socialmente, es un número a considerar.

Por otro lado, según reportes del Ministerio de Salud ([Minsa] 2023) la ansiedad está en el primer puesto en la atención por problemas o trastornos relacionados en la salud mental del Perú, alcanzando un total de 433 816 casos diagnosticados en el año 2022.

Ante esta problemática tan relevante y que afecta de forma tan intensa a los individuos, se subraya el papel de la terapia cognitivo conductual en la intervención y tratamiento de los

trastornos de ansiedad, para así facilitar y guiar los pensamientos y conductas disfuncionales que generan preocupación y ansiedad, permitiéndole al individuo, lograr funcionalidad y mejoría (Fullana et al., 2011).

En el presente caso se aborda un paciente con sintomatología ansiosa, sus síntomas físicos incluyen: sudoración, tensión muscular, ahogamiento en momentos de ansiedad y sensación de aceleración del corazón. Por otra parte, también presenta pensamientos fatalistas y un constante miedo a salir. En conjunto, el paciente indica sentirse sobrepasado y sin esperanzas para el futuro, además la ansiedad ha impactado en sus relaciones sociales y trabajo, por lo tanto, se aplica un programa de intervención psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo conductual con la finalidad de reducir la ansiedad en sus diversos niveles: fisiológico, emocional, cognitivo y conductual.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Maraví (2020) realizó en Lima el estudio clínico en una paciente adulta de 43 años con trastorno de ansiedad generalizada, bajo el diseño experimental de caso único multicondicional ABA. Se utilizaron diferentes instrumentos, como el Test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck, Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), Inventario de depresión de Beck (BDI), Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R, entre otros. Así mismo, se utilizaron técnicas cognitivo conductuales como el entrenamiento en resolución de problemas, relajación progresiva de Jacobson y modificación de pensamientos distorsionados. Como resultado, disminuyó la frecuencia de la preocupación y la intensidad de la ansiedad de 54% a 14%.

Díaz (2022) en Arequipa, realizó un estudio de caso clínico en una usuaria de 46 años que presentaba ansiedad generalizada y ataques de ansiedad. Se utilizaron técnicas cognitivas conductuales y para la evaluación se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MICMI – II), Inventario de autoestima de Coopersmith y Autorregistro de unidades subjetivas

de ansiedad (SUD), entre otros. Se aplicó un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual, el cuál consistió en técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y habilidades sociales en específicos. Los resultados demostraron mejoría significativa en la toma de decisiones, planteo de metas, proyectos a corto plazo y mejora en autoestima y control de impulsos.

Velasco (2022) en Lima, realizó un estudio de caso clínico en paciente mujer de 58 años afectada por Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Se aplicaron 12 sesiones con enfoque cognitivo conductual, utilizando el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), Registro de Opiniones – Forma A de Elliks, Escala de autovaloración de ansiedad de Zung, entre otros. El plan de tratamiento se basó en la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva, relajación progresiva muscular de Jacobson, visualización positiva y resolución de problemas. Como resultado, la paciente redujo sus niveles de ansiedad y la sintomatología relacionada, así como la reducción de sus creencias irracionales y la incorporación de habilidades de afrontamiento.

Huamani (2022) efectuó en Apurímac un estudio de caso clínico en una joven de 28 años quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada. Se usó un diseño experimental de caso único A-B-A bajo la terapia cognitivo conductual. Los instrumentos aplicados fueron: escala de ansiedad (BAI), Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Ellis, etcétera. Además, se aplicó psicoeducación, entrenamiento en respiración, relajación de Jacobson y reestructuración cognitiva. Se registró una disminución considerable (85%) de la sintomatología ansiosa de las emociones, conductas y pensamientos negativos.

Yañez (2022) en Lima, realizó un estudio de caso clínico en un varón de 26 años con sintomatología de ansiedad generalizada. El enfoque fue Cognitivo Conductual y consistió en 24 sesiones donde se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMIII), Cuestionario Personalidad Situacional (CPS), Inventario de Ansiedad de Beck, etcétera.

Además, se utilizaron técnicas como psicoeducación, diario emocional y de preocupaciones, reestructuración cognitiva y ejercicios de respiración, lo que contribuyó a una mejoría en sus habilidades de regulación emocional, flexibilidad de pensamiento, resolución de problemas y planificación de actividades saludables.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Pabuena (2019) en Colombia realizó un estudio en el caso de paciente adulto con sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada, con enfoque cognitivo conductual en 10 sesiones. se registraron pruebas como el Inventario clínico multiaxial Millon III y el Inventario de ansiedad rasgo – estado IDARE. En lo que concierne al plan de tratamiento, se implementaron técnicas como reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas, inoculación del estrés, exposición simbólica, entre otras. Al final del proceso, se concluyó que hubo una reducción de la sintomatología y cambios relacionados con el sistema de creencias y el control emocional.

Macías et al., (2020) efectuaron en México el estudio del caso en paciente femenino de 60 años con trastorno de ansiedad generalizada y sintomatología relacionada. Se utilizaron los instrumentos: Inventario de pensamientos automáticos de Ruíz y Luján, Cuestionario de Oviedo de calidad del sueño y Escala de Ansiedad de IDARE. Las técnicas fueron de corte cognitivo conductual en la modificación de pensamientos y creencias irracionales y mindfulness para identificar emociones, pensamientos y cambios fisiológicos. Como resultado, disminuyó el nivel de ansiedad, los problemas de sueño mejoraron y la frecuencia de distorsiones cognitivas disminuyeron.

Collado (2020) realizó en España una evaluación en caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva en paciente de 39 años con antecedentes de comorbilidad. Fue evaluado con el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania, Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre y el Inventario de Asertividad

de Gambrill y Richey. El enfoque de intervención fue el cognitivo conductual con psicoeducación, relajación progresiva muscular, exposición en imaginación, entrenamiento en asertividad/habilidades sociales, entre otros. Los resultados fueron positivos, ya que se redujo la frecuencia, intensidad y duración de las preocupaciones y los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad.

Coronado (2022) en España realiza un estudio en caso de paciente mujer adulta, quien sufre de ansiedad generalizada y comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos de ansiedad, como agorafobia, trastorno de pánico y ansiedad por enfermedad. Se utilizó el Inventario de depresión de Burns, Cuestionario de ansiedad de Burns, Inventario de Síntomas SCL-90-Revisado, entre otros. El tratamiento estuvo centrado en la psicoeducación e intervención de corte cognitivo-conductual. Los resultados demuestran una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y una mejoría en su comportamiento frente al futuro.

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1. Intervención cognitivo conductual. Definición Terapia Cognitiva

Conductual: Ruíz et al. (2017) definen a la TCC como la ciencia aplicada clínicamente a la psicología, que se basa en sustentos, principios y procedimientos fundamentados en el empirismo. La TCC es una unión entre la Terapia de la Conducta y la Terapia Cognitiva que fueron evolucionando. Trabaja con respuestas emocionales, conductuales, físicas y cognitivas y considera a los individuos tienen responsabilidad en los procesos que le involucran y puede controlarlos. La TCC es por principio educativa y a través del proceso cuenta con diversas técnicas y programas específicos para distintos trastornos.

Esta terapia asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen o causan malestares asociados a trastornos mentales. En esta terapia el objetivo es que, por medio de técnicas diversas, se disminuyan los efectos negativos (Fullana et al, 2011).

Uno de los fundamentos más importantes en el desarrollo de la TCC es que las cogniciones tienen un papel clave en la conducta, ya que al determinar lo que los pacientes se dicen a sí mismos se puede entender tanto su malestar emocional como sus reacciones al entorno (Nuñez y Tobon, 2005).

Por otro lado, para Gillihan (2018) la TCC es eficaz por los siguientes aspectos:

- Descomposición: permite descomponer problemas complejos en más pequeños y fáciles de tratar.
- Entrenamiento estructurado: la TCC asegura una estructura sistemática y dosificada de técnicas que generan alivio.
- Práctica repetida: gran parte del trabajo de la TCC se realiza fuera del consultorio lo que permite crear nuevos hábitos con base en la repetición.
- Ciencia clínica: las sesiones para el tratamiento tienen bases establecidas y los programas de la TCC pueden estandarizarse y comprobarse frente a grupos de control.

1.2.3.2. Modelos de la terapia cognitivo conductual. Según Alarcón (2022) la TCC usa como fundamentos los siguientes modelos: condicionamiento clásico, operante, aprendizaje social y modelo cognitivo.

A. Modelo clásico. Durante los años treinta, Pavlov y otros psicólogos experimentaron y estudiaron la manera en que diferentes estímulos al usarlos, permitían obtener respuestas de animales. Esto permitió descubrir principios fundamentales del aprendizaje, en relación entre estímulos y respuestas que luego fueron beneficiosas para modificar el comportamiento humano (Arancibia et al., 2008). Un método para producir un condicionamiento clásico es: antes del condicionamiento el estímulo incondicionado (EI) genera una respuesta incondicionada (RI), si se presenta un estímulo neutro (EN) sin nada más, no se genera respuesta, pero durante el condicionamiento se presenta el EI acompañado del EN produciendo la RI, lo que permite que después del condicionamiento el EN se convierta en un estímulo

condicionado (EC) que sin necesidad del EI produzca ya no una RI sino una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico de Pavlov en la psicología y estudio de la conducta ha sido y es esencial; se ha comprobado como el proceso de aprendizaje subyace a diversos fenómenos ya que en gran parte los organismos que se benefician de experiencias son susceptibles al condicionamiento clásico. Sus principios son fundamentales para diversos modelos de aprendizaje que con éxito han sido aplicados a procesos complejos (Ruíz et al., 2012).

B. Modelo operante. Frederic Skinner describió el condicionamiento operante como un proceso en el cual se fortalece las probabilidades de que cierto comportamiento vuelva a darse. Se sostiene, por lo tanto, que se aprende aquello que es reforzado, es decir, el comportamiento está determinado por el ambiente y que las condiciones externas son las que explican el funcionamiento de la conducta (Arancibia et al., 2008). A diferencia del condicionamiento clásico en donde la conducta depende de los estímulos que la anteceden, Skinner utiliza el análisis funcional del comportamiento en donde toma en consideración a la conducta como una variable dependiente de las consecuencias (refuerzo). Su fórmula epistémica E-O-R-C (estímulo, organismo, respuesta, consecuencia) hace hincapié en la consecuencia (C) ya que esta permite la formación de comportamientos, y la probabilidad de repetición de tal comportamiento, aumentará si la consecuencia es de gratificación y disminuirá si representa un castigo (Núñez y Tobón, 2005). Esta teoría es aplicable en muchos aspectos de la vida cotidiana, en el ámbito laboral, educativo, etc. Comprender el condicionamiento operante permitió a la psicología entender sobre cómo aprendemos y cómo se puede modificar nuestro comportamiento de forma efectiva.

C. Aprendizaje social. Según Arancibia et al., (2008) los modelos anteriores tienen dos características en común:

- Se hace hincapié en el rol del comportamiento observable, no teniendo en consideración los procesos no observables de la persona, como lo son los pensamientos y emociones.
- Gradualmente se realizará el aprendizaje en la medida que se vinculen estímulos con respuestas o acciones con consecuencias.

Bandura por su parte si bien rectifica el funcionamiento de los aprendizajes mencionados anteriormente, agrega que existe una clase de aprendizaje fundamental para el desarrollo, el cual es el aprendizaje por Observación o Vicario. Este modelo sostiene que existen mecanismos internos fundamentales para que se produzca el aprendizaje y si bien coincide con los aportes del conductismo, añade que la forma en que procesamos información al aprender, se realiza por medio de procesos de tipo cognitivo. Es así que, según este modelo:

- En gran parte la conducta humana no es innata, es aprendida.
- En el aprendizaje conductual el comportamiento es controlado por influjos ambientales, más que por fuerzas internas, por lo tanto, modificar la conducta a través de la alteración de consecuencias recompensatorias, es vital para el aprendizaje.
- Para aprender de manera más eficiente es vital la observación, ya que quien aprende lo hace por medio de la experiencia de otros (imitación).

D. Modelo cognitivo. En la década de los 70 nacieron nuevos modelos enfocados en la modificación de los pensamientos disfuncionales y sus patrones, teniendo en consideración de que son los procesos cognitivos los determinantes de la conducta y no el ambiente. El modelo cognitivo nace con Ellis, con la terapia racional-emotiva-conductual (TREC). En esa misma línea Beck, formó el modelo terapia cognitiva. Ambos modelos dan por sentado que las personas tienen la competencia para procesar la información con racionalidad y así adaptarse a su ambiente. Toma en cuenta que el aprendizaje se da por medio de factores cognitivos y los problemas psicopatológicos se dan cuando hay problemas para procesar racionalmente la información (Núñez y Tobón 2005). En la actualidad los modelos cognitivos aceptan que existe

una causalidad multidimensional al momento de abordar la psicopatología explicando tanto su origen, como sus manifestaciones de diferentes trastornos, sin embargo, los modelos cognitivos diseñados para la intervención terapéutica están basados en una formulación cognitiva del problema y en los procesos cognitivos, ya que estos se identifican como determinantes en el comportamiento, pero aun así no abandona las generaciones y modelos anteriores, ya que sigue haciendo énfasis en el método científico (Ruíz et al., 2012).

- ***Terapia-racional-emotiva-conductual de Ellis:*** Según Núñez y Tobón (2005) Ellis establece el modelo A-B-C en donde C es la respuesta intensa y disfuncional, como por ejemplo un estado de ansiedad, que es la consecuencia de una situación significativa que activa la mente (A), como, por ejemplo, el hecho que la pareja de un paciente se vaya de viaje por unas semanas, lo cual el paciente lo percibe como terrible, dando una idea irracional (B): “mi novio se enamorará de otra y me dejará”. Ellis postula que los trastornos emocionales son el resultado de creencias irracionales arraigadas, por medio de las cuales se tiende a pensar en algo diferente a la realidad. Se incluye además el autocuestionamiento de B llamado D, en donde teniendo en cuenta los valores de la persona, la terapia busca ayudarles a reconocer esos pensamientos irracionales y permitirles aceptar la realidad de las cosas.
- ***La terapia cognitiva de Beck:*** Según el modelo de Beck, se asume que la personalidad es la consecuencia de la forma en que cada persona piensa en torno a sí misma y el mundo en general, lo cual se organiza por la unión tanto de factores biológicos como patrones culturales. Por lo tanto, la psicopatología se origina en el modo de pensar disfuncional, fundamentado en valores o esquemas centrales que nacen por ciertos aprendizajes en el transcurso de la vida. Este modelo cognitivo es estructurado y sistemático en sus planteamientos y cuenta con respaldo de su eficacia en el ámbito científico. Tiene como finalidad cambiar los esquemas cognitivos que se relacionan en

las alteraciones emocionales y conductuales mediante la contrastación con la realidad. El terapeuta es un guía del consultante que juntos buscan evidencia confirmatoria o desconfirmatoria de sus creencias, para que así el paciente piense de manera más realista. Su duración es breve, se enfoca en el presente y se basa en la colaboración empírica entre terapeuta y consultante, además es educativa (Núñez y Tobón 2005).

1.2.3.3 Técnicas de la TCC. En el abordaje de la TCC se encuentran diversos tratamientos, terapias y técnicas que permiten el mejoramiento del paciente, tales como:

- **Debate socrático:** según Rubio (2020) tomando la influencia de Sócrates el filósofo griego que creía en cuestionarse todo para explorar ideas complejas, esta técnica cuestiona el sistema de creencias del paciente identificando la distorsión cognitiva que presenta. Se cuestiona lo realista de sus patrones de pensamiento, con preguntas como: ¿es realista mi forma de pensar?, ¿mis pensamientos se basan en hechos o en sentimientos?, ¿qué evidencia tengo de que esto sea verdad?
- **Flecha descendente:** en esta técnica según Bados y García (2010) se busca identificar la creencia básica en medio de más pensamientos. Se inicia con un pensamiento que genera malestar en el paciente y se realiza una de las siguientes preguntas: “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría?”, “si este pensamiento fuera verdad, ¿qué sucedería?”, “¿qué pasaría si ... (el pensamiento) fuera así?”. Se pregunta de la misma manera y sucesivamente a cada pensamiento que surge del pensamiento central, hasta que el paciente no puede dar una nueva respuesta o no cree en la que brinda.
- **Flecha ascendente:** según Castellero (2017) esta técnica busca modificar los esquemas de pensamiento del paciente, buscando los patrones de tales pensamientos y sus influencias. Se realizan preguntas que buscan conocer el

porqué de las respuestas que se dan ante temas significativos para el paciente. Se indaga con preguntas, por el significado de los pensamientos problemáticos hasta enfrentarse a dudas como: “¿por qué motivo me he comportado de esta forma?”, “¿por qué le he dado tanta importancia a eso?”, “¿por qué he dado por sentado que soy así?”

- **Reatribución cognitiva:** se busca con esta técnica que el paciente modifique su locus de control, es decir, modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales. En los trastornos de ansiedad generalizada, esta técnica puede ayudar a objetivar las posibles causas del malestar y la atribución de síntomas físicos a causas no específicamente peligrosas (Castillero, 2019).
- **Autorregistro:** Según León (2022) esta técnica es usada para evaluar y recoger información sobre conductas del paciente. Funciona mediante la autoobservación y a la vez puede hacer función de autoinforme. Se requiere de un entrenamiento mínimo por parte del paciente. De igual manera puede registrar diversos tipos de conductas, motoras: fisiológicas y cognitivas. En caso específico del trastorno de ansiedad generalizada se plantea el autorregistro en donde se incluya las situaciones que disparan las preocupaciones, las emociones experimentadas, pensamientos, temores, duración de la preocupación, entre otros.
- **Análisis de responsabilidad:** se analiza detalladamente las razones del por qué el paciente se siente responsable de la conducta de otros, lo que le genera culpa. A su vez se analizan los patrones arbitrarios que le hacen sentir que hace cosas mal o creerse culpable por ciertos pensamientos o deseos. La finalidad de esta técnica es buscar evidencia que le permita al paciente encontrar información más objetiva sobre los motivos que le llevan a sentir culpa (Ruíz et al., 2012).

