



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA USUARIA JOVEN CON ANSIEDAD GENERALIZADA

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

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

**Autora:**

Bar Esquivel, Johanny Margaret

**Asesor:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

**Jurado:**

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Carlos Ventura, David Dionisio

Casquero Zaidman, Miriam

**Lima - Perú**

**2024**



# INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA USUARIA JOVEN CON ANSIEDAD GENERALIZADA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	18%
2	<a href="https://edoc.pub">edoc.pub</a> Fuente de Internet	1%
3	R. Reyes Marrero, E. de Portugal Fernández del Rivero. "Trastornos de ansiedad", Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2019 Publicación	1%
4	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<1%
5	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Pontificia Bolivariana Trabajo del estudiante	<1%
7	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1%



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA USUARIA JOVEN CON  
ANSIEDAD GENERALIZADA**

Línea de investigación: Salud Mental

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

**Autora:**

Bar Esquivel, Johanny Margaret

**Asesor:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio  
ORCID: 0000-0003-1946-6831

**Jurado:**

Hervias Guerra, Edmundo Magno  
Carlos Ventura, David Dionisio  
Casquero Zaidman, Miriam

**Lima — Perú**

**2024**

## **Pensamientos**

“La ansiedad con miedo y el miedo con ansiedad contribuyen a robarle al ser humano sus cualidades más esenciales. Una de ellas es la reflexión”

Konrad Lorenz

“Ocultar o reprimir la ansiedad produce, de hecho, más ansiedad”

Scott Stossel

## **Dedicatoria**

A mi querido esposo y madre, por su amor, comprensión, compañía y por brindarme los consejos necesarios durante este proceso de formación profesional para alcanzar una de mis metas.

A mi padre querido, a pesar de ya no estar conmigo y ahora estar descansando en los brazos de Dios, pudo enseñarme a sonreír a pesar de las dificultades, me enseñó a seguir adelante y a no desanimarme para alcanzar mis metas personales.

## **Agradecimientos**

Primero doy muchas gracias a Dios por no dejarme derrumbar en los momentos más difíciles de mi vida como perder a mis dos seres queridos en tan corto tiempo en un contexto devastador para la mayoría de las familias (Pandemia). A mi esposo y familia que a pesar de las dificultades me brindaron la fuerza necesaria para terminar una de las metas que me trace desde que inicie mi especialidad.

Mi mayor agradecimiento a los docentes de la Escuela de Post Grado de la Facultad de psicología de la Universidad Nacional “Federico Villarreal” por haber formado parte de esta etapa de mi vida profesional.

Finalmente, agradezco profundamente a mis amigas de la especialidad quienes compartieron conmigo cada momento difícil que pasé durante la pandemia, pues no solo me ayudaron en los cursos de especialización, sino que me dieron ánimos para no darme por vencida.

## Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes Internacionales	17
1.2.3 Fundamentación teórica	19
1.3 Objetivos	39
1.4 Justificación	40
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	40
II. METODOLOGÍA	41
2.1 Tipo y diseño de investigación	41
2.2 Ámbito temporal y espacial	41
2.3 Variables de investigación	41
2.4 Participante/ Sujeto	42
2.5 Técnicas e instrumentos	42
2.5.1 Técnicas	42
2.5.2 Instrumentos	44
2.5.3 Evaluación Psicológica	48
2.5.4 Evaluación Psicométrica	55
2.5.5 Informe Psicológico Integrador	64

2.6 Programa de intervención	73
III RESULTADOS	84
3.1 Análisis de Resultados	84
3.2 Discusión de Resultados	89
3.3 Seguimiento	91
IV CONCLUSIONES	92
V RECOMENDACIONES	93
VI REFERENCIAS	94
VII ANEXOS	99



**Lista de Tablas**

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1.	Distorsiones Cognitivas	30
2.	Análisis Funcional del trastorno de ansiedad generalizada	67
3.	Diagnóstico Funcional del trastorno de ansiedad generalizada	69
4.	Criterios según DSM V: Trastorno de ansiedad generalizada	70
5.	Sesión N°1	73
6.	Sesión N°2 y 3	74
7.	Sesión N°4 y 5	75
8.	Sesión N° 6 y 7	76
9.	Sesión N°8 y 9	77
10.	Sesión N°10 y 11	78
11.	Sesión N°12, 13 y 14	79
12.	Sesión N°15 y 16	80
13.	Sesión N°17, 18 y 19	81
14.	Sesión N°20, 21, 22 y 23	83

**Lista de Figuras**

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
Figura 1:	Resultado comparativo del cuestionario de ansiedad de Beck	84
Figura 2:	Nivel de Ansiedad Estado – Rasgo del pre y post tratamiento	85
Figura 3:	Pensamientos automáticos Beck pre- test y post test	86
Figura 4:	Registro de SUD de respuestas fisiológicas antes y después del tratamiento	87
Figura 5:	Registro semanal de relajación muscular progresiva de Jacobson Pre, durante el tratamiento y post tratamiento	88

## Resumen

En este estudio de caso, se administró un programa de terapia cognitivo-conductual a una mujer joven con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con el fin de reducir sus síntomas de ansiedad. Se utilizó un enfoque terapéutico basado en un modelo cognitivo-conductual y un diseño experimental ABA de caso único. Una mujer de 26 años diagnosticada de TAG fue el sujeto de la intervención. La evaluación consistió en una entrevista conductual y la administración del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los datos basales se recogieron mediante autoinforme y análisis funcional antes del programa cognitivo-conductual. El programa incluía psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento en técnicas de respiración profunda y relajación muscular progresiva de Jacobson, visualización y desarrollo de habilidades sociales a lo largo de 19 sesiones semanales de 50 minutos. Los resultados demostraron una reducción significativa de la frecuencia de los síntomas que provocan ansiedad, las preocupaciones y los pensamientos distorsionados. El estado biopsicosocial de la paciente mejoró y adquirió nuevos patrones de pensamiento que facilitaron su adaptación y desarrollo en la vida cotidiana.

*Palabras clave:* Reestructuración cognitiva, relajación, trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitivo conductual.

## Abstract

In this case study, a cognitive-behavioral therapy program was administered to a young woman with generalized anxiety disorder (GAD) in order to reduce her anxiety symptoms. A cognitive-behavioral model-based therapeutic approach and a single-case ABA experimental design were utilized. A 26-year-old woman diagnosed with GAD was the subject of the intervention. The evaluation consisted of a behavioral interview and the administration of the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). Baseline data were collected through self-report and functional analysis prior to the cognitive-behavioral program. The program included psychoeducation, cognitive restructuring, problem solving, training in Jacobson's deep breathing and progressive muscle relaxation techniques, visualization, and social skills development over the course of 19 weekly 50-minute sessions. The results demonstrated a significant reduction in the frequency of anxiety-provoking symptoms, concerns, and distorted thoughts. The patient's biopsychosocial state improved, and she acquired new thought patterns that facilitated her adaptation and development in daily life.

*Key words:* Cognitive restructuring, relaxation, generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy.

## I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018), la salud mental de un individuo se ve afectada por una serie de diferentes aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Es bien sabido que las continuas tensiones socioeconómicas suponen una amenaza para la salud mental de los individuos, así como de comunidades enteras. La ansiedad es una de las enfermedades mentales que más afectan a los individuos, y es una de las más incapacitantes. Los individuos se ven continuamente afectados por la falta de trabajo, la delincuencia, la pobreza, estar a cargo de su familia, un tratamiento médico y psicológico inadecuado, etc., todo lo cual genera un aumento de los problemas psicológicos. La ansiedad es uno de los trastornos mentales más graves.

La preocupación patológica que desplaza la atención de un problema a otro es un síntoma común del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), al igual que la tendencia a centrarse en estímulos potencialmente perjudiciales en lugar de en otros menos probables. La ansiedad y la preocupación no son proporcionales a la posibilidad o al impacto real del suceso temido en términos de gravedad, duración o frecuencia. En la mayoría de los casos, tranquilizar a una persona diciéndole que su peor temor es improbable no bastará para hacerle cambiar de opinión. Los vínculos personales, sociales, familiares, laborales y educativos del paciente se resienten como consecuencia de la tensión que este dolor ejerce sobre ellos (Reyes, 2004).

Se presenta aquí un estudio de caso de una señora de 26 años diagnosticada de TAG. Basándose en el paradigma establecido por Clark y Beck (2012) para los trastornos de ansiedad, se utiliza la terapia cognitivo-conductual para tratar esta enfermedad mental, aprendiendo el paciente a reconocer el poder de sus propias ideas y cómo repercuten en sus sentimientos. Sin embargo, esta detección se complica por la intensa estimulación fisiológica que experimenta el individuo durante los episodios de ansiedad. Como resultado, es habitual que atribuya su preocupación a factores

externos en lugar de internos, como sus pensamientos.

El estudio de caso siguió este formato:

El tema, su contexto (tanto nacional como mundial), los fundamentos teóricos que dan credibilidad a la metodología, los objetivos y justificaciones del equipo de investigación y los resultados previstos se exponen en la primera parte.

La segunda parte del estudio de caso abarcó los métodos de investigación utilizados, la evaluación psicológica de la paciente y el plan de tratamiento, dando detalles sobre la presentación clínica de la paciente, la naturaleza de su problema actual y las influencias en su desarrollo como persona.

La tercera parte contiene un examen detallado y una discusión de los resultados del estudio de caso.

En la cuarta parte se presentan los resultados de la terapia aplicada al paciente de este estudio de caso.

La quinta parte trata de las sugerencias, que son cruciales para mantener al día las habilidades adquiridas en la terapia. Al final del estudio de caso se incluyen referencias a todos los autores que proporcionaron orientación teórica y metodológica para esta investigación.

## **1.1 Descripción del problema**

La OMS (2019) había de que 970 millones de personas en el mundo, es decir, una de cada ocho, son afectadas por enfermedades mentales. La ansiedad y depresión son los problemas de salud mental más frecuentes, y ambos experimentaron grandes aumentos en 2020 como consecuencia de la pandemia de COVID-19. Las estimaciones preliminares sugieren un aumento del 26% y del 28% en los trastornos de ansiedad y depresivos graves, respectivamente. A pesar de la disponibilidad de excelentes métodos para prevenir y tratar los problemas de salud mental, pocas personas tienen realmente acceso a estos recursos.