- **Conceptualización alternativa:** por medio de la ayuda inicial del terapeuta, se buscan distintas interpretaciones a las ya establecidas por el paciente al inicio y encontrar explicaciones alternativas a los problemas ya planteados. La finalidad de esta técnica es contrarrestar la costumbre de realizar interpretaciones únicas sin soluciones (Ruíz et al., 2012).
- **Parada de pensamiento:** Ruíz et al. (2012) describen esta técnica como efectiva para parar cierto tipo de pensamientos. Si el paciente tiene pensamientos repetitivos de un hecho pasado y los piensa constantemente, dejándose llevar sin involucrarse en el proceso, que además le causa la aparición de tristeza u otra emoción, el terapeuta indica al paciente cerrar los ojos y que voluntariamente se una a la cadena de pensamientos problemáticos, hasta que el terapeuta grita “ALTO” unido a un fuerte golpe sobre la mesa, el paciente desconcertado se dará cuenta, con ayuda del terapeuta, que ha dejado de pensar en ese hecho pasado. El ejercicio se repetirá por el terapeuta, hasta que posteriormente sea el paciente quien lo realice, primero en voz alta y luego progresivamente lograr la parada de manera encubierta.
- **Reducción al absurdo:** en esta técnica según Ruíz et al., (2012) el objetivo es llevar al extremo la creencia del paciente, ante lo absurdo que podrían resultar las consecuencias.
- **Uso del sentido del humor:** se le pide al paciente que fuera del consultorio use el sentido del humor en situaciones activadoras, por ejemplo, alguna canción practicada en las sesiones, donde la letra ridiculiza las creencias irracionales, también hacer bromas sobre lo absurdo de esas creencias o exagerarlas hasta un punto de extravagancia. Se sugiere utilizar estos ejercicios para ayudar al auto-debate de las creencias irracionales (Ruíz et al., 2012).

- **Entrenamiento en autoinstrucciones:** Ruíz et al. (2012) tiene como fin instaurar o modificar el diálogo interno del paciente, lo que se dice a sí mismo. En psicología se considera a las autoinstrucciones como estrategias metacognitivas que facilitan la autorregulación de la conducta y la creencia y confianza en su propia capacidad. Su finalidad no es resolver problemas, sino facilitar el acceso a las capacidades específicas para resolver un problema.
- **Moldeamiento:** esta técnica implica el reforzamiento de las pequeñas aproximaciones que permiten conducir a una conducta meta. Por medio del reforzamiento de aproximaciones sucesivas se logra alcanzar de manera gradual, la conducta meta final. A medida que se va alcanzando la conducta deseada, se va dejando de reforzar las menos parecidas. Esta técnica puede ser útil tanto en conductas simples como acciones complejas (Ruíz et al., 2012)
- **Entrenamiento en habilidades sociales (EHS):** se aplican diversas técnicas con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales y relacionales, ya que las escasas habilidades sociales se asocian a diversos problemas emocionales y de adaptación. Es un procedimiento muy utilizado ya que incide en diversos ámbitos del desarrollo personal (Ruíz et al., 2012).
- **Programación de actividades:** según Ruíz et al. (2012) esta técnica es fundamental en la Terapia Cognitiva ya que se programan actividades diarias que ejecutará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad que el paciente sienta. Se utiliza con el fin de mostrarle al paciente que es capaz de controlar su tiempo y realizar actividades, sin embargo, el programa debe de ser realista para así obtener pruebas positivas de la capacidad del paciente.
- **Reforzamiento positivo:** si una conducta aumenta ante un estímulo agradable se puede hablar de reforzamiento positivo, pero no es lo mismo que premio o

recompensa. En el reforzamiento es necesario que se aumente la conducta que le precede, esto se puede verificar de forma empírica cuando se comprueba que efectivamente incrementa la frecuencia de dicha conducta. Esto es variable, ya que un estímulo gratificante no puede ser igual para una persona que para otra. Además, existen diversos tipos de reforzadores positivos (Ruíz et al., 2012).

- **Ensayo conductual:** esta técnica forma parte fundamental del EHS ya que mediante el role-playing y la previa modelación de conductas deseadas, el paciente practica dichas conductas en un entorno controlado donde puede ser observado y recibir retroalimentación. Se puede ensayar una conducta concreta en un escenario específico, pero teniendo en cuenta de no trabajar varios problemas a la vez, también se debe trabajar el problema del inicio de la sesión y no cambiar continuamente, además se debe elegir un escenario reciente o que se vaya a presentar pronto (Ruíz et al., 2012).
- **Metáforas:** en el contexto terapéutico utilizar metáforas implica relacionar el problema del paciente y su contexto, en donde el paciente se vea reflejado él o su experiencia disfuncional en la historia o metáfora con el fin de entenderla y lograr una solución al problema, para esto es necesario conocer las vivencias privadas del paciente y la solución planteada debe a su vez estar acorde a sus valores para que así pueda llegar a conclusiones sin ser dirigido directamente por el terapeuta. Las metáforas en el trabajo terapéutico pueden ser ajustadas según el contexto y las necesidades en la práctica, para así estimular de forma más personalizada los avances del paciente (Cano M., 2021).
- **Modelado:** según Ruíz et al. (2012) su principio teórico se encuentra en el aprendizaje vicario desarrollado por Bandura. Se fundamenta en que las conductas pueden aprenderse, mantenerse o extinguirse por medio de la

observación y al aprender la conducta se aprenden también las consecuencias. Existen diversos procesos implicados en el aprendizaje observacional, como lo son: atención, retención, reproducción y motivación. Además, la técnica de modelado puede combinarse con otros procesos de intervención.

- **Permanecer en momentos difíciles:** Ellis y MacLaren (2004) indican que se instruye al paciente que ante una situación que considere difícil o desagradable, permanezca buscando alterarse menos y comprobar que es capaz de soportar dicha situación.
- **Autorregistro ABC-DE de Ellis:** Bados y García (2010), refieren que los autorregistros permiten que el paciente pueda identificar sus cogniciones y su impacto en el avance del tratamiento. Los autorregistros deben tener un entrenamiento previo con ejemplos concisos y una revisión continuada del terapeuta, así también que el paciente rellene lo más pronto posible tras el evento problemático. El autorregistro de Ellis incluye un evento activador, los pensamientos o cogniciones, las consecuencias emocionales y conductuales y la evaluación de esas mismas cogniciones y los efectos cognitivos, emocionales y conductuales de dicha evaluación.
- **“Psicoeducación** es el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas. Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo” (Tena, 2020, p.38).
- **Relajación diferencial:** técnica desarrollada por Bernstein y Borcovek, en donde el paciente realiza un entrenamiento en conciencia corporal muscular para así reconocer como algunos músculos se tensan sin estar implicados en las

acciones cotidianas. Para esto el paciente se entrena en un procedimiento básico para lograr identificar la tensión en sus actividades y relajar los músculos que están tensos de manera innecesaria. Es especialmente útil para pacientes que tienen patrones tensionales crónicos y no son conscientes de ello (Ruíz et al., 2012).

- **Técnicas de respiración:** Ruíz et al. (2012) detallan que al ser la respiración un proceso esencial para regular la actividad metabólica del organismo, el paciente de manera voluntaria puede aprender a controlar su respiración de tal forma que sea posible aplicarlo en situaciones donde se sienta alterado, generándole una sensación de tranquilidad y bienestar. Dentro de estas técnicas, pueden mencionarse: respiración profunda, respiración contada, respiración abdominal, respiración alternada, entre otros.

1.2.3.4. Ansiedad Generalizada. La ansiedad es una respuesta fisiológica, una reacción a las situaciones que se perciben como peligrosas. Puede relacionarse con el miedo y es fundamental para la supervivencia humana, a su vez, desencadena en el cuerpo diferentes cambios que preparan para enfrentar situaciones amenazantes (Matamala, 2022).

Díaz et al. (2019) consideran que la ansiedad ha sido un tema fundamental para la Psicología, siendo tratado desde 1920 y en diferentes perspectivas. La ansiedad es una de las emociones más experimentadas por los seres humanos, no es agradable, es complicada y se manifiesta acompañada de síntomas físicos. Alude también a una combinación de diversas expresiones físicas y mentales que no son consecuentes a peligros reales, se manifiestan en forma de crisis o por medio de un estado persistente y difuso. De igual manera, afirman que los surgimientos de distintas teorías también propiciaron diversos enfoques sobre la ansiedad en donde de manera simultánea fueron dándose y enriqueciéndose mutuamente.

a) Tipos de ansiedad. Según el DSM-5 (2014) los trastornos de ansiedad se pueden clasificar como:

- *Trastorno de ansiedad por separación:* malestar y preocupación excesiva al separarse del hogar o de las figuras con mayor apego o a que estas sufran algún daño o muerte.
- *Mutismo selectivo:* dificultad excesiva para hablar en situaciones específicas sociales sin que exista un problema de comunicación, falta de conocimiento o comodidad con el lenguaje hablado.
- *Fobia específica:* miedo y ansiedad desproporcionada a un objeto, animal, lugar o situación fóbica.
- *Trastorno de ansiedad social (fobia social):* miedo o ansiedad intensa a situaciones o interacciones sociales. El individuo también puede sentir miedo a la valoración negativa que puedan hacer de él en su entorno social.
- *Trastorno de pánico:* aparición súbita de malestar y miedo intenso que combinados con síntomas físicos producen su máximo estado en minutos.
- *Agorafobia:* miedo constante a situaciones donde se le dificulta escapar o salir, así como a no disponer de ayuda si sufre de síntomas incapacitantes.
- *Trastorno de ansiedad generalizada:* preocupación excesiva en un periodo de mínimo seis meses, con relación a sucesos o actividades que le generan síntomas físicos y mentales, deteriorando las diversas áreas de su vida.
- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamento*

1.2.3.5 Trastorno de ansiedad generalizada. Específicamente al hablar de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) Langarita y Gracia (2019) indican que está clasificada dentro de los trastornos de ansiedad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) y se exterioriza clínicamente en estados de preocupación excesiva y anticipación aprensiva.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2024) indica que el TAG se diferencia de las preocupaciones cotidianas cuando se sufre de ansiedad frecuente durante meses o años y es más frecuente que se desarrolle alrededor de los 30 años.

A. Sintomatología. Barnhill (2023) refiere que una de las características de las personas con TAG son sus múltiples preocupaciones que con frecuencia cambian en el transcurso del tiempo. Pueden relacionarse con temas de salud, dinero, seguridad y trabajo, entre otros.

Según el DSM-5 (2014) los pacientes deben tener una ansiedad excesiva y preocuparse por una serie de situaciones o actividades en la mayor parte de los días durante más de seis meses. Además, suele asociarse con más de tres de los siguientes síntomas:

- Facilidad para fatigarse
- Irritabilidad
- Trastornos de sueño
- Tensión muscular
- Agitación o nerviosismo
- Dificultad para concentrarse.

De igual manera, Barnhill (2023) agrega que los síntomas deben provocar un fuerte malestar o afectar de manera significativa el funcionamiento ocupacional o social.

B. Etiología de la ansiedad. En cuanto a la etiología de la ansiedad, existentes modelos teóricos principales:

- **Bases biológicas de la ansiedad:** la ansiedad desde el enfoque neurobiológico se caracteriza por estructuras anormales y mecanismos químicos involucrados en los procesos que conducen a esta condición. Según Díaz et al., (2021) el sistema límbico procesa información sensorial, incluida la temperatura, el dolor y la presión, e integra señales corticales que constituyen la conducta. Además, añaden que existen diversos

elementos asociados a la ansiedad desde el punto de vista biológico: el sistema nervioso autónomo (SNA), responsable del homeostasis del organismo, el hipotálamo que permite la formación y consolidación de nuevos recuerdos y aprendizajes, y su evaluación puede determinar si la cascada de ansiedad se produce o no, la amígdala que juega un papel importante en la coordinación de las representaciones corporales de las emociones y la percepción consciente de las mismas, así como los neurotransmisores y las hormonas que funcionan como mensajeros químicos que permiten transmitir el mensaje de una neurona a otra. Podríamos concluir con la afirmación de Díaz et al., (2021) que la ansiedad y su regulación son consecuencia de la activación de todo el organismo que, tras la liberación de sus neurotransmisores, permite al sujeto responder adaptativamente a las amenazas de su entorno.

- **Teoría conductual:** según Noriega y Angulo (2010) B.F. Skinner cuestionó las explicaciones mentales subjetivas y se centró en encontrar medios para observar, medir, predecir y comprender el comportamiento humano y animal. Creía que comprender, predecir y controlar la conducta emocional puede reducir los problemas del individuo. Desde una perspectiva conductista, el comportamiento humano está influenciado por los estímulos ambientales, y la ansiedad responde a ello, particularmente a los negativos.

C. Enfoques del TAG. Existen diversos enfoques para el TAG en donde los más importantes son:

- **Enfoque psicofisiológico:** Según Díaz (2019) los primeros modelos científicos donde se estudiaron los procesos psicológicos que subyacen a la conducta por medio de las respuestas fisiológicas se dieron desde 1884, donde diversos autores se interesaron en el sistema nervioso autónomo y somático. Además, encontró que diversos estudios e

investigaciones mostraron resultados experimentales en donde se cuestiona la unidimensionalidad de las emociones, al descubrir correlaciones bajas o nulas entre diferentes medidas fisiológicas de activación, por lo que se inició a tomar en cuenta que existen varios sistemas de activación en lugar de uno general.

- ***Enfoque cognitivo conductual:*** Según Barrera y Reyes (2020) este enfoque estudia el procesamiento de información en los seres humanos, su aprendizaje y su respuesta ante los diversos contextos, experiencias, cogniciones y pensamientos. Además, agregan que este modelo permite estudiar cómo es que desde la observación y experimentación se generan pensamientos e ideas que derivan en una respuesta a las circunstancias, sea favorable o no.

D. Consecuencias. El TAG puede impactar de diversas maneras a las personas afectadas, sin embargo, los efectos negativos más generalizados según Pérez y Graña (2019) son: mayor probabilidad de ideación e intentos suicidas, un estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales y en el área familiar, pobre rendimiento laboral, aumento en la probabilidad de sufrir problemas médicos (colon irritable, dolor de cabeza, problemas del corazón) y mayor uso de medicación para el control de síntomas (antidepresivos, benzodiazepinas).

Fonseca (2021) agrega que además de la alerta que produce el TAG, funciones vitales como el sueño, la sexualidad, la alimentación, el funcionamiento neuropsicológico y el rendimiento en general suelen verse afectados.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar el efecto de un programa de intervención cognitiva conductual en un paciente adulto con ansiedad generalizada.

Objetivos específicos

- Aplicar una evaluación a modo de pre test para determinar las características de comportamiento del paciente antes de aplicar el programa.
- Aplicar el programa de intervención cognitivo conductual.
- Evaluar como post test los niveles o síntomas de ansiedad generalizada del paciente.
- Comparar los resultados de los niveles de ansiedad generalizada en el pre y post test.

1.4. Justificación

Es la ansiedad un mecanismo que poseen los seres vivos para poder manejarse en la vida, incluso para defenderse, sin embargo, puede convertirse en un problema de salud mental grave. El mundo moderno está saturado de situaciones que generan estrés, aumentando la probabilidad de sufrir ansiedad y, por ende, una disfunción que limita el normal desarrollo personal.

Por lo tanto, el presente estudio queda justificado desde el punto de vista teórico dado que representa una revisión de información relevante con respecto a la variable ansiedad generalizada a través de la consulta de fuentes confiables como libros, revistas, artículos académicos, etc., información que se encuentra sintetizada para que otros puedan utilizarla.

Por otro lado, desde el punto de vista metodológico este trabajo es un aporte para promover nuevos estudios de la misma modalidad (análisis de caso, estudio de caso único), pero también de otros (como estudios comparativos, descriptivos y correlacional).

En sentido práctico este es un aporte que sirve como herramienta para colegas psicoterapeutas que les facilite proponer programas que atiendan al trastorno de ansiedad generalizada, también para sensibilizar y concientizar a autoridades en promover nuevas estrategias de mejoras y abordaje de la ansiedad generalizada. A su vez, funciona como medio informativo para familiares de pacientes con este trastorno y saber que hay alternativas de solución, incluso a los propios pacientes este estudio puede ser útil, ya que se pueden comprobar la eficacia de la terapia cognitiva conductual.

Y, por último, desde un enfoque social, este trabajo evidencia la problemática de la ansiedad generalizada, cómo afecta, pero también soluciones prácticas que pueden utilizarse para mejorar la salud mental de la comunidad y de la sociedad en general, lo cual promueve el desarrollo social.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se espera que este tratamiento disminuya los síntomas ansiosos del paciente, para que pueda retomar sus actividades de vida diaria con normalidad, como lo es dormir adecuadamente, trabajar, estudiar y tener una vida familiar. Controlando así los pensamientos irracionales que tiene y aprendido un manejo fisiológico de su ansiedad.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación es aplicada porque su fin es práctico ya que toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger, 2002). El presente trabajo corresponde a un diseño experimental ya que incluye la manipulación deliberada de una variable independiente para medir y observar el efecto en la variable dependiente, y de caso único ya que se caracteriza por tener un solo sujeto (Hernández et al., 2014).

Se utilizará el modelo A-B ya que durante la fase A se mide la VD en ausencia del tratamiento y durante la fase B se continúa midiendo la VD pero ya haciendo uso de la intervención para medir el efecto de la VI sobre la VD (León y Montero, 2002).

Según Cazabat (2013) este diseño puede ser útil al evaluar el impacto de las intervenciones que generan cambios relativamente rápidos y duraderos.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio de caso se realizó entre los meses de septiembre del 2023 a marzo del 2024. El cual consistió en 20 sesiones, con una duración de 40-50 minutos, de manera presencial, realizándose en el Centro de Salud Mental Comunitario “Sumaq Kawsay”, ubicado en el distrito de Chincheros, provincia de Chincheros y departamento de Apurímac.

2.3. Variables de Investigación

a) Variable Independiente: Programa de intervención cognitivo conductual

Definición conceptual

Es un programa organizado con objetivos que busca identificar y modificar pensamientos, emociones y comportamientos que causan malestar a la persona, a través del uso de técnicas cognitivas y conductuales (Clark, 2010)

Definición operacional

El programa de intervención cognitivo conductual fue desarrollado a través de 20 sesiones de una duración de 50 minutos, semanalmente y de manera presencial en donde se buscó reducir la sintomatología ansiosa a nivel cognitivo, conductual y fisiológico mediante técnicas como psicoeducación, debate socrático, flecha descendente, bloqueo de pensamientos, autoinstrucciones, reatribución cognitiva, entre otros.

b) Variable Dependiente: Ansiedad generalizada

Definición conceptual

Velásquez et al., (2016) definen al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como un estado de ansiedad crónica que se relaciona con preocupación excesiva y expectación constante, cuyos principales síntomas son: vigilancia, tensión muscular, inquietud, fatiga, dificultad en conciliar el sueño y para concentrarse, además de irritabilidad.

Definición operacional

Para el presente estudio la ansiedad generalizada queda descrita de la siguiente manera: Síntomas cognitivos: “moriré solo”, “moriré pronto”, “¿por qué me pasa esto justo a mí?”, “ojalá no hubiera salido a la calle ese día”, “¿merezco este destino?”, “el virus de la rabia crece en mí”, “debo ponerme el tratamiento contra la rabia” y “tengo que hablar con especialistas en Lima”.

Síntomas conductuales: buscar en internet los síntomas, llorar, contar a la pareja, evitar perros, no salir a la calle, no socializar, dificultad para dormir, pérdida de apetito y no salir en bicicleta.

Síntomas fisiológicos: cefalea, disnea, presión en el pecho, tensión muscular, fatiga, taquicardia.

Síntomas emocionales: tristeza, miedo, angustia, vergüenza, frustración, pánico, desesperación, soledad, desesperanza y preocupación.

2.4. Paciente

Paciente varón de 24 años, psicólogo, actualmente desempleado, residente del distrito de Chincheros, provincia de Chincheros y departamento de Apurímac. Se eligió a este paciente porque presenta claros síntomas de un trastorno de ansiedad generalizada.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Entrevista psicológica

Según Morga (2012) la entrevista psicológica es el instrumento por excelencia que permite reunir datos en diferentes procesos, ya sea de selección de personal, psicopedagógico o de diagnóstico clínico.

En el ámbito psicológico la entrevista no sólo sirve para recabar información, sino también es un acercamiento que permite la creación de un vínculo entre paciente y el entrevistador, lo cual le facilita al entrevistador entender las necesidades, motivos, procesos cognitivos y afectivos del paciente.

Observación Psicológica

Esta técnica según el Colegio de Psicólogos SJ (2018) permite recopilar información sobre comportamientos en diferentes situaciones. Facilita la obtención de datos objetivos y verificables que puedan utilizarse en un informe psicológico detallado mediante herramientas de registro como notas de campo, grabaciones de audio o vídeo y escalas de evaluación. La importancia de la observación de la conducta facilita comprender la personalidad, estado emocional y patrones de interacción social del paciente, y por lo tanto un adecuado diagnóstico y el diseño de las intervenciones apropiadas.

Autoregistro

Caballo (2007) lo define como un método eficaz y práctico que permite evaluar la conducta del individuo en su entorno natural, fuera de la clínica. Es un

componente habitual en programas cognitivo-conductuales, permite autoevaluar la ansiedad esperada (anticipada) y la ansiedad real que se experimenta en una situación específica, así como los síntomas fisiológicos, pensamientos negativos, conductas, etc.

2.5.2 Instrumentos

Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) fue creado en 1965 junto a la Escala de Autoevaluación de Depresión (EAA y EAMD). La EAA busca identificar los niveles de ansiedad y medir cuantitativamente la intensidad. Las autoevaluaciones de Zung fueron creadas de tal manera que no es posible falsificar tendencias en las respuestas ya que en su mayoría los ítems están expresados en sentido positivo y otros en sentido negativo en cuanto a la ansiedad, lo cual impide que la persona responda de manera automática. La investigación se llevó a cabo en un grupo de pacientes con depresión y ansiedad que llegaron a consulta de manera externa en el Hospital Psiquiátrico Duke. Luego, fue validado en diferentes países como Japón, Inglaterra, República Checa, Alemania y Australia en 1968.

La EAA consta de 20 ítems, se puede aplicar de manera individual y colectiva, con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para ser completado. Se pide marcar una respuesta que se considere adecuada, respecto a cómo se siente el evaluado en la última semana. Además, las opciones de respuesta son de tipo Likert y los baremos de la escala tienen cuatro niveles de puntuación, de 20 a 35 no hay ansiedad, de 36 a 47 ansiedad mínima a moderada, de 48 a 59 ansiedad marcada a severa y de 60 a 80 puntos representa el grado máximo de ansiedad.

En el Perú la validez se hizo mediante el estudio de Astocondor como parte de su tesis titulada “Estudio exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas” con la muestra de 100 pobladores de ambos sexos, de entre 14 a 30 años en el año 2001. Se revisó y adaptó al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunidades nativas aguarunas, en donde primero se realizó un estudio piloto, con las modificaciones aplicadas y probadas por un jurado calificador, integrado por 10 especialistas en el área comunitaria, clínica y social. Y el método de validez interna por criterio de jueces por medio del Coeficiente V de Aiken.

Cuestionario de creencias irracionales de Ellis

Nombre: inventario de creencias irracionales de Albert Ellis. Autor: Albert Ellis. Esta prueba fue traducida al castellano por Navas, en 1989. Es una prueba que tiene como objetivo detectar las ideas autolimitadoras particulares que contribuyen, de forma encubierta, a que se dé el estrés y la infelicidad. La forma de aplicación puede ser individual y colectiva, ya sea en adolescentes o adultos; tienen como tiempo variable para desarrollarlo entre 20 y 30 minutos. Se puede administrar a sujetos a partir de los 12 años.

Validez y confiabilidad. Confiabilidad: El presente instrumento ha sido estudiado por Pacheco (1998), a través del coeficiente de consistencia interna, obteniendo un valor de 0,78. Este resultado se asemeja al realizar el análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach (Ferrán, 1996), donde se obtiene un coeficiente de 0,74. Este resultado nos permite concluir que la prueba es confiable y permite obtener puntuaciones consistentes. A criterio de Navas (1989) el inventario de creencias irracionales goza de amplia aceptación y uso entre los psicólogos clínicos que practican la TREC en EE. UU., lo que le otorga al instrumento validez de contenido. En el Perú, encontramos que Velásquez (2002) realizó una investigación para su tesis de licenciatura, las creencias irracionales y la ansiedad en ingresantes de la Universidad Nacional de Ingeniería (UNI), donde describe que la

confiabilidad de este instrumento a través del coeficiente alfa de Cronbach obtiene un coeficiente de 0,74. Posteriormente, Vila (2008) aplicó en su tesis para obtener el grado de magíster, la prueba de creencias irracionales a estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima, en la cual obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,83, eliminando algunos ítems, lo cual no afectaba al mismo. Este resultado nos permite concluir que la prueba es confiable y permite obtener puntuaciones consistentes. Y más recientemente Tang (2011) realizó la validez de contenido del cuestionario a partir del criterio de jueces utilizando la V de Aiken.

2.5.3 Evaluación psicológica

Datos de filiación

- Nombre: A.L.K.
- Edad: 24 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Chincheros – 27/09/99
- Estado civil: Soltero
- Grado de instrucción: Superior
- Dirección: Chincheros
- Religión: Agnóstico
- Idioma: Español
- Informante: Usuario

Observación psicológica

Paciente varón de 24 años de edad, de estatura alta, contextura delgada, refleja su edad cronológica, llega consulta alineado, cabello lacio de color negro, ojos marrones, nariz aguileña, labios grandes, vistiendo ropa acorde a al clima de este distrito.

Orientado en tiempo, persona y lugar, lúcido y colaborativo. Se le observa mover sus piernas cuando está sentado y se truenan los dedos de la mano constantemente, mira fijamente

al psicólogo y responde rápidamente todo lo que se le consulta. Usa ademanes para expresar mejor sus ideas y mira fijamente al entrevistador.

Motivo de consulta

Paciente acude solo a consulta y comenta: “hace 3 días me mordió un perro. Es un perro de la calle que a veces está por mi cuadra. Desde entonces me siento ansioso, pienso que me ha contagiado rabia porque no sé si está vacunado... Todo el tiempo estoy revisando en internet sobre los síntomas tempranos de la rabia y pienso que moriré, pienso que no podré vivir mi vida como quisiera y me siento desesperado... Tengo una sensación horrible de que esto es el fin y he viajado a Andahuaylas para vacunarme porque no encuentro esa vacuna acá. Por las noches duermo hasta la madrugada y me levanto tarde, estoy cansado de sentirme así”. Agrega también que siente malestar en su cuerpo, “pesadez” e irritabilidad, también una presión en su pecho y agotamiento mental porque todo el día piensa en la rabia y cómo todo lo que planeó para su futuro se verá truncado por esta enfermedad.

Problema actual

Paciente manifiesta que desde hace 3 días que le mordió un perro callejero, piensa que le contagió rabia y cree que morirá pronto, truncando sus planes, lo cual aumenta su estrés. Esto originó una respuesta emocional de tristeza, miedo, desesperación, angustia, frustración, pánico y vergüenza; también una respuesta cognitiva de: “voy a morir pronto y solo”, “ojalá no hubiera salido a la calle”, “el virus de la rabia crece en mí”, “tengo que hablar con especialistas en Lima”, “¿por qué me pasa esto justo a mí?”. En cuanto a lo fisiológico se ve: dolor de cabeza, dificultad para respirar, presión en el pecho, tensión muscular, taquicardia fatiga. Finalmente, en cuanto a lo motor se aprecia: evita salir de casa o participar en actividades sociales y familiares, revisa constantemente los síntomas de la rabia en internet, le cuenta a su pareja sobre su ansiedad y llora.

Desarrollo cronológico del problema

El paciente refiere que desde que tenía 5 años mostraba signos de ansiedad ya que cuando lo dejaban en el nido, lloraba y pensaba que lo iban a dejar. Lo mismo sucedía cuando asistía a cumpleaños de otros niños ya que constantemente vigilaba que su madre no lo olvidara, pensando en todo lo que tenía que hacer para volver a su casa.

Desde que recuerda, hasta sus 12 años aproximadamente, tuvo problemas en el control de esfínteres, posiblemente enuresis nocturna, motivo por el cual sus padres se molestaban con él, insultándolo y golpeándolo en algunas ocasiones.

Recuerda que desde niño hasta su adolescencia sus padres lo castigaban, hasta que creció y ya no podían agredirlo físicamente.

Durante su adolescencia no destacaba en sus notas, pero recuerda que cuando habían peleas en su colegio con otros compañeros, le generaba ansiedad las posibles consecuencias fuera de la institución.

Finalmente, en su último trabajo en el cual estuvo 2 años, el clima laboral de este era muy “agresivo pasivo” durante las reuniones de coordinación, en donde se estresaba demasiado y no opinaba o se defendía cuando otra persona lo “atacaba” frente a los jefes.

Historia personal

Desarrollo inicial

Menciona que nació un poco después de los 9 meses, pero no hubo ninguna complicación. Tuvo buen peso y talla. El parto se desarrolló con normalidad, aunque sí hubo peleas entre sus padres cuando estaban gestándolo.

Niñez

El paciente refiere que de niño tendía a ser más sociable pero no tenía muchos amigos con los que jugar ya que no tenía hermanos u otros niños de su edad. Su papá trabajaba todo el día y su mamá no siempre tenía tiempo. Recuerda que temía ser abandonado por su mamá cada vez que iba a una fiesta infantil.

Educación

El paciente comenta que fue al “nido” durante 2 años, luego inició la primaria a los 6 años en donde hasta el cuarto grado destacaba académicamente, pero los últimos dos años cambió de escuela y además tuvo problemas, especialmente con las matemáticas. En la primaria sociabilizaba normalmente pero nunca fue de tener muchos amigos(as).

A los 12 años inicia la secundaria en donde su desempeño era regular a bajo por poca motivación para estudiar, en esos años, tenía menos amigos porque no compartía gustos con la mayoría, salvo con tres compañeros. Fue cuando ingresó a la universidad en donde su motivación era más alta pero su desempeño terminó siendo promedio, en esa etapa sociabilizaba un poco más, pero en los últimos ciclos no tuvo muchas amistades.

Historia psicosexual

Comenta que inició su actividad sexual a los 16 años con una enamorada y luego tuvo dos experiencias más hasta la actualidad. Menciona que su madre le explicaba sobre los métodos anticonceptivos y siempre se cuidó de alguna ITS o embarazo no deseado.

Religión

Actualmente menciona ser ateo, aunque viene de una mamá evangélica y un papá católico “por tradición”. En su familia hay personas de otras creencias religiosas también.

Historia Familiar

Padre: Dionisio, 66 años, profesor. La relación con su padre es cordial pero no le tiene mucha confianza por lo estricto que fue todo el tiempo, aunque lo ayudó a estudiar, no entiende su problema ansioso.

Madre: Olga, 58 años, técnica de enfermería. La relación con su madre es promedio, no le tiene mucha confianza ni es tan afectivo con ella por los maltratos, tampoco entiende su problema ansioso y suelen discutir mucho.

Hermana: Ana, 19 años, estudiante. La relación con su hermana no es tan buena que tienen muchas diferencias y siente que es más preferida por sus padres y no tiene tantos límites

2.5.4 Evaluación Psicométrica

INFORME DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: A.L.K.

Edad: 24 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chincheros – 27/09/99

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Dirección: Chincheros

Religión: Agnóstico

Idioma: Español

Informante: Usuario

Lugar y fecha de evaluación: Chincheros 06/02/2023

II. OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

El evaluado muestra disposición durante la evaluación, al inicio se notaba tranquilo y calmado, refiriendo: “*El día de hoy me siento un poco más relajado por haber venido a psicología*”. Durante la evaluación se mostraba por momentos tenso y un poco ansioso, lo que se evidenciaba en su verborrea y preguntas sobre el cuestionario, al igual que los movimientos de sus dedos sobre la mesa. Finalmente, al culminar la prueba se aprecia tranquilidad y expectativa por los resultados de la misma.

I. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Evaluación de sus niveles de ansiedad usando la escala de autoevaluación de Ansiedad de Zung.

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Entrevista psicológica
2. Observación psicológica
3. Escala de autoevaluación de Ansiedad de Zung

III. RESULTADOS

Ansiedad intensa: puntaje total 55, índice EAA 69.

IV. INTERPRETACIÓN

El usuario muestra un nivel de ansiedad **moderada intensa**, evidenciándose en su sintomatología de: sentirse preocupado excesivamente, dificultad para dormir, aceleración cardíaca, presión en el pecho, escalofríos, dolor de cabeza, fatiga y temor sin razón. En lo emocional presenta: tristeza, miedo, pánico, desesperación y preocupación.

V. CONCLUSIONES

El evaluado presenta un nivel de ansiedad **moderado intenso**.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda el entrenamiento en uso de técnicas de relajación muscular y técnicas de respiración.

- Llevar terapia de enfoque cognitivo conductual para gestionar los pensamientos y emociones que generan la somatización ansiosa.

INFORME DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT

ELLIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: A.L.K.

Edad: 24 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chincheros – 27/09/99

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Dirección: Chincheros

Religión: Agnóstico

Idioma: Español

Informante: Usuario

Lugar y fecha de evaluación: Chincheros 06/02/2023

II. OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

El evaluado muestra disposición durante la evaluación, al inicio se notaba tranquilo y calmado, refiriendo: “*el día de hoy me siento un poco más relajado por haber venido a psicología*”. Durante la evaluación se mostraba por momentos tenso y un poco ansioso, lo que se evidenciaba en su verborrea y preguntas sobre el cuestionario, al igual que los movimientos de sus dedos sobre la mesa. Finalmente, al culminar la prueba se aprecia tranquilidad y expectativa por los resultados de la misma.

III. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Evaluación de ideas irracionales

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4. Entrevista psicológica
5. Observación psicológica
6. Cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis (TCI) de 1999

V. RESULTADOS

El evaluado presenta creencias irracionales basadas en que “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” (7), así mismo, presenta la idea irracional que “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran” (9), además, presenta también una puntuación alta en la idea irracional de “los acontecimientos externos son las causas de la mayoría de las desgracias de la humanidad: la gente simplemente reacciona según cómo los

acontecimientos inciden sobre sus emociones” (8). Finalmente se encuentra conformidad con la idea irracional de “el pasado es la causa principal de lo que nos sucede en el presente” (10) siendo el más alto.

Estas ideas son consistentes con el discurso que manifiesta sobre lo que piensa y verbaliza respecto al incidente con el perro y el tema de la rabia, sintiéndose frustrado y responsabilizando al evento como causante de todo lo malo que le está pasando actualmente.

VI. CONCLUSIONES

El evaluado presenta las siguientes creencias irracionales:

- Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
- Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
- Los acontecimientos externos son las causas de la mayoría de las desgracias de la humanidad: la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
- El pasado es la causa principal de lo que nos sucede en el presente.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda terapia cognitivo conductual para modificar los pensamientos irracionales, específicamente usando la técnica de debate socrático y reestructuración cognitiva.

2.5.5 Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADO

I. Datos de filiación

Nombre: A.L.K.

Edad: 24 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chincheros – 27/09/99

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Dirección: Chincheros

Religión: Agnóstico

Idioma: Español

Informante: Usuario

Lugar y fecha de evaluación: Chincheros 06/02/2023

II. Motivo de consulta

Paciente acude a consulta y comenta: “hace 3 días me mordió un perro. Es un perro de la calle que a veces está por mi cuadra. Desde entonces me siento ansioso, pienso que me ha contagiado rabia porque no sé si está vacunado... Todo el tiempo estoy revisando en internet sobre los síntomas tempranos de la rabia y pienso que moriré, pienso que no podré vivir mi vida como quisiera y me siento desesperado... Tengo una sensación horrible de que esto es el fin y he viajado a Andahuaylas para vacunarme porque no encuentro esa vacuna acá. Por las noches duermo hasta la madrugada y me levanto tarde, estoy cansado de sentirme así”. Agrega también que siente malestar en su cuerpo, “pesadez” e irritabilidad, también una presión en su pecho y agotamiento mental porque todo el día piensa en la rabia y cómo todo lo que planeó para su futuro se verá truncado por esta enfermedad.

III. Técnicas e instrumentos utilizados

- a) Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung
- b) Cuestionario de creencias irracionales de Ellis

IV. Interpretación de Resultados

En cuanto el área de ansiedad, el evaluado evidencia un nivel **moderado intenso** de la misma, manifestándose en sintomatología del tipo: sentirse preocupado excesivamente, dificultad para dormir, aceleración cardíaca, presión en el pecho, escalofríos, dolor de cabeza, fatiga y temor sin razón. En lo emocional presenta: tristeza, miedo, pánico, desesperación y

preocupación. Sumado a diferentes ideas en donde cree que va a morir pronto, arrepentimiento de haber salido a la calle ese día, que el virus de la rabia crece dentro de él, buscar soluciones de manera inmediata y urgente, etc.

Por otro lado, con respecto a sus ideas irracionales, se encuentran las de “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, así mismo, presenta la idea irracional que “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”, además, presenta también una puntuación alta en la idea irracional de “los acontecimientos externos son las causas de la mayoría de las desgracias de la humanidad: la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones”. Finalmente se encuentra conformidad con la idea irracional de “el pasado es la causa principal de lo que nos sucede en el presente”. Las cuales terminan validando su situación, situándolo en una posición en la que no puede hacer nada y espera lo inevitable.