Se necesitarán esfuerzos que abarquen desde la prevención hasta la terapia para abordar los estados emocionales disfuncionales, según una investigación de la Universidad Industrial de Santander (2014). Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que 4 de cada 10 peruanos padecen algún tipo de enfermedad mental, y que 11 millones de peruanos experimentarían un problema de salud mental en algún momento de su vida (Infocop, 2019). Esto refleja la prevalencia e incidencia de estados emocionales disfuncionales en nuestra sociedad.

La depresión y el suicidio son más frecuentes en jóvenes y adultos, mientras que los trastornos de ansiedad lo son en personas mayores. Las estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA) muestran que el 7% de la población presenta trastornos de ansiedad (Calderón, 2018).

De acuerdo con el MINSA (2020), se atendieron 813 426 casos de salud mental en todo el país. El artículo continuaba diciendo que la epidemia también estaba teniendo un mal impacto en la salud mental de las personas, aumentando la probabilidad de que más individuos experimentaran problemas como ansiedad, desesperación y estrés.

Estas consideraciones llevaron a seleccionar un estudio de caso con un trastorno de ansiedad, que es una de las formas más prevalentes de enfermedad mental en el país y ha ido en aumento durante la pandemia.

## **1.2 Antecedentes**

Buscando en bases de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos relevantes en sitios web como Scielo, Dialnet, Redalyc y otros, descubrimos que, aunque los datos sobre la variable de interés son escasos, sí disponemos de la siguiente información de contexto.:

### ***1.2.1 Antecedentes Nacionales***

Rojas (2021) presentó un estudio de caso clínico de una joven de 22 años diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada y tratada con terapia cognitivo-conductual vía online y telefónica tras el empeoramiento de sus síntomas ansiosos como consecuencia del aislamiento social obligatorio impuesto por el Gobierno de Perú en respuesta a la emergencia sanitaria planteada por la propagación del COVID - 19. Demostrando la viabilidad y eficacia del apoyo terapéutico a distancia en crisis de salud mental.

En una clínica privada de salud mental, Zapata (2020) probó una intervención cognitivo-conductual para la ansiedad de los adolescentes. Sus tres módulos y catorce sesiones estaban diseñados para ayudar a los participantes a sentirse menos ansiosos. Utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck tanto para la primera como para la última evaluación, completó con éxito las tres sesiones. La ansiedad moderada persistió tras finalizar las sesiones, y los índices de malestar subjetivo disminuyeron a lo largo de los ejercicios de respiración y relajación.



Un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada participó en un programa de tratamiento cognitivo-conductual dirigido por Maraví (2020). El participante era un adulto con trastorno de ansiedad generalizada, y los investigadores querían ver si un programa de intervención cognitivo-conductual podría ayudar. El método se utilizó experimentalmente para un caso individual de ABA multicondicional. Utilizando instrumentos como el Test de Matrices Progresivas de Raven, el Registro de Opinión - Formulario A, el Test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ- R, el Inventario Multiaxial de Millon III y el Inventario SCL- 90, se aplicó el programa a una mujer de 43 años diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se comprobó que la terapia cognitivo-conductual era eficaz en este caso de trastorno de ansiedad generalizada, ya que los resultados revelaron que los niveles de ansiedad descendieron del 54% al 14% con el tratamiento, favoreciendo una reducción de la intensidad de la preocupación.

Zegarra (2019) estableció un tratamiento cognitivo-conductual para el TAG. El objetivo general del estudio era ayudar al paciente a desarrollar y poner en práctica un régimen de mecanismos de afrontamiento para disminuir la intensidad de su reacción emocional a las circunstancias inductoras de ansiedad. Todos seguimos el mismo diseño de casos. Se administraron pruebas que incluían el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Inventario Multiaxial de Millon, el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo a un varón de 20 años diagnosticado de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) para evaluar la eficacia del programa. El programa se creó en el transcurso de 10 sesiones, cada una de las cuales duraba 60 minutos, a lo largo de cuatro meses. Las reacciones fisiológicas disminuyeron, las ideas y actitudes

instintivas erróneas se sustituyeron por otras razonables y se redujeron las respuestas de huida o lucha ante el peligro. Aplicar la TCC a un caso de TAG y demostrar que funciona es un paso importante en la comprensión y el tratamiento de esta enfermedad.

Espinoza (2019) utilizó la terapia cognitivo-conductual para ayudar a una mujer con TAG a mejorar su vida personal, social y profesional. El objetivo del programa era ayudar a la mujer a reconocer y alterar su sistema de creencias irracionales enseñándole a pensar de una manera más adaptable, lógica, objetiva y racional. Una mujer de 57 años con trastorno de ansiedad generalizada participó en la aplicación del estudio. El programa se creó en 12 sesiones, cada una de 45 minutos una vez a la semana, y se evaluó mediante el Cuestionario de Historia Vital de Lazarus, el Inventario de Depresión de Beck - II, la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II y la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos. La paciente ha alcanzado la estabilidad emocional como consecuencia del tratamiento cognitivo-conductual, tal y como muestran los resultados.