V. Conclusiones

- Evidencia un nivel intenso de ansiedad con sintomatología fisiológica, cognitiva y emocional.
- Presenta ideas irracionales del tipo:
- Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
- Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
- Los acontecimientos externos son las causas de la mayoría de las desgracias de la humanidad: la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
- El pasado es la causa principal de lo que nos sucede en el presente.

VI. Recomendaciones

- Se recomienda terapia cognitivo conductual para modificar los pensamientos irracionales, específicamente usando la técnica de debate socrático y reestructuración cognitiva.

- Se recomienda el entrenamiento en uso de técnicas de relajación muscular y técnicas de respiración.

2.5.6 Evaluación cognitivo conductual

Tabla 1

Registro cognitivo - Frecuencia

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
“Moriré solo”	15	17	14	15	18	22	26	18.1
“Moriré pronto”	15	18	15	16	17	20	25	18
“¿Por qué me pasa justo esto a mí?”	10	9	10	10	8	11	11	9.8
“Ojalá no hubiera salido a la calle ese día”	13	12	13	14	12	10	12	12.2
“¿Merezco este destino?”	8	5	7	9	7	8	9	7.5
“El virus de la rabia crece en mí”	15	18	16	17	18	19	21	17.7
“Debo ponerme el tratamiento contra la rabia”	19	18	16	15	18	20	21	18.1
“Tengo que hablar con especialistas en Lima”	17	16	16	17	14	18	18	16.5

Tabla 2*Registro cognitivo – Intensidad (escala SUD)*

Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
“Moriré solo”	7	8	7	7	8	9	9	7.8
“moriré pronto”	7	7	7	7	7	8	9	7.4
“¿Por qué me pasa justo esto a mí?”	6	7	7	6	7	7	7	6.7
“Ojalá no hubiera salido a la calle ese día”	7	8	7	7	8	7	7	7.2
“¿Merezco este destino?”	6	6	7	6	6	7	6	6.2
“El virus de la rabia crece en mí”	8	8	9	8	8	8	9	8.2
“Debo ponerme el tratamiento contra la rabia”	8	9	8	9	8	9	9	8.5
“Tengo que hablar con especialistas en Lima”	7	8	8	7	7	7	8	7.4

Tabla 3*Registro emocional – Frecuencia*

Emoción	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
Tristeza	8	7	8	6	8	7	9	7.5
Miedo	13	12	13	12	12	14	16	13.1
Angustia	14	14	13	13	11	15	17	13.8
Vergüenza	4	6	4	3	2	4	3	3.7
Frustración	4	3	4	3	3	4	5	3.7
Pánico	8	7	8	7	7	8	8	7.5
Desesperación	10	11	11	10	9	12	12	10.7
Soledad	5	5	6	5	6	11	13	7.2
Desesperanza	6	6	6	7	6	9	9	7
Preocupación	12	12	11	13	12	14	17	13

Tabla 4*Registro emocional – intensidad (escala SUD)*

Emoción	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
Tristeza	7	7	7	8	7	9	9	7.7
Miedo	9	9	8	9	9	10	10	9.1
Angustia	9	9	9	9	8	9	10	9
Vergüenza	6	7	6	6	7	7	8	6.7
Frustración	5	5	6	5	5	6	5	5.2
Pánico	7	8	8	8	7	9	8	7.8
Desesperación	7	6	6	5	7	8	7	6.5
Soledad	9	9	8	9	8	9	9	8.7
Desesperanza	5	7	5	5	5	7	7	5.8
Preocupación	8	7	7	8	7	7	7	7.2

Tabla 5*Registro conductual – Frecuencia*

Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
Exceso								
Buscar en internet los síntomas	5	4	5	5	6	7	9	5.8
Llorar	3	3	2	3	3	4	5	3.2
Contar a la pareja	4	4	3	4	3	4	3	3.5
Evitar perros	2	1	2	1	2	3	4	2.1
Debilitamiento								
Salir a la calle	1	1	0	1	1	1	2	0.8
Socializar	1	1	1	0	0	1	1	0.7
Sueño	1	2	1	1	1	1	1	1.1
Apetito	1	2	1	1	1	2	1	1.2
Salir en bicicleta	0	0	1	0	0	0	1	0.2

Tabla 6*Registro fisiológico – Frecuencia*

Sensación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
Cefalea	4	3	4	3	4	4	5	3.8
Disnea	6	6	7	6	6	8	8	6.7
Presión en el pecho	3	2	3	4	3	4	3	3.1
Tensión muscular	4	4	5	4	3	4	5	4.14
Fatiga	6	6	5	6	5	5	5	5.42
Taquicardia	6	5	5	6	6	7	6	5.8

Tabla 7*Registro fisiológico – Intensidad (escala SUD)*

Sensación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Promedio
Cefalea	5	5	6	5	6	8	8	6.1
Disnea	6	5	5	6	6	6	5	5.5
Presión en el pecho	6	6	6	5	6	7	6	6
Tensión muscular	4	5	4	5	5	4	6	4.7
Fatiga	7	8	8	7	8	8	8	7.7
Taquicardia	4	5	3	5	4	5	5	4.4

Diagnostico tradicional – CIE 11

6B00. Este trastorno se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad con una duración de al menos varios meses, durante más días que los que no se manifiestan, esto ya sea por una preocupación general (denominada “ansiedad de flotación libre”) o preocupación excesiva dirigida en diversos eventos cotidianos, mayormente relacionados a la familia, salud, finanzas, escuela o trabajo. Los síntomas pueden causar angustia y un deterioro importante en las áreas personales, familiares, sociales, educativas y ocupacionales. Además, los síntomas no se relacionan a una condición de salud y no son consecuencia del consumo de sustancias o medicamentos en el sistema nervioso central.

Tabla 8

Síntomas ansiedad

Síntomas predominantes según CIE 11	Síntomas presentados por el paciente
Experiencia subjetiva de nerviosismo	✓
Actividad simpática autónoma	✓
Tensión muscular	✓
Dificultad para mantener la concentración	✓
Irritabilidad	✓
Trastornos de sueño	✓

Diagnóstico cognitivo conductual

Tabla 9

Diagnóstico funcional

Exceso	Déficit	Debilitamiento
- “Moriré solo”	- Laborar	- Salir a la calle
- “Moriré pronto”		- Salir a manejar bicicleta
- “¿Por qué me pasa		- Comer

- justo esto a mí”
 - “Ojalá no hubiera salido a la calle ese día”
 - “¿Merezco este destino?”
 - “El virus de la rabia crece en mí”
 - “Debo ponerme el tratamiento contra la rabia”
 - “Tengo que hablar con especialistas en Lima”

 - Buscar en internet los síntomas de la rabia
 - Contar a su pareja sobre su miedo
 - Llorar

 - Cefalea
 - Disnea
 - Presión en el pecho
 - Tensión muscular
 - Fatiga
 - Taquicardia
- Dormir
 - Socializar con amistades o familia
 - Frecuentar lugares donde haya perros

Tabla 10*Análisis funcional*

<i>Estimulo antecedente</i>	<i>Conducta</i>	<i>Estimulo consecuente</i>
Externo: - ver una serie y que aborden el tema de la muerte. - Escuchar a un perro ladrar. - Que la familia hable sobre la muerte de una persona. - Pasar por el lugar donde lo mordió el perro Interno: - “yo también moriré pronto”. - “ojalá no hubiera salido a la calle ese día”	Cognitivo: - “Moriré solo” - “Moriré pronto” - “¿Por qué me pasa justo esto a mí” - “Ojalá no hubiera salido a la calle ese día” - “¿Merezco este destino?” - “El virus de la rabia crece en mí” - “Debo ponerme el tratamiento contra la rabia” - “Tengo que hablar con especialistas en Lima” Fisiológico: - Cefalea	Externo: - Buscar en internet los síntomas de la rabia - Contarle a su pareja lo que le sucede Interno: leer en internet sobre los síntomas de la rabia. (reforzador positivo)

<p>- “El virus de la rabia crece en mí”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disnea - Presión en el pecho - Tensión muscular - Fatiga - Taquicardia - Sensación de ahogo - Insomnio - Pérdida de apetito <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar en internet los síntomas de la rabia - Contar a su pareja sobre su miedo - Llorar - Evita cualquier lugar donde haya perros - Se queda en casa viendo películas o series - Evita socializar <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Miedo - Angustia - Vergüenza - Frustración - Pánico - Desesperación - Soledad - Desesperanza - Preocupación
--	--

Tabla 11*Análisis cognitivo*

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<p>Está en casa, solo, viendo una serie y de pronto siente dolor en la herida a causa de la mordida por el perro.</p>	<p>“el virus de la rabia está creciendo en mí”, “¿por qué me pasa justo esto a mí”</p>	<p>Emoción: Miedo (9.1/10) Angustia (9/10) Tristeza (7.7/10)</p> <p>Conducta: Busca en internet los síntomas de la rabia</p>
<p>Ve una película en casa y se habla sobre la muerte.</p>	<p>“moriré pronto”, “moriré solo”, “¿merezco este destino?”</p>	<p>Emoción: Frustración (5.2/10) Pánico (7.8/10) Desesperación (6.5/10)</p> <p>Conducta:</p>

		Evita salir
		Emoción:
		Soledad (8.7/10)
		Desesperanza (5.8/10)
		Preocupación (7.2/10)
		Vergüenza (6.7/10)
		Conducta:
		Evita socializar, llora
Habla con su pareja sobre el tema del contagio de rabia y las consecuencias de ésta.	“ojalá no hubiera salido a la calle ese día”, “debo ponerme el tratamiento contra la rabia”, “tengo que hablar con especialistas en Lima”	

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Este programa constó de 20 sesiones, iniciando el 09/02/23 al 29/06/23, con una duración de 50 min aproximadamente, siendo 1 vez a la semana. Participó el paciente en las 20 sesiones, aplicándose técnicas de reestructuración cognitiva, ABC, psicoeducación, debate socrático, técnicas de relajación, así como técnicas conductuales.

Objetivos de la intervención:

- Brindar información sobre la ansiedad y TCC, enfoque con el que se abordará su problema y metodología de trabajo.
- Modificar las ideas irracionales asociadas a la ansiedad a través de técnicas cognitivas.
- Disminuir la sintomatología fisiológica relacionada a la ansiedad generalizada a través de técnicas de relajación.
- Manejar las conductas en exceso y debilitamiento producto de la ansiedad a través de técnicas conductuales.
- Desarrollar conductas adaptativas de autocuidado, ocupaciones, hobbies y actividades diarias.

2.6.2 Programa de intervención

Tabla 12

Calendarización

SESIÓN N°1	09/02/23	50 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Psicoeducación de ansiedad y TCC Alianza terapéutica
SESIÓN N°2	16/02/23	50 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Análisis de responsabilidad Imaginación de metáforas
SESIÓN N°3	23/02/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de ABC Imaginación de metáforas
SESIÓN N°4	02/03/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Psicoeducación de las ideas irracionales
SESIÓN N°5	08/03/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Flecha descendente
SESIÓN N°6	15/03/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Reflexión estoica Retroalimentación
SESIÓN N°7	23/03/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de ABC-DE Debate socrático Reatribución cognitiva Análisis de responsabilidad

SESIÓN N°8	30/03/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Parada de pensamiento
SESIÓN N°9	06/04/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Reducción al absurdo Uso del sentido del humor
SESIÓN N°10	14/04/23	60 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de autoinstrucciones
SESIÓN N°11	20/04/23	45 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Psicoeducación en técnicas de relajación
SESIÓN N°12	27/04/23	60 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de respiración diafragmática Modelado Moldeamiento
SESIÓN N°13	03/05/23	50 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de respiración con visualización
SESIÓN N°14	11/05/23	65 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de relajación muscular
SESIÓN N°15	18/05/23	55 minutos	Semanal	Adulto de 24 años	Técnica de relajación diferencial
SESIÓN N°16	02/06/23	55 minutos	Mensual	Adulto de 24 años	Permanecer en situaciones difíciles

SESIÓN N°17	09/06/23	55 minutos	Mensual	Adulto de 24 años	Entrenamiento en habilidades sociales Modelado
SESIÓN N°18	16/06/23	50 minutos	Mensual	Adulto de 24 años	Entrenamiento en habilidades sociales Ensayo conductual Reforzamiento positivo
SESIÓN N°19	22/06/23	55 minutos	Mensual	Adulto de 24 años	Programación de actividades
SESIÓN N°20	29/06/23	70 minutos	Mensual	Adulto de 24 años	Programación de actividades

Tabla 13*Sesión 01: Psicoeducación de la ansiedad y la terapia cognitivo conductual*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Brindar información sobre ansiedad y TCC	Inicio: Bienvenida a la sesión.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana.		5'	Comunicación asertiva Escucha activa.
	Desarrollo: Psicoeducación de ansiedad y TCC.	El terapeuta, usando el auto registro cognitivo conductual del paciente, se le explica qué es la ansiedad y sus diferentes síntomas, además de usar un video ilustrativo sobre la ansiedad y estrés. Por otro lado, con ejemplo de vida del paciente, se mencionará el trabajo que abarca la terapia cognitivo conductual, centrándose principalmente en las ideas irracionales. También se le comenta sobre las formas que existen para disminuir y controlar esos síntomas como lo son las técnicas de reestructuración cognitiva o relajación.	Autoregistros cognitivo conductuales. Video sobre la ansiedad y estrés	30'	Psicoeducación
	Cierre: Generar alianza terapéutica	Al terminar la sesión el terapeuta le entrega un compromiso terapéutico al paciente, además de mencionarle las reglas que regirán las sesiones como lo son llegar puntual, avisar si se ausentará o cumplir las tareas dadas.	Formato de compromiso.	15' de	Alianza terapéutica

Tabla 14*Sesión 02: Análisis de responsabilidad*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Analizar la importancia de la responsabilidad	Inicio: Bienvenida a la sesión.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana.		5'	Comunicación asertiva Escucha activa
	Desarrollo: Aprender qué es la responsabilidad y su aplicación en el día a día en relación a su ansiedad	El terapeuta mostrará una frase que genera conflicto cognitivo en el paciente, para luego iniciar una discusión respecto a cómo las personas nos vemos constantemente como “víctimas de las circunstancias” y esto hace que deleguemos la responsabilidad de lo que pensamos, sentimos o hacemos a terceros, esta dinámica no facilita el manejo de factores estresantes que terminan generando a su vez ansiedad, por otro lado, también se aborda sobre la importancia de no asumir la responsabilidad de otras personas. Se refuerza lo desarrollado a través de la metáfora “el visitante”.	Diapositiva con frase	35'	Análisis de responsabilidad Imaginación de metáforas
	Cierre: Tarea	El terapeuta genera una retroalimentación sobre la importancia de comprender y aplicar la responsabilidad que tenemos, disminuye el estrés cotidiano. También	Hoja con preguntas	10'	Retroalimentación Tarea terapéutica

deja una tarea al paciente para identificar los momentos en que no fue responsable consigo mismo y cuando asumió la responsabilidad de otras personas.

Tabla 15

Sesión 03: Desarrollo de la técnica ABC

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Enseñar la técnica ABC al paciente	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana. También se revisa brevemente la tarea de la sesión anterior.	Tarea del paciente	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa. Revisión de tarea.
	Desarrollo: enseñar la técnica del ABC	A través de una diapositiva, el terapeuta explica al paciente el proceso que se realiza iniciando con una situación, luego pensamiento, emoción y la conducta problema finalmente. Se utiliza la metáfora del "iceberg" como refuerzo. Posteriormente el terapeuta muestra la estructura del ABC y dos ejemplos ficticios. Finalmente se desarrolla junto al paciente un autoregistro ABC con una situación reciente.	Diapositivas con la metáfora del iceberg, así como estructura y ejemplos de ABC	40'	ABC. Imaginación de metáforas.
	Cierre: Tarea	Se realiza una retroalimentación de la técnica y los objetivos de la misma, adicionalmente se comparte una ruleta de emociones como complemento para su desarrollo, así como la	Ruleta de emociones	5'	Retroalimentación. Tarea terapéutica.

indicación que este ejercicio se debe registrar al menos 1 vez por día.

Tabla 16

Sesión 04: Psicoeducación de ideas irracionales

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Revisar y corregir el primero	Inicio: Bienvenida a la sesión	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana		5'	Comunicación asertiva. Escucha activa.
autoregistro ABC y enseñar qué y cuáles son las ideas irracionales	Desarrollo: Se revisará la tarea de ABC Enseñar sobre las ideas irracionales	El terapeuta revisará y corregirá la estructura y contenido el autoregistro ABC del paciente. Posterior a ello, el terapeuta explicará qué son las ideas irracionales, sus características y origen. Así mismo se identifican algunas ideas irracionales identificadas en su autoregistro ABC tal como: <i>los debería</i> , <i>catastrofización</i> y <i>pensamiento bipolar</i> .	Autoregistro ABC Diapositiva con ideas irracionales	40'	Revisión de tarea. Psicoeducación sobre ideas irracionales.
	Cierre: Tarea	Se realiza una retroalimentación sobre la importancia de tener tareas dentro del espacio terapéutico como una forma de continuar con el tratamiento fuera de las sesiones, así mismo se le entrega una lista con las ideas irracionales y su significado para que las estudie.	Hoja con lista de ideas irracionales	10'	Retroalimentación. Tarea terapéutica.

Tabla 17*Sesión 05: Aplicación de técnica flecha descendente*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aplicar la técnica flecha descendente con el paciente	Inicio: Bienvenida a la sesión	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como si realizó su tarea y estudió las ideas irracionales.		5'	Comunicación asertiva. Escucha activa.
	Desarrollo: Se revisará la tarea de ABC Se trabajará flecha descendente	El terapeuta revisará la tarea del paciente y consultará por los más resaltante o si paciente si desea hablar de alguno en particular. Cuando todos los autoregistros hayan sido abordados, el terapeuta trabajará la técnica de flecha descendente con las ideas y miedos irracionales que escribió en su registro, esto con el objetivo de llegar a las creencias nucleares del paciente, para luego psicoeducar sobre las creencias nucleares y su origen.	Autoregistro ABC	40'	Revisión de tarea. Flecha descendente. Psicoeducación
	Cierre: Tarea	El terapeuta realiza una retroalimentación de la importancia de cuestionar las creencias que tenemos hasta llegar a su origen. Así mismo se le entrega una hoja con algunas preguntas que puede utilizar para cuestionar sus ideas. Por último, le indica que debe continuar con su tarea de ABC.	Hoja con preguntas para realizar la flecha descendente.	10'	Retroalimentación. Tarea terapéutica.