Estado de ánimo ansioso e inestabilidad emocional, con dificultades para desenvolverse en el trabajo y en la vida cotidiana, generando malestar físico y emocional que no podía controlar, fueron todos los síntomas descritos por la mujer de 52 años del estudio de caso presentado por Vizcarra (2018), que fue diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada tras experimentar su primera crisis nerviosa a los 15 años. En esta intervención se utilizaron estrategias basadas en la TCC que incluían psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y desarrollo de habilidades de afrontamiento a través de la relajación de Jacobson. El tratamiento tuvo éxito, ya que la paciente pudo mejorar su funcionamiento.

Vega (2017) estudió a una usuaria con trastorno de ansiedad generalizada que recibía TCC. Utilizando el modelo de Clark y Beck para los trastornos de ansiedad y otros conceptos como la terapia cognitiva de Beck para la depresión, describió el examen y el tratamiento de una mujer de 26 años con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Los casos en los que el estado funcional de la paciente mejoró, como cuando pudo encargarse de más tareas domésticas, sentirse más segura de sus capacidades y utilizar los métodos de afrontamiento aprendidos en la terapia cognitiva.

### ***1.2.2 Antecedentes Internacionales***

Reyes (2021) realizó un estudio sobre los efectos de la ansiedad generalizada en las conexiones de una mujer de 23 años con los demás. Como resultado de su contribución a la técnica psicoterapéutica mencionada, la paciente con ansiedad generalizada logró mejorar su calidad de vida a través del enfoque cognitivo-conductual, lo cual se reflejó positivamente tanto en su esfera personal como en su entorno familiar y social, según se determinó a través de una entrevista clínica y el uso de pruebas psicométricas como el test de la escala de Hamilton.

Pabuena (2019) proporcionó una evaluación cognitivo-conductual y un tratamiento terapéutico para un paciente con TAG. Describió a un paciente adulto típico de la ciudad de Bucaramanga que presentó síntomas de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), y describió cómo se desarrollaron una evaluación y un plan de tratamiento utilizando un enfoque adaptado al TAG e implementado en el transcurso de 10 sesiones. En la evaluación del caso se utilizaron entrevistas, observaciones, diarios y pruebas como el inventario clínico multiaxial MillonIII y el inventario de ansiedad rasgo-estado IDARE. La reestructuración cognitiva, la relajación muscular progresiva, el entrenamiento en resolución de problemas, la inoculación de estrés, la exposición simbólica, la psicoeducación y otros métodos similares se incluyeron en el plan de tratamiento, ya que eran coherentes con el paradigma cognitivo-conductual. Además de aliviar los síntomas, este

procedimiento también ayudó a la paciente a desarrollar actitudes más saludables, mecanismos de afrontamiento y regulación emocional, todo lo cual apunta al éxito del tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual y metacognitiva individualizada para el trastorno de ansiedad generalizada y sus enfermedades concurrentes fue estudiada por Rodríguez (2017). El estudio incluyó a 33 pacientes. Presentó la terapia cognitivo-conductual y metacognitiva como un programa de entrenamiento que se dirige a las alteraciones de la cognición implicadas en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada. Se trata de un plan de estudios organizado y dirigido con seis módulos y catorce sesiones. Los resultados del estudio respaldan el uso de la terapia cognitiva para calmar los pensamientos y sentimientos ansiosos.

García et al. (2012) trataron un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia cognitivo-conductual. El objetivo general del estudio era ayudar a los participantes a aprender a controlar su ansiedad y preocupación de forma más eficaz. El programa utilizado consta de varias partes. Utilizando el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (Pennsylvania State Worry Inventory, PSWQ), la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS), el Cuestionario de Sensaciones Corporales (Bodily Sensations Questionnaire, BSQ), las Cogniciones Agorafóbicas (Agoraphobic Cognitions, ACQ), el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI), la Escala de Interferencia (Interference Scale, IS) y el Índice Multicultural de Calidad de Vida (Multicultural Quality of Life Index, MQLI), el programa se aplicó a una mujer de 36 años con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se realizaron 43 sesiones en total, y cada una duró una hora. Los resultados demostraron que los objetivos marcados pueden alcanzarse con el uso de la terapia cognitivo-conductual.

### ***1.2.3 Fundamentación Teórica***

#### **Ansiedad**

Según Sandn y Chorot (1995), citados por Piqueras et al. (2008), la ansiedad es "una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psicológico, cuya finalidad es proporcionar al organismo energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta" (conducta de huida o agresión).

El mecanismo de alerta actúa como una especie de adaptación, poniéndose en marcha en respuesta a estímulos potencialmente peligrosos. Sin embargo, la ansiedad clínica se desarrolla cuando un estímulo inocuo provoca una respuesta de alerta anormalmente elevada, cuando esta reacción deja de ser adaptativa y los niveles de alerta se mantienen a lo largo del tiempo, y cuando el rendimiento y las relaciones interpersonales del individuo se resienten como consecuencia de ello.

La ansiedad, según Beck et al. (2012), es "un complejo sistema de respuesta conductual, fisiológico, afectivo y cognitivo que se activa al anticipar acontecimientos o circunstancias que se juzgan altamente aversivos." Estos acontecimientos o circunstancias son los que el individuo ve como impredecibles y fuera de su control, lo que le hace sentirse ansioso.

Según Barlow (como se menciona en Beck et al. (2012), el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizada por una excitación intensa y tendencias a la acción. Por su parte, la ansiedad fue definida como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por percepciones de incontrolabilidad y predictibilidad con respecto a eventos potencialmente agresivos y con un rápido cambio en la atención hacia el foco de eventos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta efectiva a tales eventos.

Clark y Beck (2012) proponen cinco síntomas que, cuando están presentes, permitirían el diagnóstico de ansiedad clínica (o patológica):

- **Cognición disfuncional:** Se presume que en la ansiedad clínica existe un error de juicio que no puede respaldarse con pruebas.
- **Deterioro del funcionamiento:** El funcionamiento normal de la persona afectada se ve alterado, lo que reduce su eficacia en entornos sociales, laborales y de otro tipo. Cuando alguien padece ansiedad clínica, a menudo se interpone en su camino hacia una vida feliz y plena.
- **Persistencia:** La ansiedad clínica puede persistir durante largos periodos de tiempo, independientemente de que exista o no un peligro real.
- **Falsa alarma:** Dado que se produce sin las señales habituales de miedo o incluso ante una pequeña (casi inexistente) sensación de peligro, "miedo invisible" o "pánico visible" son otros de los nombres que recibe, tal y como lo describe Barlow (2002, citado en Clark & Beck, 2012). Los episodios de pánico son una buena ilustración de este fenómeno, de acuerdo con la American Psychiatric Association ([APA], 2014).
- **Hipersensibilidad a los estímulos:** Todo tipo de cosas que no molestarían a alguien que no sufriera ansiedad mórbida pueden desencadenarla en alguien que sí la padece.

Las personas ansiosas, según Eysenck (1997, citado en Dáz, 2013), presentan ciertas características cognitivas (descritas como sesgos cognitivos), entre ellas:

- Experimentamos una mayor excitación y ansiedad (pensamientos temerosos, respuestas de activación fisiológica, conductas tensas) debido al sesgo atencional, que hace que nos centremos en los estímulos peligrosos de un escenario mientras ignoramos los estímulos neutros o positivos del mismo.

- Sesgo interpretativo, que es la propensión a atribuir connotaciones negativas o catastróficas a sucesos o estímulos que, por lo demás, son neutros o buenos.
- Sesgo cognitivo, que es la tendencia a recordar experiencias que apoyan la propia perspectiva actual.

Según Clark y Beck (2012), los dos procesos que contribuyen al grado de ansiedad son la *valoración primaria* de la situación y la *valoración secundaria* de la propia capacidad para afrontar la situación y/o detectar señales de seguridad. Es evidente que una valoración inicial elevada del peligro, seguida de una falta de recursos o de señales de seguridad, produce una ansiedad excesiva o disfuncional. Por tanto, la valoración secundaria funcionaría tanto como regulador como amplificador de la ansiedad.

### **Clasificación de los trastornos de ansiedad**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-V) de la APA (2014) clasifica a los trastornos de ansiedad como un diagnóstico médico distinto, dejando claro que estas enfermedades necesitan su propia sección. El trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático fueron eliminados del DSM-5 en comparación con el DSM-IV TR, donde Sadock y Sadock (2007) encontraron un total de 11 diagnósticos separados. También se han tenido en cuenta trastornos como el mutismo selectivo y la ansiedad por separación, al tiempo que se han establecido las diferencias entre la agorafobia y el trastorno de pánico. Tortella-Feliu (2014) argumenta que, a diferencia de la versión anterior, cuando veíamos diagnósticos que posiblemente combinaban ambos, la situación actual es diferente.

Un status quo similar se mantiene para los trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social/fobia social, el trastorno de pánico/agorafobia, ambos mencionados anteriormente, la fobia específica, el trastorno de ansiedad

debido a otra condición médica, el trastorno de ansiedad debido al abuso de sustancias, el trastorno de ansiedad no especificado y otros trastornos de ansiedad especificados (APA, 2014).

Mientras que el DSM V distingue claramente entre trastornos obsesivos, trastornos disociativos, trastornos relacionados con el trauma y el estrés y trastornos por síntomas somáticos, la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (OMS, 2000) clasifica los trastornos de ansiedad como trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Por último, se puede afirmar que mientras el DSM V propone una mayor especificidad y menos cuadros dentro del grupo que incluye los trastornos de ansiedad. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) propone un amplio espectro de trastornos, muchos de los cuales son considerados por el DSM V como claramente heterogéneos.

### **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**

Según Roemer et al. (2002, citado en Beck & Clark, 2012), la idea de neurosis de ansiedad puede aplicarse al cuadro que denominaremos Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). No existe diferenciación entre un cuadro ansioso crónico y uno de inicio intenso y transitorio (crisis de ansiedad), como mencionan Mennin et al. (2002 citado en Beck & Clark, 2012), a pesar de que esta etiqueta está incluida en la edición DSM-II (APA, 1968) del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Con la llegada del DSM-III, el TAG es ahora una categoría diagnosticable, aunque residual; es decir, puede diagnosticarse en ausencia de síntomas que constituyan otra enfermedad (APA, 1980). El TAG es ahora una categoría diagnóstica primaria, cuya característica principal es la preocupación persistente y excesiva, debido a la falta de criterios más precisos que lo identifiquen claramente de otras enfermedades existentes en la versión revisada del DSM-III (DSM-III-R). Se



requiere un mínimo de seis meses de síntomas para el diagnóstico según la definición actual (APA, 1987), y estos síntomas se desglosan en tres grupos: tensión motora, hiperactividad autonómica e hipervigilancia.