Tabla 18*Sesión 06: Reflexión sobre principios estoicos usados en TCC*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reflexionar sobre principios estoicos para generar debate	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta cómo está actualmente, al igual que por la tarea que se dejó la sesión anterior.		10'	Comunicación asertiva. Escucha activa.
	Desarrollo: Reflexión sobre los principios estoicos	A través de una diapositiva, el terapeuta muestra al paciente, principios estoicos que generan conflicto cognitivo, los cuales son contrastados con las experiencias que viene atravesando con su ansiedad. Los temas abordados son: <ol style="list-style-type: none"> 1. No puedes controlar nada de lo que sucede a tu alrededor, excepto lo que piensas y cómo te sientes sobre eso. 2. El sufrimiento viene de la interpretación que hacemos de las situaciones. 3. No importa que tanta ansiedad tengamos, lo que deba suceder, sucederá. 4. Cuando lleguemos a ese río, cruzaremos ese puente. 5. Aceptación radical. 	Diapositivas de los principios estoicos Hoja bond y lapicero	40'	Revisión de tarea. Reflexión estoica.

	El terapeuta trabaja también las cosas que están en su control (pensamientos, emociones, comportamiento, el presente) y fuera de su control (el futuro, pasado, acciones de otros, actitudes, comportamientos, etc). En donde finalmente el paciente llena esos espacios con ejemplos de su vida.		
Cierre: Tarea	El terapeuta realiza una retroalimentación de lo trabajado en toda la sesión, así mismo se le indica continuar con su tarea semanal del autoregistro ABC.	5'	Retroalimentación Tarea terapéutica

Tabla 19*Sesión 07: Desarrollo de los pasos D y E*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Enseñar los pasos D y E	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como por su tarea semanal.	Tarea del paciente	5'	Comunicación asertiva. Escucha activa.

<p>Desarrollo: A través de la técnica de debate socrático, se enseñará la técnica del ABC-DE</p>	<p>El terapeuta aplicará la técnica de debate socrático con el paciente a través del uso de sus autoregistros actuales y pasados, cuestionando sus ideas y conductas ansiosas que causaron disfuncionalidad. Luego, usando una diapositiva, le enseñará teóricamente el paso D y E en su reestructuración cognitiva, como continuación del ABC. Se le indica al paciente que al momento se generar la D y E, debe aplicar el <i>análisis de responsabilidad</i> para esta parte, ya que los pensamientos y conductas alternativas deben ser reales y aplicables por el paciente, ya que eventualmente este pensamiento alternativo aparecerá tempranamente hasta modificar en vivo a la B y C.</p>	<p>Registros ABC. Diapositiva con la técnica de la D y E.</p>	<p>40'</p>	<p>Técnica ABC-DE. Debate socrático. Reatribución cognitiva. Análisis de responsabilidad.</p>
<p>Cierre: Tarea</p>	<p>El terapeuta realiza una retroalimentación de la sesión y le indica al paciente que desde hoy en adelante, las tareas serán con el formato de ABC-DE.</p>		<p>10'</p>	<p>Retroalimentación Tarea terapéutica</p>

Tabla 20

Sesión 08: Aplicación de la técnica parada de pensamiento

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas

Aplicar y enseñar la técnica de parada del pensamiento	<p>Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.</p>	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana. Así mismo se le pedirá su tarea y se revisará.	Autoregistro ABC-DE	15'	Comunicación asertiva. Escucha activa. Revisión de tarea.
	<p>Desarrollo: Se enseñará el uso de la técnica Parada de pensamiento</p>	El terapeuta le pedirá al paciente tres pensamientos ansiosos que le generen malestar, así mismo que brinde tres pensamientos que le resulten agradables (ajenos a su problema ansioso). Posteriormente se procede a relajar al paciente, cerrando sus ojos y respirando mientras piensa el tema que le genere ansiedad, menos intenso. Cuando ya esté inmerso en ese pensamiento, lo avisará con un ademán previamente acordado con el terapeuta. Cuando se ejecute el ademán, el terapeuta interrumpirá diciendo en voz alta: “alto” y a la vez dará una palmada fuerte. En el momento que se genera ese vacío en su pensamiento interrumpido, pasará a pensar los temas agradables. Si en caso los pensamientos disfuncionales retornan en menos de 30 segundos, el paciente lo avisará con el ademán y el terapeuta repetirá “alto”.		35'	Parada de pensamiento
	<p>Cierre: Tarea</p>	El terapeuta genera una retroalimentación sobre el uso adecuado de la técnica de parada de pensamiento y la instrucción de realizarla en casa con las pautas aprendidas en la sesión, así como		5'	Retroalimentación Tarea terapéutica

continuar con el desarrollo de su tarea del ABC-DE.

Tabla 21

Sesión 09: Aplicación de técnicas reducción al absurdo y uso del sentido del humor

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Enseñar sobre las técnicas de reducción al absurdo y el uso del sentido del humor	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de la tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana. Así mismo se le pedirá su tarea para revisarla.	Autoregistro ABC-DE	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa. Revisión de tarea.
	Desarrollo: Se trabajará la técnica de Reducción al absurdo y Uso del sentido del humor	El terapeuta tomará en cuenta los registros de ABC-DE del paciente, y le pedirá que mencione una de sus creencias que le generan malestar, la cual será llevada al extremo a través de preguntas que tienen como objetivo que el paciente se dé cuenta de lo absurdas que pueden ser y requiera reformularlas. También se ensaya con el paciente, cantar sus pensamientos disfuncionales con el tono musical de canciones de niños como el “arroz con leche” o “la cucaracha” ya que se busca aplicar el sentido del humor a las afirmaciones ansiosas que tiene para que se desdramaticen esas creencias irracionales.		40'	Reducción al absurdo Uso del sentido del humor

Cierre: Tarea	Se realiza retroalimentación sobre estas técnicas y la capacidad que tienen las personas para poder manejar sus pensamientos y cambiarlos. Así mismo se le indica que debe continuar con la tarea del ABC-DE, pero le ponga especial énfasis al dialogo interno que tiene consigo mismo en sus pensamientos cuando está en una situación ansiosa.	5'	Retroalimentación Tarea terapéutica
-------------------------	--	----	--

Tabla 22*Sesión 10: entrenamiento en autoinstrucciones*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en la utilización de autoinstrucciones	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana. Así mismo el terapeuta le solicita su tarea para ser revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	15'	Comunicación asertiva. Escucha activa. Revisión de tarea.
	Desarrollo: Se enseñará al paciente a entrenarse en autoinstrucciones constructivas	El terapeuta utilizará la última tarea del paciente en donde se le indicó que le ponga énfasis a su dialogo interno en momentos de ansiedad, se identificarán las autoinstrucciones adecuadas, así como las inadecuadas que finalmente serán desechadas. Posterior a ello, se le entrenará en estructurar autoinstrucciones constructivas que lo conduzcan en esas		40'	Técnica de entrenamiento en autoinstrucciones.

	<p>situaciones, tomando en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la situación problemática. - Centrar la atención en el problema. - Encauzar la situación hacia la solución. - Qué hacer con los errores cometidos. - Autorefuerto. <p>Se le indica al paciente que este entrenamiento debe ser realizado constantemente con múltiples situaciones, y para ello, generar el mayor número de autoinstrucciones o autoverbalizaciones que le permitan resolver esa situación, apoyándose en aquellas afirmaciones que se rescataron.</p>		
Cierre: Tarea	El terapeuta retroalimenta la importancia de poner en práctica este entrenamiento a diario y en varios momentos del día, por otro lado, indica que se continúen realizando los registros de ABC-DE.	5'	Retroalimentación Tarea terapéutica

Tabla 23*Sesión 11: Psicoeducación de las técnicas de relajación*

Fase de Intervención

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Explicar qué son las técnicas de relajación así como su importancia	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de la tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea
	Desarrollo: Psicoeducar sobre las técnicas de relajación	El terapeuta indica al paciente la importancia de abordar sus síntomas fisiológicos y que para ello se requiere entrenarse en técnicas de relajación como lo son la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular. Por otro lado, se grafica cómo es que estas técnicas de relajación, operan a nivel cognitivo ya que traen al usuario al presente a través de algunos procesos mentales como lo es forzar la atención a la respiración, calcular el tiempo, contabilizarlo y modular la respiración o tensión muscular. Así mismo, la afectación a nivel fisiológico, relajando los músculos y quitando el estado de alerta en el que se encuentra el cuerpo cuando percibe un peligro real o imaginario.	Diapositiva de técnicas de relajación	de 30'	Psicoeducación de técnicas de relajación
	Cierre: Tarea	Se sensibiliza al paciente la importancia de estas técnicas y que requieren una práctica constante. Agrega también que los autoregistros ABC-DE se continúa realizando.			5'

Tabla 24

Sesión 12: Utilización de la técnica de respiración diafragmática

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en la técnica de respiración	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea
	Desarrollo: Practicar la técnica de respiración diafragmática	El terapeuta brinda las pautas sobre la correcta forma de respirar: inhalar por la nariz y exhalar por la boca, así mismo, a través de una diapositiva explica en qué consiste la respiración diafragmática para luego pasar a realizarla frente al paciente. Posterior a ello se le pide que sea él quien la realice y el terapeuta corregirá. En cuanto a la respiración se le enseñan 2 tipos: - El cuadrado: inhalar cuatro segundos, mantener cuatro segundos, exhalar cuatro segundos y no respirar cuatro segundos para nuevamente repetir el ciclo. - Respiración 4-7-8: inhalar cuatro segundos, mantener siete segundos y exhalar ocho segundos para nuevamente repetir.	Diapositiva de técnicas de relajación	de 45' de	Técnica de respiración diafragmática. Modelamiento. Moldeamiento.

	Para fines prácticos de la sesión, se le pide que se acomode y cierre los ojos y se trabaja la respiración 4-7-8 en tres momentos. Una primera donde el terapeuta da las indicaciones y hace la contabilidad, una segunda en donde solo da las indicaciones y una tercera en donde el paciente aplica la técnica sin ninguna indicación.		
Cierre: Tarea	Se le indica al paciente que practique la respiración 4-7-8, tres veces al día durante 15 minutos cada vez, aunque no se sienta ansioso en ese momento, tomando en cuenta todas las pautas dadas, al igual que debe continuar con su autoregistro ABC-DE.	5'	Tarea terapéutica

Tabla 25

Sesión 13: Utilización de la técnica de respiración con visualización

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en la técnica	Inicio: al Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea

respiración con visualización	Desarrollo: Practicar la técnica de respiración con visualización	<p>El terapeuta consulta al paciente si logró practicar el ejercicio de respiración 4-7-8 y qué sintió en esta semana de práctica. Luego le indica que se hará una variación a esa técnica en donde se incluirá el componente de la visualización, para ello le pedirá que describa el lugar que más paz le ha traído hasta este momento de su vida y lo describa.</p> <p>Luego el terapeuta le pedirá que se recueste y cierre los ojos para iniciar con el proceso de imaginación en donde le menciona características del lugar que previamente describió, guiándolo en un recorrido exploratorio mientras continúa dando las pautas de una respiración profunda, induciéndolo a usar sus sentidos en este ejercicio a través de palabras que describen sensaciones.</p>	30'	Técnica de respiración con visualización
	Cierre: Tarea	<p>Se genera una retroalimentación con el paciente sobre la efectividad de los ejercicios de respiración, que no requieren materiales y se pueden realizar en cualquier momento o lugar, además se le indica al paciente que practique este ejercicio al menos 2 veces a la semana, también se le da la indicación de continuar con sus autoregistros ABC-DE.</p>	10'	Retroalimentación Tarea terapéutica

Tabla 26*Sesión 14: Utilización de la técnica de relajación muscular progresiva*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en la técnica de relajación muscular	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea
	Desarrollo: Se pone en práctica la relajación muscular progresiva con 16 grupos musculares.	El terapeuta indica que se trabajará la técnica de relajación muscular, la cual se usará junto a la técnica de respiración. El ejercicio consiste en tensar durante 4 segundos el grupo muscular que indique el terapeuta y luego distensar y dejarlo en reposo unos 15 segundos, con una repetición de 2 veces por cada grupo muscular. Durante la aplicación, se le pide poner atención a la sensación muscular de tensión y distensión y familiarizarse con ello. En total se trabajan los 16 grupos musculares y se le entrega la lista de grupos musculares trabajados.	Hoja con los 16 grupos musculares trabajados.	45'	Técnica de relajación muscular progresiva.
	Cierre: Tarea	Se refuerza la importancia de entrenarse en esta técnica para reducir los niveles de activación a través de una reducción de la tensión muscular. Se indica que esta técnica la debe realizar en casa al menos		10'	Retroalimentación Tarea terapéutica

unas 4 veces en la semana y registrar las sensaciones que ha tenido luego de realizarla.

Tabla 27

Sesión 15: Utilización de la técnica de relajación diferencial

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en la técnica de relajación diferencial	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta cómo está actualmente, por su semana, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior con respecto a la relajación muscular progresiva.		5'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea
	Desarrollo: Se le enseña el método de relajación muscular diferencial	El terapeuta le indica al paciente que se practicará una versión modificada de la técnica de relajación muscular, la cual implicará tensar solamente los músculos que estén involucrados en la práctica de alguna tarea, lo cual implicará tener una consciencia de los músculos que se tensan sin haber ejecutado alguna tarea. Para realizarlo, se le pide que el paciente se recueste e identifique los músculos que se han tensado más durante la semana debido a las tareas que ha estado realizando, para luego aplicar la técnica solo a esos músculos.		40'	Técnica de relajación diferencial

Cierre: Tarea	Se le indica al paciente que esta variación es válida en momentos en las que no cuente con mucho tiempo o no esté en un entorno adecuado, al igual que el entrenamiento constante de esta técnica. También que continúe realizando su autoregistro ABC-DE.	10'	Retroalimentación Tarea terapéutica
-------------------------	--	-----	--

Tabla 28

Sesión 16: Aplicación de la técnica Permanecer en situaciones difíciles

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Explicar la técnica permanecer en situaciones difíciles	Inicio: Bienvenida a la sesión	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta por su semana, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	15'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea
	Desarrollo: Se enseñará a tolerar el malestar a las conductas que evita.	El terapeuta, usando el autoregistro ABC-DE del paciente, le consultará por las conductas que aún generan malestar y se realiza una lista de ellos. Luego, dará la indicación al paciente de realizar dichas actividades por voluntad propia bajo una programación, con la finalidad que, al hacerlo, se exponga intencionalmente por un tiempo limitado y acordado previamente en la sesión, con el objetivo que tome conciencia que, aunque es incómodo, puede tolerar ese malestar. Para	Registro ABC-DE Lista de conductas	30'	Permanecer en situaciones difíciles

	eso se valdrá de las técnicas de relajación y autoinstrucciones como apoyo de ser necesario.		
Cierre: Tarea	Se realiza una retroalimentación sobre la actividad que realizará y se le pide que en la lista de comportamientos que se realizó en la sesión, anote en una escala SUD el nivel de malestar que tuvo al hacerlo intencionalmente. Se le pide que continúe con su autoregistro ABC-DE.	10'	Retroalimentación Tarea terapéutica

Tabla 29*Sesión 17: Entrenamiento en habilidades sociales (i)*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en habilidades sociales	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta cómo está actualmente, si realizó las actividades de permanecer en situaciones difíciles, así como por la tarea que se dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.	Autoregistro ABC-DE	10'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea

Desarrollo:	El terapeuta indica que es importante que desarrolle habilidades sociales para desenvolverse en diferentes situaciones que implica socializar, algo que el paciente evita. Se enumeran las situaciones donde hay dificultad y luego se inicia con videos de apoyo sobre cómo actuar en esa situación. Luego el terapeuta se pone como modelo para realizar el correcto comportamiento en esa situación, brindando las pautas necesarias para su adecuada ejecución.	Videos de situaciones sociales	de 40'	Entrenamiento en habilidades sociales. Modelado.
Cierre: Tarea	El terapeuta realiza una retroalimentación sobre la importancia de las habilidades sociales, así como el componente ocupacional que implica participar en actividades sociales como una forma de exposición también. También se indica la continuidad de sus autoregistros ABC-DE.		5'	Retroalimentación Tarea terapéutica

Tabla 30

Sesión 18: Entrenamiento en habilidades sociales (ii)

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenar al paciente en	Inicio:	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta cómo está actualmente, por su semana, así como por la tarea que se	Autoregistro ABC-DE	5'	Comunicación asertiva. Escucha activa

habilidades sociales	<p>Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>El terapeuta realiza un repaso breve de lo aprendido en la sesión anterior e indica al paciente que realizarán un ensayo sobre los comportamientos en esas situaciones sociales. En cada ensayo realizado el terapeuta brinda retroalimentaciones sobre el progreso. Cada que se realiza adecuadamente la acción, se refuerza a través de felicitaciones y aplausos.</p> <p>Cierre:</p> <p>Tarea</p> <p>El terapeuta deja como tarea para esta técnica poner en práctica las habilidades aprendidas y comentar cómo se sintió la próxima sesión.</p>	dejó la sesión anterior, la cual es revisada brevemente.			<p>Revisión de tarea</p> <p>40'</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales. Ensayo conductual. Reforzamiento positivo.</p> <p>5'</p> <p>Retroalimentación Tarea terapéutica</p>
----------------------	---	--	--	--	---

Tabla 31*Sesión 19: Programación de actividades diarias*

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Programar actividades que realizará el	Inicio: Bienvenida a la sesión	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le consulta por la puesta en práctica de las habilidades sociales que se ensayaron.		5'	Comunicación asertiva. Escucha activa

paciente diariamente	Desarrollo: Desarrollar junto al paciente las actividades diarias a realizar	El terapeuta, junto al paciente, programa las actividades que realizará durante la semana, para lo cual, primero se hace una lista de las actividades según dificultad y a la vez realistas, comenzando primero con pocas actividades para después ir aumentando la cantidad y dificultad. Luego el terapeuta le indica al paciente que las actividades seleccionadas serán evaluadas con una escala del 0 al 5 a través de Dominio y Nivel de Ansiedad.	Lista actividades	con 35'	Programación de actividades.
	Cierre: Tarea	El terapeuta realiza una retroalimentación sobre la necesidad de tener una estructura con respecto a las actividades que se realizan, ya que, al hacerlas, se demuestra la capacidad de poder lograrlo a pesar de lo aparentemente amenazante que puede ser. Así mismo se da la indicación de practicar y evaluar con la escala, las actividades realizadas. También le indica continuar con su autoregistro ABC-DE.		15'	Retroalimentación Tarea terapéutica

Tabla 32

Sesión 20: Programación de actividades y alta terapéutica

Fase de Intervención					
Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Programar actividades que realizará el paciente en cuanto a ocupaciones y hobbies, así como dar la alta terapéutica	Inicio: Bienvenida a la sesión y revisión de tarea.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión y se le pregunta si realizó las actividades diarias programadas y su respectiva evaluación, también se revisa brevemente su autoregistro ABC-DE.	Lista de actividades. Registro ABC-DE.	de 10'	Comunicación asertiva. Escucha activa Revisión de tarea
	Desarrollo: Desarrollar con el paciente las ocupaciones y hobbies que posiblemente retomará	Junto al paciente se abordan la importancia de las ocupaciones y hobbies, al igual que sus objetivos. Por otro lado, se enumeran las ocupaciones y hobbies que tenía antes de su problema con la ansiedad y las que tiene actualmente, con el objetivo de trazar metas para retomarlos o probar unos nuevos, comenzando por los más simples o accesibles. Por otro lado, se firma un compromiso terapéutico con el cual el paciente más concientizado, ejecutará las ocupaciones y hobbies acordados con el terapeuta.	Lista de ocupaciones y hobbies Compromiso terapéutico	de 30' y	Programación de actividades.
	Cierre: Evaluación de autoregistros de línea base.	El terapeuta entrega al paciente los autoregistros cognitivo conductuales de línea base para que el paciente lo llene con la información actual ahora que terminó su	Autoregistros de línea base	de 30'	Auto registros cognitivo conductuales

tratamiento. Al terminar, y corroborar la información que llenó el paciente, le indica su alta terapéutica ya que ha demostrado una mejora consistente, lo cual se ve reflejado en sus autoregistros, lográndose los objetivos trazados, al igual que si en el futuro desea, puede sacar una nueva cita en el establecimiento.