En ediciones posteriores del DSM, como el DSM-IV y su edición revisada (DSM-IV-R), el TAG tiene menos síntomas fisiológicos aceptados para el diagnóstico, reduciéndose el total de 18 (antes enumerados) a 6. Roemer et al. (2002, citados en Montorio et al., 2011), destacan cómo la preocupación, un sello distintivo del TAG, puede surgir incluso en respuesta a sucesos relativamente intrascendentes, y lo difícil que puede ser detener la marea de pensamientos negativos una vez que ha comenzado.

Según García-Herrera et al. (2013), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define por una propensión a preocuparse excesiva y persistentemente por muchos aspectos de la propia vida. No tiene un origen claro, sin embargo, los individuos afectados suelen pasarse todo el día preocupado por ello, ya que creen que es genuino. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada incluyen indecisión, ansiedad, problemas de atención, impaciencia, tensión muscular, fatiga y problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido.

El tipo de preocupación que se observa en estos individuos, según describen Montorio et al. (2011), se define por referirse a un amplio abanico de sucesos y actividades sin estar constreñido o vinculado a nada concreto. Además, el autor afirma que las manifestaciones del cuadro pueden ser desencadenadas por casi cualquier escenario, incluso por pequeños rasgos, observándose más problemas relacionados con sucesos irreales o presentes. La preocupación en el TAG, según Clark y Beck (2012), es persistente y excesiva, sin embargo, también se puede afirmar que:

La ansiedad se perpetúa a sí misma a través de esta estrategia desadaptativa y autopertuante (1) exagerando una interpretación sesgada de la amenaza anticipada, (2) creando

una falsa sensación de control, previsión y certeza, (3) atribuyendo la no ocurrencia del resultado temido al proceso de preocupación, y (4) culminando en intentos infructuosos de establecer una sensación de seguridad.

### **Modelos Explicativos del trastorno de ansiedad generalizada**

Décadas de investigación basada en la teoría del aprendizaje demuestran que las fobias se adquieren mediante un proceso de aprendizaje asociativo. De ahí se derivan las reacciones fisiológicas y conductuales que provocan ansiedad. El miedo y las respuestas fóbicas, según la hipótesis del aprendizaje temprano, se desarrollan como resultado del condicionamiento clásico. (Beck et al., 2012).

### **Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow**

La ansiedad, según Barlow (s. f., citado en Velázquez et al. 2016), se produce cuando alguien se expone o realiza una actividad que considera potencialmente dañina porque desencadena emociones negativas asociadas a experiencias traumáticas pasadas. El estado elevado, hipervigilante y centrado en sí mismo, así como las autoevaluaciones del estado fisiológico de la persona, contribuyen a la persistencia de su estado elevado. Al sentirse amenazado e incapaz de afrontar la circunstancia, entrará en un estado de hipervigilancia, que limitará su foco de atención y activará su esquema cognitivo aprensivo. Todo ello dificulta que el individuo se concentre y preste atención, lo que a su vez disminuye su productividad en diversas áreas. mejorar su rendimiento general y mantenerse alejado de entornos potencialmente peligrosos.

### **Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec**

Según Borkovec (s. f., citado en Velázquez et al. 2016), la ansiedad es una respuesta humana natural que ayuda a identificar y afrontar posibles peligros. Pero se convierte en patológica cuando

el individuo trae a colación repetidamente las experiencias desagradables que preferiría olvidar. De forma similar, el individuo ansioso cree que la ansiedad le ayudará a disminuir la probabilidad de que ocurran los sucesos que le atemorizan, a prevenirlos y a encontrar soluciones óptimas para ellos. Este modelo también demuestra que la ansiedad patológica se perpetuará debido al refuerzo negativo que proporciona, ya que las amenazas imaginadas no se materializan.

El concepto de Borkovec (1994) sugiere que la ansiedad surge del deseo de actuar ante un peligro y, en última instancia, de resolver el problema. La preocupación, argumenta, cruza la línea hacia la patología cuando la persona ansiosa recuerda con facilidad los mismos pensamientos desagradables que desea suprimir desesperadamente. Al mismo tiempo, su actividad aumenta (junto con otros síntomas como frecuencia cardíaca elevada, músculos tensos, etc.), lo que favorece el inicio de un círculo virtuoso en el que se refuerzan los pensamientos ansiosos.

El modelo propone que la preocupación patológica se caracteriza por una inhibición simpática del organismo, ya que los aspectos somáticos y fisiológicos típicos de la experiencia ansiosa, como la sudoración y el aumento de la frecuencia cardíaca, se ven amortiguados debido a la inverosimilitud de la amenaza. Como resultado, el organismo no comienza a planificar una reacción motora, ya que no existe un peligro genuino.