2.7. Procedimiento

Este plan de intervención se realizó bajo el enfoque cognitivo conductual durante 20 sesiones, las cuales fueron realizadas en el CSMC Sumaq Kawsay. Cada sesión tuvo una duración de unos 50 minutos aproximadamente, dándose de 1 vez a la semana en lo posible. El objetivo de este plan fue de la disminuir la sintomatología ansiosa del paciente a través de técnicas de corte cognitivo conductual.

2.8. Consideraciones éticas

En un primer momento se le informó de manera verbal si su caso podría ser usado dentro de un trabajo académico para la obtención de un título. El paciente acepto siempre que no se publiquen sus datos ni demás información que lo vincule, además firmó el consentimiento informado.

III RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

Figura 1

Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung - Pre y Post

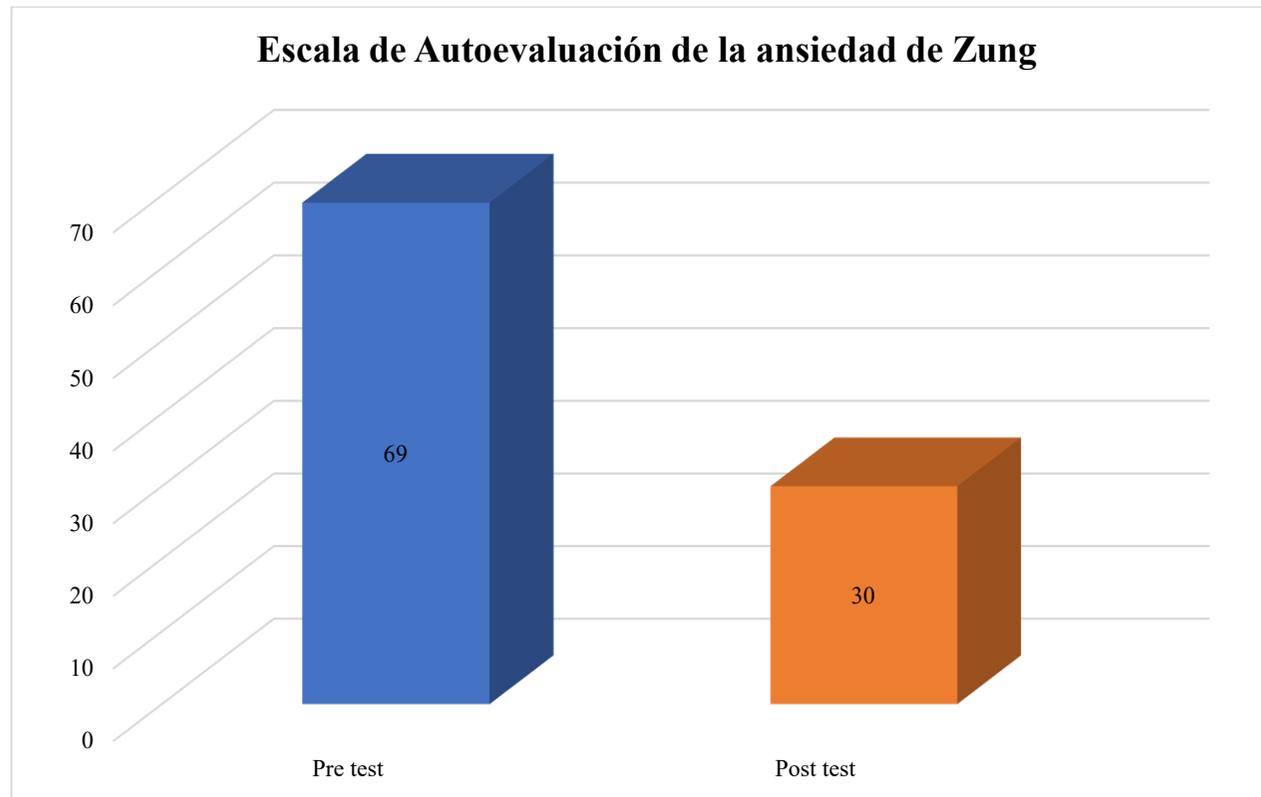


Figura 2

Cuestionario de creencias irracionales de Ellis

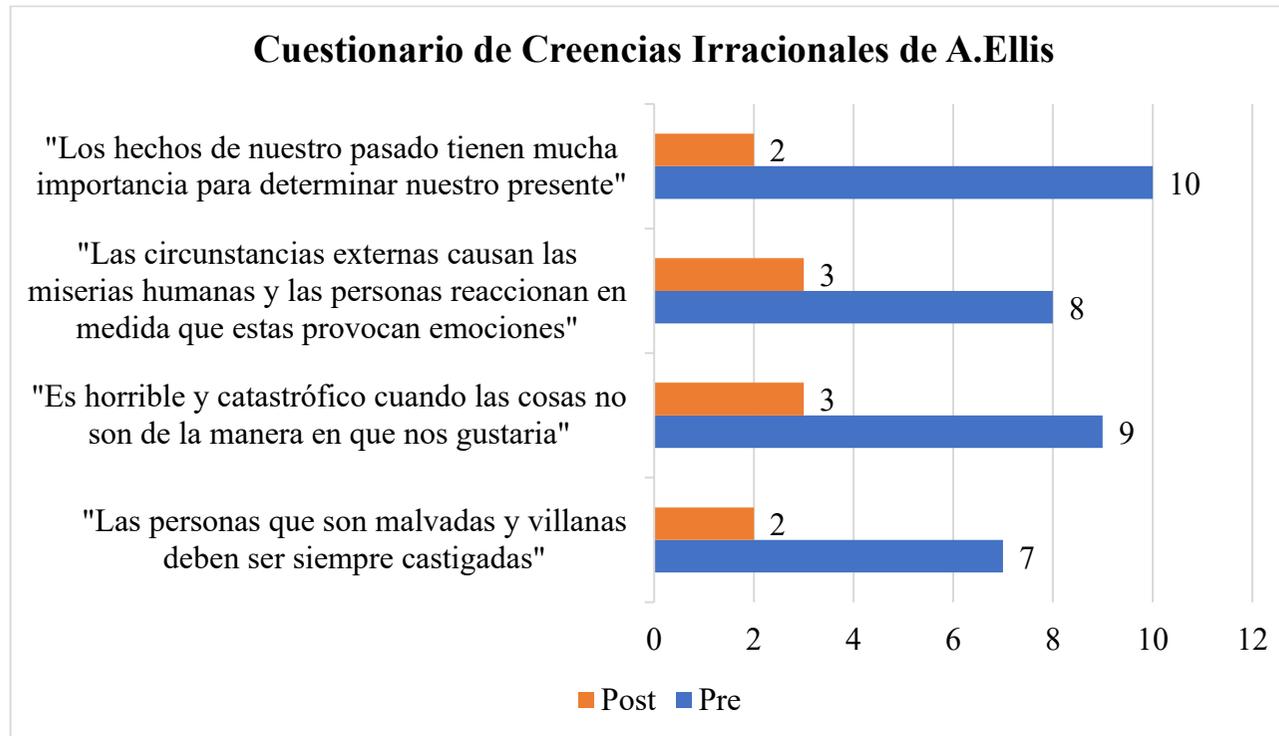


Tabla 33*Registro cognitivo - Frecuencia / Pre y Post*

Pensamiento	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
“Moriré solo”	15	2	17	1	14	1	15	1	18	1	22	3	26	4	18.1	1.8
“Moriré pronto”	15	1	18	1	15	2	16	3	17	2	20	3	25	2	18	2
“¿Por qué me pasa justo esto a mí?”	10	1	9	1	10	1	10	3	8	1	11	2	11	3	9.8	1.7
“Ojalá no hubiera salido a la calle ese día”	13	2	12	2	13	3	14	3	12	4	10	2	12	3	12.2	2.7
“¿Merezco este destino?”	8	1	5	2	7	2	9	2	7	1	8	2	9	4	7.5	2
“El virus de la rabia crece en mí”	15	3	18	4	16	2	17	2	18	4	19	3	21	5	17.7	3.2
“Debo ponerme el tratamiento contra la rabia”	19	2	18	2	16	1	15	1	18	2	20	3	21	4	18.1	2.1
“Tengo que hablar con especialistas en Lima”	17	2	16	1	16	3	17	2	14	1	18	2	18	3	16.5	2

Figura 3

Resultados registro cognitivo - Frecuencia Pre y Post

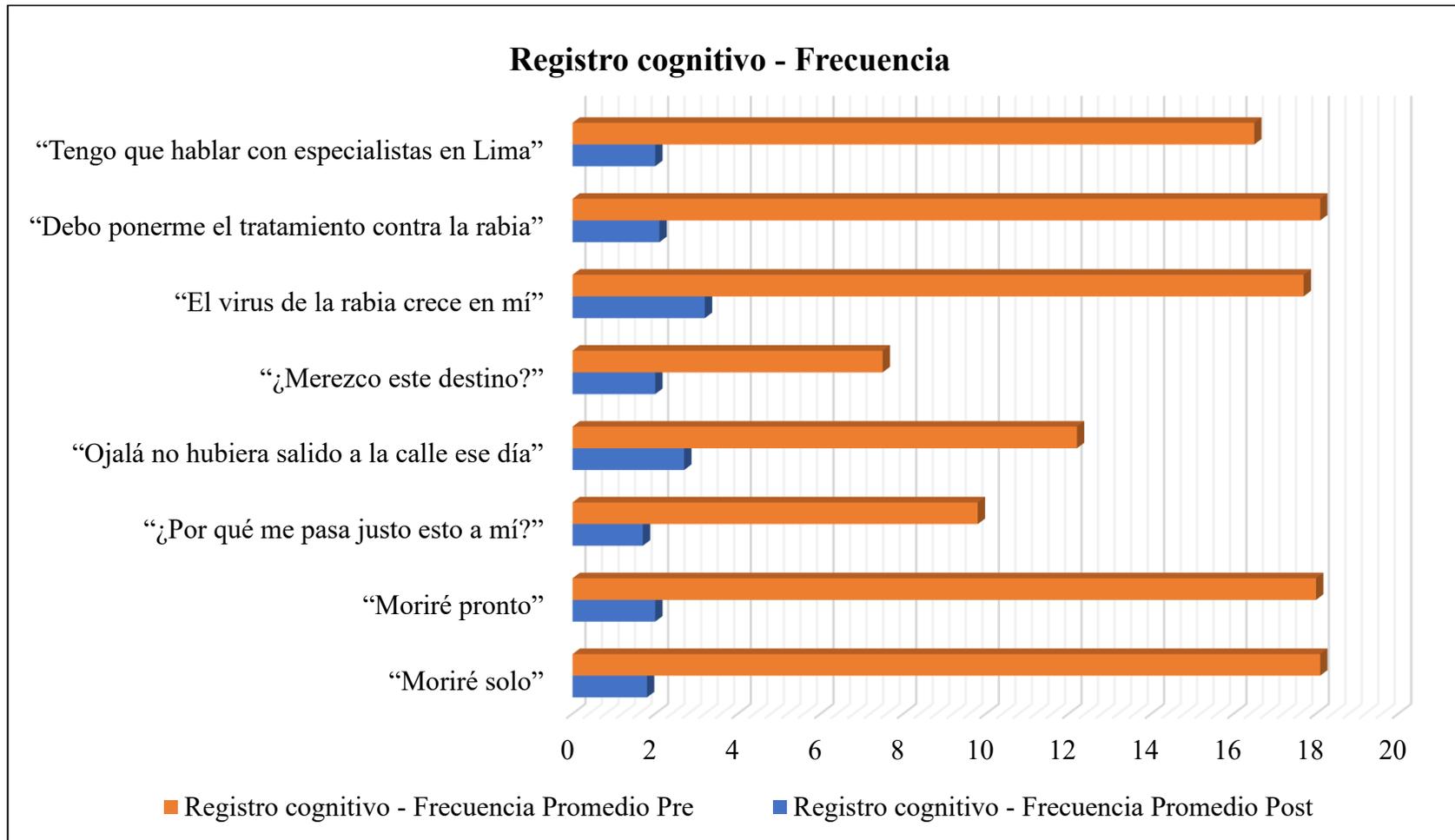


Tabla 34*Registro cognitivo - Intensidad / Pre y Post*

Pensamiento	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
“Moriré solo”	7	3	8	3	7	2	7	2	8	3	9	2	9	5	7.8	2.8
“Moriré pronto”	7	2	7	2	7	3	7	2	7	1	8	4	9	3	7.4	2.4
“¿Por qué me pasa justo esto a mí?”	6	2	7	2	7	2	6	3	7	4	7	2	7	2	6.7	2.4
“Ojalá no hubiera salido a la calle ese día”	7	4	8	3	7	1	7	2	8	2	7	3	7	3	7.2	2.5
“¿Merezco este destino?”	6	2	6	1	7	3	6	2	6	3	7	3	6	3	6.2	2.4
“El virus de la rabia crece en mí”	8	3	8	3	9	5	8	4	8	2	8	4	9	5	8.2	3.7
“Debo ponerme el tratamiento contra la rabia”	8	2	9	2	8	1	9	1	8	2	9	3	9	3	8.5	2
“Tengo que hablar con especialistas en Lima”	7	2	8	2	8	1	7	1	7	2	7	1	8	3	7.4	1.7

Figura 4

Resultados registro cognitivo - Intensidad Pre y Post

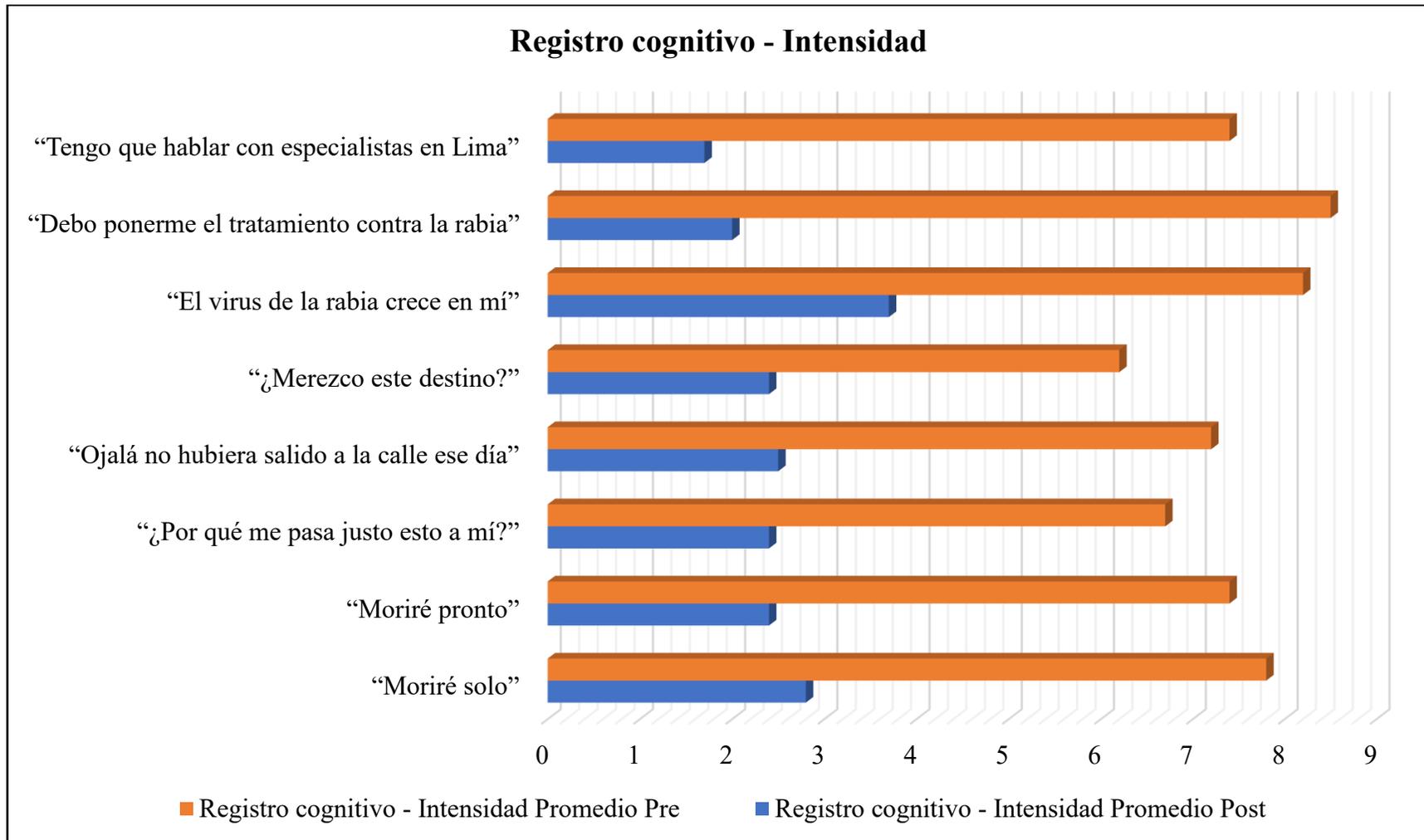


Tabla 35*Registro emocional - Frecuencia / Pre y Post*

Emoción	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Tristeza	8	3	7	2	8	3	6	1	8	2	7	1	9	2	7.5	2
Miedo	13	4	12	4	13	3	12	3	12	3	14	5	16	4	13.1	3.7
Angustia	14	3	14	5	13	5	13	4	11	3	15	5	17	3	13.8	4
Vergüenza	4	1	6	2	4	1	3	2	2	1	4	1	3	1	3.7	1.2
Frustración	4	1	3	1	4	1	3	0	3	1	4	1	5	2	3.7	1
Pánico	8	2	7	2	8	2	7	3	7	2	8	3	8	4	7.5	2.5
Desesperación	10	3	11	3	11	2	10	2	9	1	12	2	12	3	10.7	2.2
Soledad	5	2	5	1	6	1	5	1	6	1	11	3	13	4	7.2	1.8
Desesperanza	6	1	6	1	6	2	7	2	6	3	9	4	9	2	7	2.1
Preocupación	12	3	12	2	11	2	13	3	12	1	14	1	17	2	13	2

Figura 5

Resultados registro emocional - Frecuencia Pre y Post

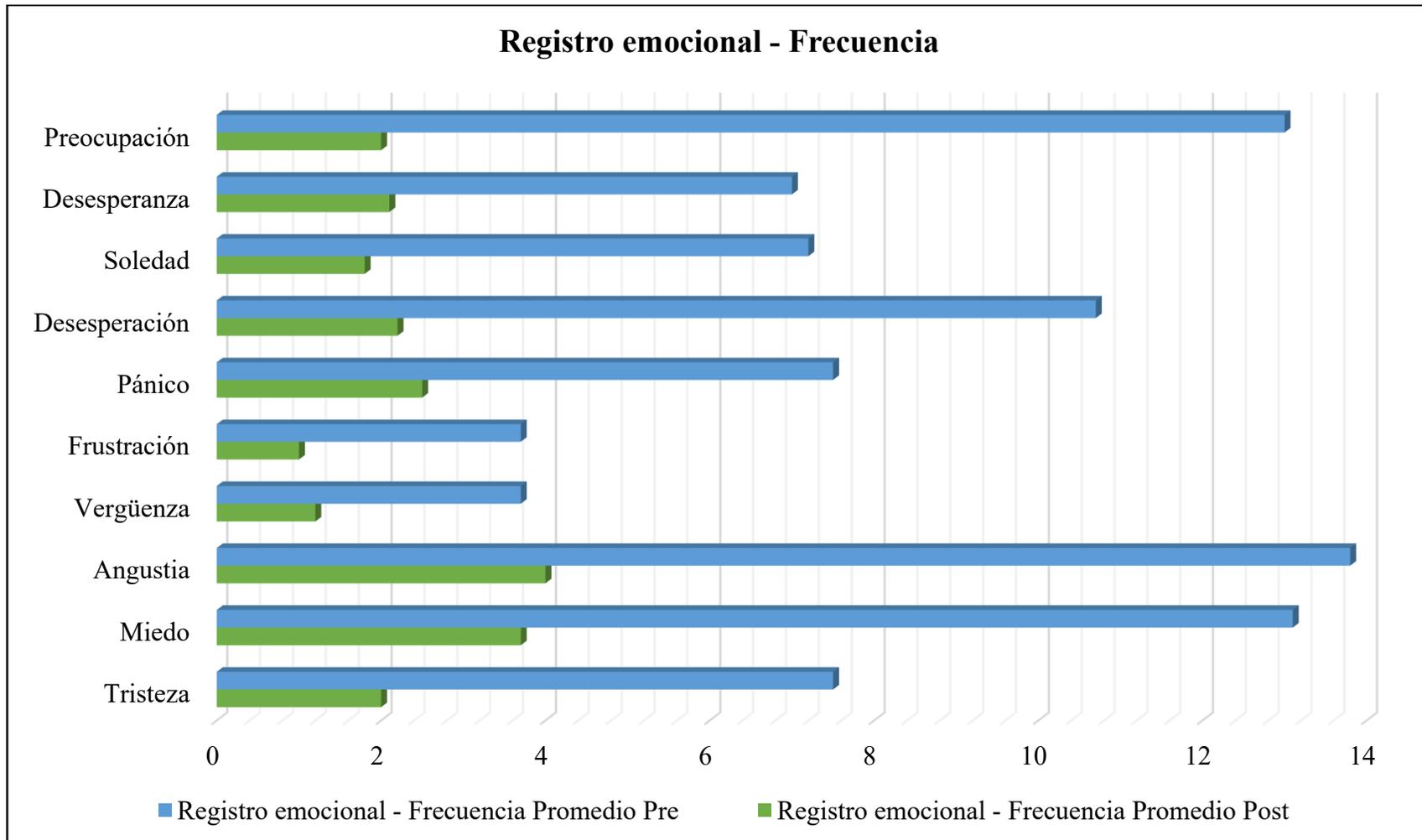


Tabla 36*Registro emocional – Intensidad (escala SUD) / Pre y Post*

Emoción	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Tristeza	7	2	7	2	7	3	8	2	7	4	9	4	9	5	7.7	3.1
Miedo	9	3	9	2	8	1	9	2	9	2	10	3	10	4	9.1	2.4
Angustia	9	2	9	2	9	3	9	2	8	3	9	2	10	4	9	2.5
Vergüenza	6	2	7	3	6	1	6	2	7	2	7	3	8	3	6.7	2.2
Frustración	5	1	5	1	6	2	5	0	5	3	6	2	5	2	5.2	1.5
Pánico	7	3	8	2	8	4	8	2	7	3	9	3	8	3	7.8	2.8
Desesperación	7	2	6	2	6	2	5	1	7	2	8	2	7	2	6.5	1.8
Soledad	9	2	9	1	8	3	9	2	8	2	9	1	9	3	8.7	2.1
Desesperanza	5	1	7	3	5	2	5	1	5	1	7	2	7	2	5.8	1.7
Preocupación	8	2	7	3	7	3	8	3	7	2	7	3	7	3	7.2	2.7

Figura 6

Resultados registro emocional - Intensidad Pre y Post

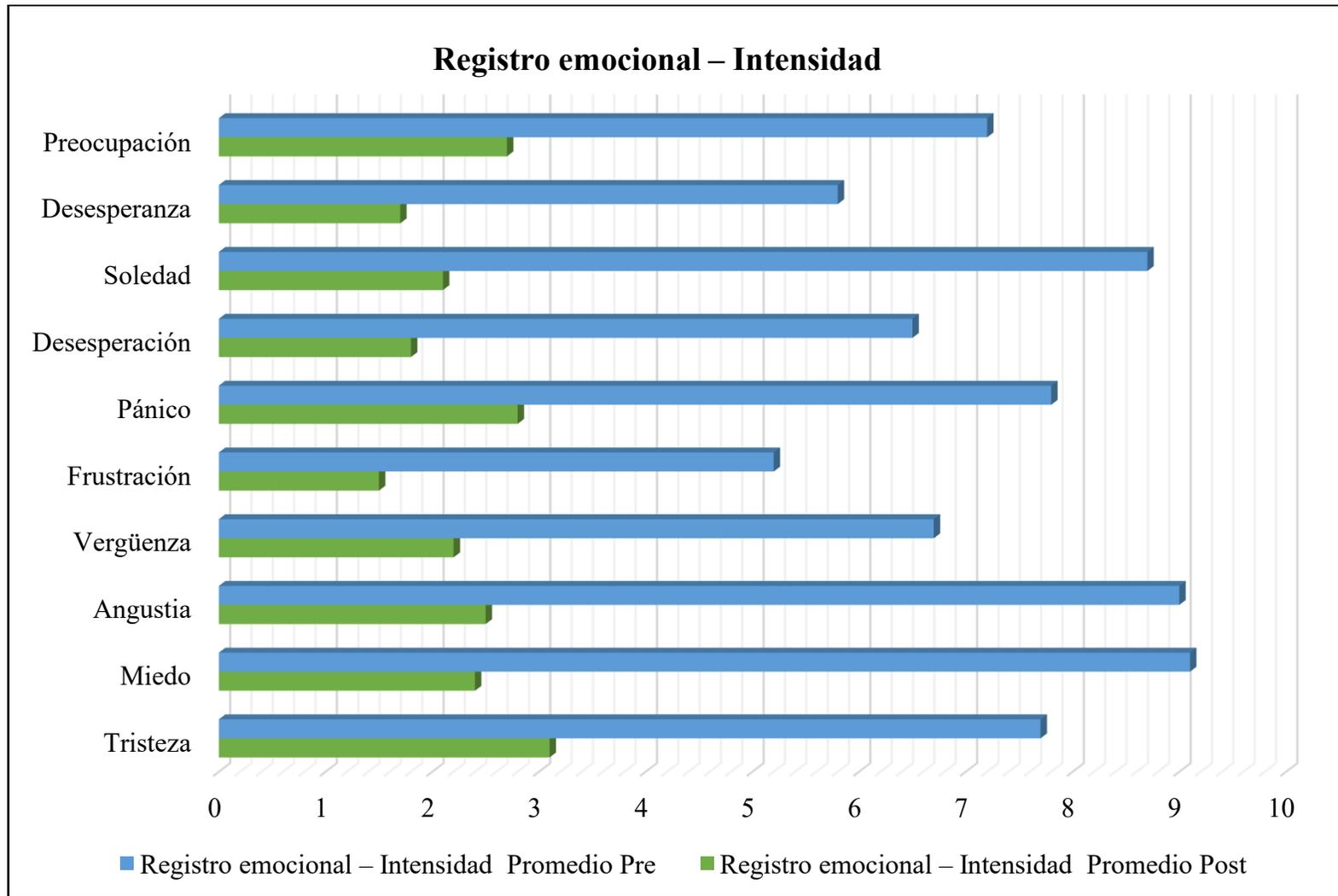


Tabla 37*Registro conductual – Frecuencia / Pre y Post*

Conductas	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Exceso															
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Buscar en internet los síntomas	5	0	4	1	5	1	5	0	6	1	7	1	9	0	5.8	0.5
Llorar	3	0	3	0	2	1	3	0	3	0	4	0	5	0	3.2	0.1
Contar a la pareja	4	1	4	1	3	1	4	1	3	0	4	1	3	0	3.5	0.7
Evitar perros	2	0	1	1	2	0	1	0	2	0	3	1	4	1	2.1	0.4
Debilitamiento																
Salir a la calle	1	4	1	3	0	4	1	5	1	3	1	4	2	5	0.8	4
Socializar	1	3	1	4	1	4	0	5	0	2	1	5	1	7	0.7	4.2
Sueño	1	2	2	3	1	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1.1	2.2
Apetito	1	4	2	3	1	3	1	4	1	3	2	3	1	4	1.2	3.4
Salir en bicicleta	0	3	0	2	1	3	0	4	0	3	0	3	1	4	0.2	3.1

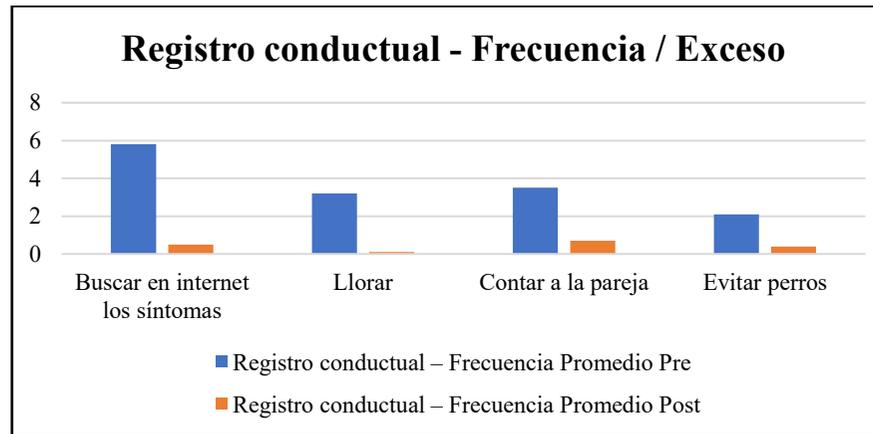
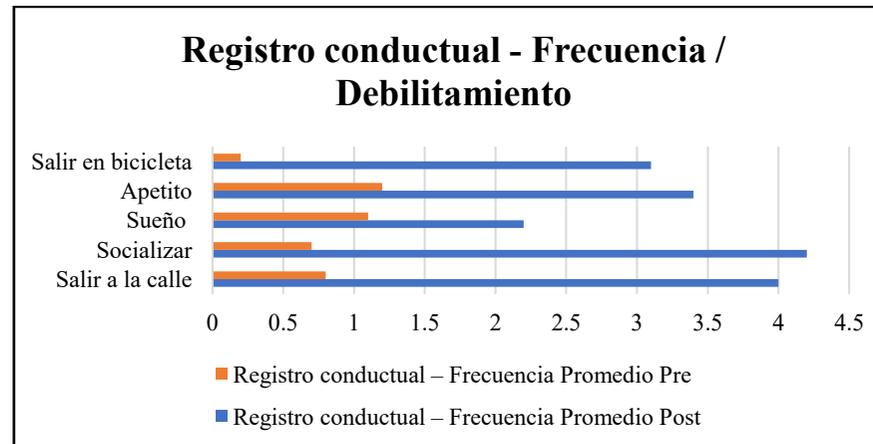
Figura 7*Registro conductual - Frecuencia / Exceso Pre y Post***Figura 8***Registro conductual - Frecuencia / Debilitamiento Pre y Post*

Tabla 38*Registro fisiológico – Frecuencia / Pre y Post*

Sensación	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cefalea	4	1	3	1	4	1	3	0	4	1	4	1	5	0	3.8	0.7
Disnea	6	1	6	2	7	1	6	2	6	1	8	2	8	2	6.7	1.5
Presión en el pecho	3	1	2	0	3	1	4	1	3	1	4	2	3	1	3.1	1.4
Tensión muscular	4	1	4	1	5	2	4	1	3	0	4	1	5	2	4.1	1.7
Fatiga	6	1	6	1	5	2	6	1	5	1	5	1	5	1	5.4	1.1
Taquicardia	6	1	5	2	5	1	6	1	6	2	7	2	6	1	5.8	1.4

Figura 9

Registro fisiológico - Frecuencia Pre y Post

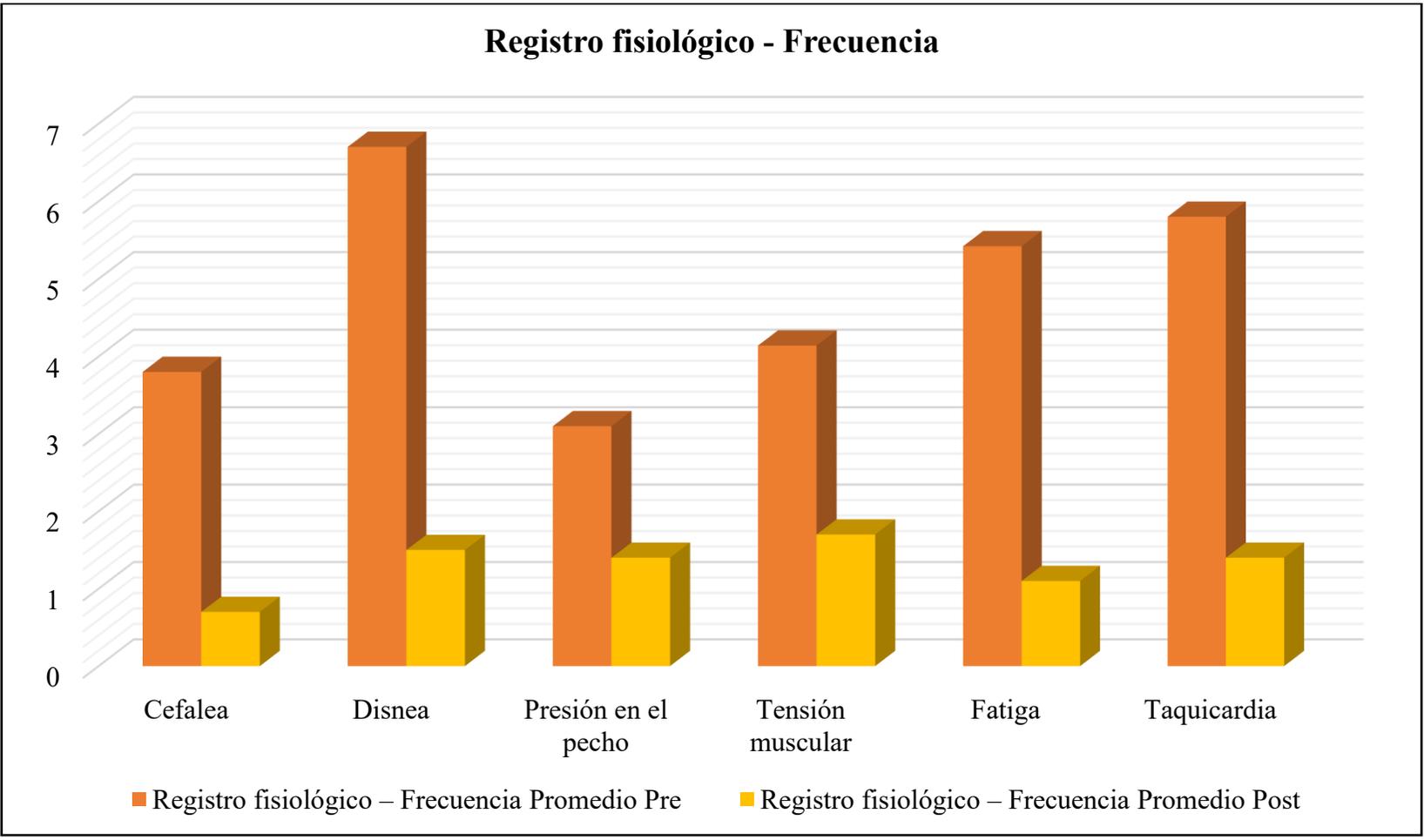
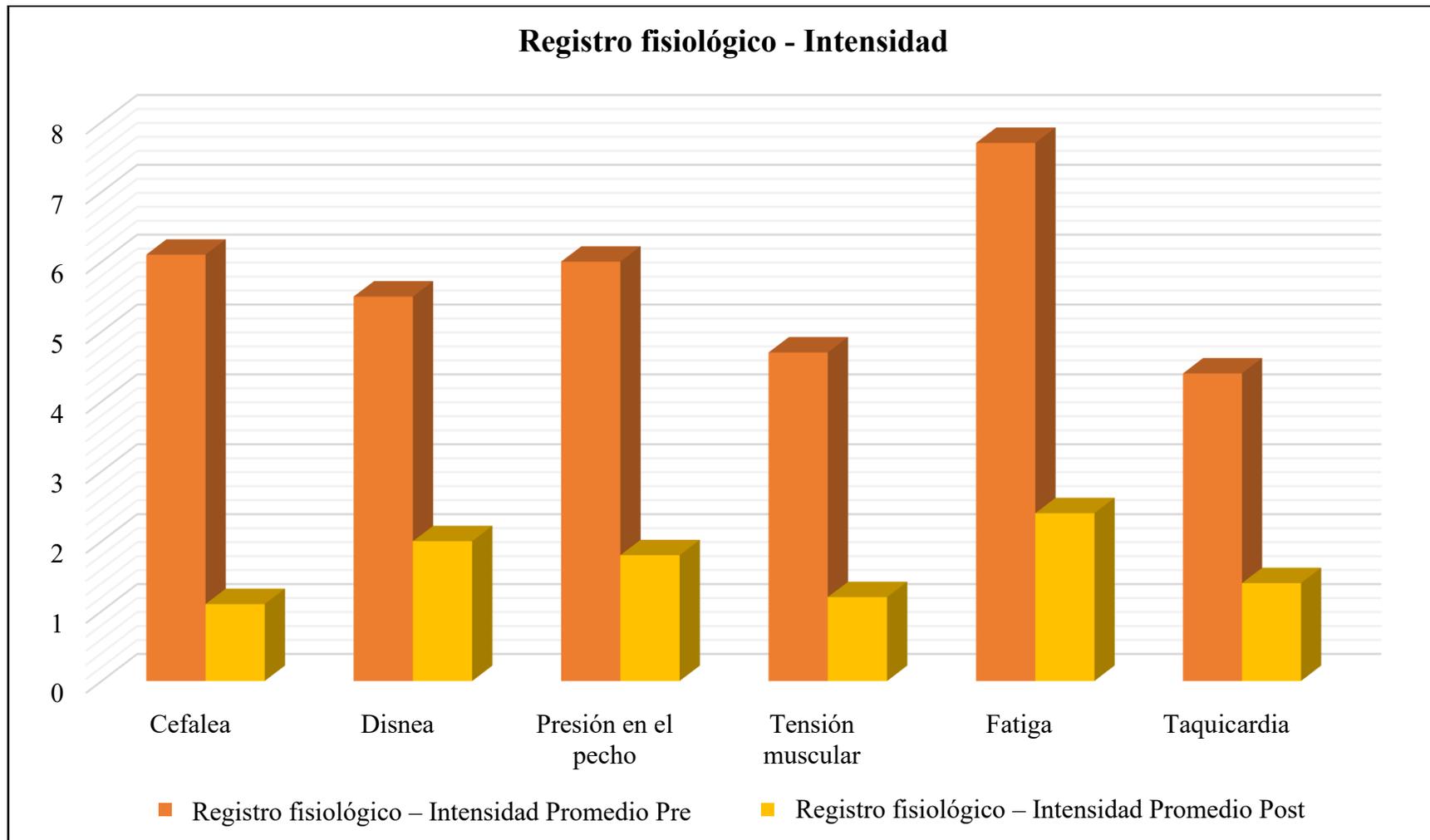