Se subraya que en la preocupación patológica se produce en el interior una reacción cognitiva de evitación. Es una reacción mental ante un peligro potencial que consiste en pensamientos acelerados que no se pueden detener. Algunas de estas ideas incluyen la idea de que la preocupación puede ayudar a reducir el riesgo de un resultado negativo y quizás ayudar en la prevención o resolución de un problema. Como predice el modelo, el sujeto experimentará un refuerzo negativo tras experimentar una preocupación patológica, ya que ninguno de los peligros imaginados llegará a materializarse. Según el modelo, quienes tienen tendencia a una visión

sesgada y desenfocada del mundo son más propensos a desarrollar preocupación patológica porque les preocupa ser incapaces de afrontar situaciones potencialmente peligrosas en el futuro. La preocupación patológica se ha relacionado con antecedentes de traumas infantiles, así como con una conexión insegura o excesiva con el cuidador principal.

### **Modelo metacognitivo de la preocupación y del trastorno de ansiedad generalizada de Wells**

Según Wells (s. f., citado en Velázquez et al., 2016), la preocupación patológica se desarrolla cuando una persona piensa que cuanto más se preocupe, más probabilidades tendrá de encontrar una solución a su situación. Esto sucede por dos razones principales: en primer lugar, por los ejemplos establecidos a lo largo de la infancia y, en segundo lugar, por el refuerzo negativo que resulta de preocuparse por un peligro imaginario que nunca se materializa.

La ansiedad generalizada se conceptualiza en este modelo como "meta-preocupación", en la que los individuos experimentan ansiedad por su ansiedad. Esto se debe a que los individuos creen que preocuparse demasiado puede tener consecuencias negativas, como un ataque al corazón, por lo que trabajan activamente para reducir su preocupación.

### **Modelo de intolerancia a la incertidumbre**

Según Gagnon et al. (1998), la intolerancia a la incertidumbre -definida como reacciones conductuales, percepciones desfavorables y actitudes hacia escenarios y situaciones inciertas- está estrechamente relacionada con la génesis y la duración de la ansiedad excesiva. Según la teoría, la intolerancia a la incertidumbre es la propensión a responder negativamente ante cualquier suceso o escenario de carácter desconocido, independientemente de su probabilidad o de las repercusiones de hacerlo (Ladouceur et al., 2000).

Los autores destacan el valor de una evaluación personal de la cuestión a la hora de enfrentarse a la ambigüedad. Proporcionan el ejemplo de cómo una persona que no puede enfrentarse a la incertidumbre encontraría muy molesto e intolerable un escenario en el que se desconocen los resultados. El modelo también reveló que cuanto mayor es la aversión de un individuo a la incertidumbre, más reacciones muestra, como niveles extremos de excitación emocional, vigilancia intensificada y evitación cognitiva en la que se evitan imágenes dramáticas aterradoras y potencialmente extintoras.

Este modelo es definido por Dugas et al. (s. f., citado en Velázquez et al., 2016) como la disposición de una persona a responder ante circunstancias o sucesos cuya ocurrencia o resultado no está claro. También señalan que el nivel de intolerancia a la ambigüedad de una persona determina la intensidad de su respuesta, poniéndola en alerta máxima. Al analizar la aparición de la preocupación patológica en el TAG, hay que tener en cuenta dos factores.

### **Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey**

Según Davey (s. f., citado en Velázquez et al., 2016), las creencias disfuncionales continuas de un individuo son el principal atributo patológico que produce desconfianza. Demasiada preocupación puede conducir a una ansiedad persistente, y los acontecimientos desfavorables que se ven como una amenaza para el propio éxito pueden desencadenar esta preocupación. La consecución de los propios objetivos rara vez se ve con buenos ojos, y cuando esasí, suele deberse al efecto de los propios polos negativos más que a cualquier realidad objetiva.

### **Modelo cognitivo de la ansiedad:**

La terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión, popularizada por Clark y Beck, enseña a los pacientes que *la forma en que pienso afecta a la forma en que siento*. Sin embargo, a menudo las personas no se dan cuenta de cómo sus ideas influyen en su estado de ánimo, a pesar de que

esta afirmación básica es la piedra angular de la teoría cognitiva y del tratamiento de los problemas emocionales. Los pacientes con ansiedad aguda pueden no identificar los fundamentos cognitivos de su afección, ya que están experimentando una excitación corporal elevada e incontrolada. Aunque a menudo se pasa por alto, el siguiente diagrama muestra cómo la cognición media en la conexión entre el contexto y la emoción.

### **Situación provocadora- Pensamiento/Valoración ansiosa -Sentimiento de ansiedad**

Las personas suelen culpar a factores externos, como acontecimientos u otras personas, en lugar de a sus propios pensamientos y creencias (valoraciones). Piensa en cómo te sientes justo antes de un examen importante. Si crees que el examen será difícil y no confías en tu capacidad para superarlo, estarás ansioso. Su ansiedad ante los exámenes será mínima si prevé que el examen será sencillo o si confía en su propia preparación. Lo mismo ocurre cuando se trata de hablar ante un público. Tu nivel de nerviosismo se reducirá si, antes de dar un discurso, imaginas que las personas del público te apoyan y están interesadas en lo que tienes que decir. Los niveles de ansiedad no son intrínsecos a cada situación (ya sea un examen, una conferencia o una charla informal), sino que dependen de cómo se perciba la situación.