Tabla 39*Registro fisiológico – Intensidad / Pre y Post*

Sensación	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cefalea	5	1	5	2	6	2	5	0	6	2	8	1	8	0	6.1	1.1
Disnea	6	2	5	1	5	2	6	1	6	3	6	3	5	2	5.5	2
Presión en el pecho	6	2	6	0	6	2	5	2	6	3	7	2	6	2	6	1.8
Tensión muscular	4	1	5	2	4	1	5	2	5	0	4	1	6	2	4.7	1.2
Fatiga	7	3	8	3	8	2	7	2	8	1	8	2	8	4	7.7	2.4
Taquicardia	4	1	5	2	3	1	5	2	4	1	5	2	5	1	4.4	1.4

Figura 10

Registro fisiológico - Intensidad Pre y Post



3.2. Discusión de Resultados

El objetivo general de esta intervención fue la de reducir los niveles de ansiedad de un paciente adulto a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual lo cual se cumplió ya que el paciente disminuyó su ansiedad después de la aplicación de la terapia

En ese sentido, los resultados y avances se asemejan a los encontrados por Huamaní (2022) al aplicar un tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta, quién también tuvo una mejoría al reducir y manejar la ansiedad generalizada. Estas coincidencias se deberían al tipo de plan aplicado, ya que Huamaní en su plan de intervención trabaja de forma recurrente la reestructuración cognitiva y la psicoeducación, esto tendría sentido ya que según Froján y Calero (2011) los procesos cognitivos son fundamentales en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta problemática.

Un resultado similar se puede encontrar en el trabajo realizado por Velasco (2022) quién también aplicó un tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta que mostró aumentar su funcionalidad y la disminución de síntomas ansiosos. Velasco puso énfasis en las técnicas de reestructuración cognitiva con su paciente, quién tenía ideas catastróficas sobre su salud y la de sus familiares, ideas muy parecidas a las del paciente del presente trabajo. En ambos casos, se comprueba que la reestructuración cognitiva también es positiva al trabajar con ideas irracionales, Valdez et al., (2002) confirman que al modificar las creencias, ideas y actitudes se logra probabilizar que las conductas emitidas sean las adecuadas.

Además, uno de los mayores problemas que el paciente presentaba antes de la intervención, eran los síntomas fisiológicos que le impedían concentrarse y relajarse, sin embargo, se comprueba la disminución de dichos síntomas y su frecuencia, similar a lo encontrado por Pabuena (2019) en donde la psicoeducación en el entrenamiento de técnicas de relajación beneficia a los pacientes con ansiedad. Según Ramírez et al. (2014) implicar al paciente en el desarrollo de su tratamiento de manera más activa y responsable, aumentando

sus conocimientos sobre la ansiedad y recursos personales, facilita la mejoría del paciente y resultados positivos ante el manejo de la ansiedad.

Con relación a las conductas en exceso presentadas por el paciente, se observa una disminución considerable en las conductas problemas, especialmente el llorar, así como la búsqueda compulsiva de los síntomas en internet que el paciente hacía, esto se logró ya que, al usar técnicas de respiración y relajación, el paciente sintió alivio en los momentos donde sentía más angustia y lloraba, lo cual se refuerza según Lara (2019) quien indica que el uso de ejercicios de respiración consciente es un ejercicio individual no invasivo y autónomo, muy útil ya que no necesita un tiempo superior a cinco minutos ni de espacios específicos, por lo tanto puede aplicarse en cualquier escenario y situación, lo que facilita adaptarlo a la cotidianidad sin complicaciones.

Por otro lado, las conductas en debilitamiento mostraron también una mejoría al aumentar, salir a la calle, así como salir en bicicleta, esto se refleja en el bienestar general que siente el paciente, ya que según Delgado et al. (2019) el ejercicio físico puede ser una estrategia para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y mejorar la calidad de vida del paciente.

Finalmente, es importante recalcar el compromiso y disposición del paciente en el proceso terapéutico, lo cual se refleja en los resultados y en el mejoramiento no solo a nivel personal, sino también en el área ocupacional, familiar y social. Quinceno et al. (2021) indican que, en el tratamiento, crear una alianza terapéutica positiva, donde no sólo el terapeuta sino también el paciente se involucre, facilita el éxito terapéutico.

IV. CONCLUSIONES

- El programa evidencia resultados efectivos en cuanto a su objetivo principal de reducir los niveles de ansiedad generalizada por medio de la intervención cognitivo conductual, que se puede corroborar según la medición del pre test (69) y post test (30).
- Con respecto a los aspectos cognitivos disfuncionales se observa que luego de la aplicación del programa de intervención estos redujeron su frecuencia de un 100% (pre test) a un 14% (post test).
- En cuanto a la sintomatología ansiosa del paciente, se aprecia que estos disminuyeron en intensidad de un 57% en puntaje inicial a un 16% (post test).
- Según los resultados obtenidos se puede afirmar que referente a las emociones disfuncionales estas se redujeron en intensidad de un 74% (pre test) a un 25% (post test).
- Se aprecia que las conductas disfuncionales se redujeron en 88% y las conductas deseadas aumentaron un 322% al término del programa de intervención.

V. RECOMENDACIONES

- Tomar como referencia el presente programa de intervención para usarlo futuras intervenciones con pacientes con características similares debido a que demuestra efectividad en casos de ansiedad generalizada.
- Promover en la práctica clínica el uso de técnicas de reestructuración cognitiva, debido a que demuestran ser eficaces en casos de intervención cognitiva conductual de la ansiedad al modificar ideas irracionales.
- Reforzar en el trabajo terapéutico el uso de ejercicios de respiración ya que facilitan la autogeneración de calma fuera de la sesión, lo cual facilita la disminución de la sintomatología física ansiosa.
- En casos similares de ansiedad, debido a sus resultados, utilizar técnicas de exposición y un programa de actividades, ya que, al emplearlo, permite la activación de conductas deseadas y la disminución de las no deseadas.

VI. REFERENCIAS

- Alarcon, M. (2022). *Caso psicológico: Intervención cognitivo conductual en depresión en una paciente en hemodialisis*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6001>
- Arancibia V., Herrera P. y Strasser K. (2005). *Manual de Psicología Educacional*. (5ª ed). Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Ediciones Martínez Roca.
- Bados A. y García E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. *Universitat de Barcelona*. 1, 1-62. <http://hdl.handle.net/2445/12302>
- Barrera, N. y Reyes, J. (2020). *Revisión literaria del trastorno de ansiedad un abordaje desde los enfoques de la psicología*. [Tesis diplomado pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/16713>
- Caballo V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. SIGLO.
- Cano M. (2021, 13 de julio). *El uso de metáforas en la terapia psicológica*. Blog de la Psicología - Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://blogpsicologia.copmadrid.org/el-uso-de-metaforas-en-la-terapia-psicologica/g>
- Castillero O. (7 de marzo de 2019). *Técnica de reatribución en psicoterapia: qué es y cómo se usa*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-de-reatribucion>
- Castillero O. (20 de febrero de 2024). *Las 10 técnicas cognitivo - conductuales más utilizadas*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>

- Castro A. y Macías C. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación. *Revista Información Científica*, 65(1) 1-18.
<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757306019.pdf>
- Cazabat, E., (2013). De Clínico a Investigador: La aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(3), 239-248. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281935590004>
- Chacon E., Xatruch D., Fernández M. y Murillo R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1). 23-36.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Colegio de Psicólogos SJ. (2018). Observación de conducta: informe psicológico y recomendaciones. <https://colegiodepsicologossj.com.ar/observacion-de-conducta-informe-psicologico/>
- Collado, S. (2020). *Evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada*. [Tesis máster universitario, Universidad de Jaén]. Repositorio Universidad de Jaen.
<https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/14075/1/TFM%20FINAL%20collado.pdf>
- Coronado, S. (2022). *Estudio de caso M. Tratamiento cognitivo-conductual en ansiedad generalizada con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad*. [Tesis máster universitario, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio Universidad Europea de Madrid. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2259>
- Delgado E., Xatruch D., Fernández M. y Murillo R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 35(1). 23-36.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

- Delgado C., Mateus E. y Rincón L. (2019). Efectos del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, (2), 128-145.
<https://revistas.ecr.edu.co/index.php/RCCR/article/view/389/627>
- Díaz A., Castillo A., Guzmán I., Gáelas S., Martínez J., Martínez V., Martínez L., Matamoros R., Matute A., Rodríguez A. y Casco M. (2021). Prevalencia de los cuadros de ansiedad en los estudiantes de quinto y sexto año de medicina desencadenados por la pandemia de Covid-19 en los meses de mayo y junio del año 2021. *Epidemiología clínica*. 1-6
- Díaz K. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa*. 16(1). 42-50.
<https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/393>
- Díaz B. (2022). *Abordaje cognitivo conductual en trastorno de ansiedad generalizada* [Tesis segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de Tesis UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/2c239a2e-2a46-404c-9968-0e1b0b287e6c>
- Fonseca E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos adultos*. Pirámide.
- Ellis A. y MacLaren C. (2004). *Las relaciones con los demás - Terapia del Comportamiento Emotivo Racional*. Editorial Océano.
- Fullana M., Fernández De La Cruz, L., Bulbena A., Toro J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- García J. (27 de diciembre de 2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada: síntomas, causas y tratamiento*. Portal Psicología y Mente.
<https://psicologiaymente.com/clinica/trastorno-ansiedad-generalizada>
- Gillihan S. (2018). *Terapia cognitivo conductual fácil*. Editorial Sirio, S.A.

https://www.researchgate.net/publication/352438271_PREVALENCIA_DE_LOS_CUADROS_DE_ANSIEDAD_EN_LOS_ESTUDIANTES_DE_QUINTO_Y_SEXTO_AÑO_DE_MEDICINA_DESENCADENADO_POR_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19_EN_LOS_MESES_DE_MAYO-JUNIO_DEL_AÑO_2021

Huamani, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada*. [Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6388>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2024). *Trastorno de ansiedad generalizada: cuando no se puede controlar la preocupación*.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new>

Keegan, E. (2007). La ansiedad generalizada como fenómeno: Criterios diagnósticos y Concepción psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 16(1), 49-55.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921832006.pdf>

Lara Villareal, M.A. (2019). *Beneficios de la respiración consciente contra la ansiedad generalizada y el estrés* [Tesis pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia].

Programa de Psicología. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/28047>

Langarita R. y Gracia P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*. 69 (2). 59-67

<https://www.svnps.org/documentos/ansiedad-generalizada.pdf>

León, G. y Montero, G-C. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación: las tradiciones cuantitativas y cualitativas*. Madrid: McGraw-Hill.

León, L. (2019). *Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada*. [Tesis segunda especialidad, Universidad Pontificia

Bolivariana]. Repositorio UPB.

<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6388>

León L. (2022). *Psicorregistros: una aplicación móvil para el autorregistro psicológico, diseño, desarrollo y usabilidad*. [Tesis de pregrado, Universidad de Cadiz]

Repositorio RODIN.

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/27324/TFG%20Luis%20Ricardo%20Le%20c3%b3n%20Zamora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Macías S., Campos A. y Rodríguez-Orozco A. (2020). Respuesta al tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual y mindfulness en una mujer con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2020;17(3).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106182>

Matamala F. (14 de octubre de 2022) *¿Qué es la ansiedad?* ACHS Salud.

<https://www.achs.cl/salud-no-laboral/blog-snl/que-es-la-ansiedad#:~:text=La%20ansiedad%20es%20una%20reacci%C3%B3n,funci%C3%B3n%20importante%20en%20la%20supervivencia.>

Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4492>

Martínez L., Olvera G., y Villarreal E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 99-104.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80649>

- 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>
- Morga L. (2012). *Técnica y teoría de la entrevista*. Red Tercer Milenio
- Noriega G. y Angulo B. (2010). La ansiedad, una condición emocional del ser humano. *Cinzontle*. 5(1) 13-18 <https://revistas.ujat.mx/index.php/Cinzontle/article/view/2241>
- 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>
- Núñez A. y Tobón S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual: el modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. Editorial Universidad de Manizales.
- Pabuena, M. (2019). *Evaluación e intervención clínica de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual*. [Tesis segunda especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6389>
- Pérez M. y Graña J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: *Caso clínico*. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19(1). 99-126. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7983822>
- Quinceno J., Santacruz L. y Henao S. (2021). Factores a fortalecer en el psicoterapeuta para promover la adherencia del paciente en terapia. [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Un Minuto. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/15548/1/TP_QuicenoJuan-SantacruzLeidy-HenaoSindy_2021.pdf

- Ramírez A., Espinosa C., Herrera A., Espinosa E. y Ramírez A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Enfermería Docente. (102)*, 6-12.
<https://www.index-f.com/edocente/102pdf/10206.pdf>
- Ruíz M., Díaz M. y Villalobos A. (2012). Manual de técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. RGM, S.A. - Urduliz
- Rubio N. (19 de junio de 2020). *Seis técnicas de reestructuración cognitiva*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-reestructuracion-cognitiva>
- Takagi Y., Sakai Y., Abe Y., Nishida S., Harrison B., Martínez I., Soriano C., Narumoto J. y Tanaka S. (2018). A common brain network among state, trait, and pathological anxiety from whole-brain functional connectivity. *NeuroImage, 172*. 506-516.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811918300806?via%3Dihub>
- Tena F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM, 4(3)*. 36-45
https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Torrico C. (2011). *La ansiedad a lo largo de la historia*. ePsicología.
<https://www.epsicologia.eu/la-ansiedad-a-lo-largo-de-la-historia/>
- Velasco, P. (2022). *Terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta* [Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5745>
- Velásquez M., Martínez M., Padrós F. y Martínez M. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU. 7(2)*. 156-167.
<https://www.proquest.com/openview/a0a64bb843932acf9e4ba49f792ac414/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1246336>

Yañez, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion_YañezFerro_Mariana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

VII. ANEXOS

Anexo A

**ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG
(EAA)**

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA:

Responda usted sinceramente, según cómo se sienta en estos últimos días. No piense mucho en la respuesta, no hay respuestas buenas o malas. Marque con un aspa (X).

ITEMES	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre.	1	2	3	4
2. Me siento con temor sin razón.	1	2	3	4
3. Despierto con facilidad o siento pánico.	1	2	3	4
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	1	2	3	4
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.	4	3	2	1
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.	1	2	3	4
8. Me siento débil y cansado fácilmente.	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente.	4	3	2	1
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4
11. Sufro de mareos.	1	2	3	4
12. Sufro de desmayos o siento que me puedo desmayar	1	2	3	4
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente.	4	3	2	1
14. Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies.	1	2	3	4
115. Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4
16. Orino con mucha Frecuencia.	1	2	3	4
17. Generalmente mis manos están secas y calientes.	4	3	2	1
18. Siento bochornos.	1	2	3	4
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche.	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas.	1	2	3	4

PUNTAJE TOTAL:

+

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD							
PUNTOS	INDICE EAA	PUNTOS	INDICE EAA	PUNTOS	INDICE EAA	PUNTOS	INDICE EAA
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	93
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	63	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ÍNDICE EAA

Menos de 44
45 - 59
60 - 74
75 a más

INTERPRETACIÓN

Dentro de límites normales
Ansiedad mínima a moderada
Ansiedad moderada intensa
Ansiedad intensa

Anexo B

CUESTIONARIO DE CREENCIAS

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 el test 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	Puntuación
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			
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 provooco 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.			
34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.			
35. El estado de las personas, desgraciadamente, 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.			
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 problemas 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.			
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.			
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.			