Que nos sintamos preocupados o relajados depende en gran medida de nuestro estado de ánimo. La postura cognitiva puede arrojar luz sobre las aparentes incoherencias que se observan en los trastornos de ansiedad. El miedo a que pueda dejar de respirar es un ejemplo extremo de amenaza ilógica e inverosímil, así que ¿por qué respondo con comodidad y aparente falta de miedo ante peligros más reales, como la posibilidad de contraer cáncer de pulmón debido al consumo persistente de cigarrillos? ¿Cómo se explica que la ansiedad tienda a ser específica de cada situación y contexto? ¿Por qué sigue produciéndose incluso cuando el acontecimiento temido nunca llega a producirse?

## **Terapia Cognitiva conductual para la Ansiedad**

Los fundadores de la terapia cognitivo-conductual, como señala Bas (1992), no estaban satisfechos con el psicoanálisis después de utilizarlo en el ámbito clínico. Sin embargo, no descartan el impacto que tuvo en sus vidas. Sin embargo, como señala Freeman (1983) y subraya Caro (2009), el impacto del conductismo no puede pasarse por alto, ya que se refleja en el uso que hace la propuesta del método científico.

Cuando se trata de ayudar a pacientes con problemas de salud mental, la terapia cognitivo-conductual es uno de los enfoques más eficaces. Esta modalidad de tratamiento integra una amplia gama de métodos e intervenciones psicológicas. Con el fin de mejorar la calidad de vida y el estado emocional, la terapia cognitivo-conductual (Ruiz et al., 2012) emplea enfoques que ayudan y favorecen la adaptación de la persona al entorno en el que vive.

### **Terapia cognitiva de Beck**

Los sujetos, según el modelo cognitivo, no reaccionan de forma instintiva o inmediata a los acontecimientos ambientales o estímulos, sino que inician una serie de procesos que culminan en una respuesta emocional; estos procesos son el resultado de lo que el autor del modelo denomina esquemas cognitivos. Aunque se atribuye a Piaget la introducción de la noción de esquema, es Beck quien proporciona una aplicación terapéutica de la teoría (Beck, 2010).

Las creencias nucleares, el componente más fundamental de un esquema cognitivo, están en la base; les siguen las creencias intermedias, que están conectadas con los productos cognitivos, o pensamientos automáticos (Ruiz et al., 2012).

Las creencias básicas constituyen la base de los esquemas cognitivos, seguidas de las creencias intermedias, todas ellas relacionadas con representaciones mentales específicas.

Según la teoría de Beck, los errores en la asimilación de datos se denominan distorsiones cognitivas. Debido a estos errores, pueden mantenerse continuamente modelos mentales perjudiciales para los sujetos. Aunque ha habido varios ajustes en este ámbito, los más frecuentes se muestran en la Tabla 1 a continuación, cortesía de Yurica y DiTomaso (2004, citado por Ruiz et al., 2012):

**Tabla 1**

*Distorsiones cognitivas*

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Inferencia arbitraria/saltar a las conclusiones	El acto de concluir que algo no es cierto cuando no hay pruebas suficientes que respalden esa afirmación.	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”
Catastrofismo	La acción de considerar el peor escenario posible de cualquier cosa que haya ocurrido o esté a punto de ocurrir	“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”.
Sobre generalización	Generalizar a partir de un pequeño número de ejemplos a una gran cantidad de circunstancias diferentes	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”
Perfeccionismo	Búsqueda constante de alcanzar algún ideal de perfección, ya sea propio o del entorno, sin cuestionar cuán realistas son tales ideales.	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, sino es mejor no hacerlas”



Personalización	La práctica de atribuir motivos e intenciones a otras personas cuando no hay suficiente evidencia para hacerlo.	“María y Juan se están riendo seguro que es de mi”
Abstracción selectiva	El acto de concentrarse y exagerar un solo aspecto desfavorable de un problema o situación, excluyendo todos los demás.	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”
Pensamiento dicotómico /blanco o negro	La costumbre de ver las acciones y experiencias propias y de otras personas como teniendo solo dos resultados posibles (bueno o terrible).	“O saco un 10 en el examen soy un fracasado”
Etiquetado	Identificar negativamente a uno mismo o a otros con una etiqueta.	“Soy un fracasado”
Abstracción selectiva	El acto de destacar y exagerar algún aspecto negativo de una situación con el fin de llegar a conclusiones negativas sobre el conjunto.	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”
Razonamiento emocional	Juzgar a uno mismo, a las personas y las circunstancias basándose en las reacciones emocionales hacia ellos.	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.

Afirmación con “Debería”	Proceso de tener expectativas elevadas para uno mismo o para los demás sin considerar si tales expectativas son justas dadas las circunstancias.	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”
--------------------------	--	--

---

*Nota:* Tomado de Ruiz et al. (2012)

La triada cognitiva, que diferencia una imagen personal débil, un entorno externo peligroso y un futuro incierto, ha sido estudiado en relación con enfermedades como la ansiedad (Vega, 2017).

### **Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso**

Las técnicas utilizadas durante la intervención han sido de dos tipos, tanto cognitivas como conductuales:

#### **Técnicas conductuales para la ansiedad**

Según Beck et al. (2010), los primeros pasos de la terapia cognitiva incluyen la restauración de la capacidad funcional del paciente, al mismo tiempo que se sientan las bases para discutir o examinar las creencias centrales y patrones de pensamiento del paciente. Clark y Beck (2012) argumentan que la eficacia potencial de los enfoques conductuales en inducir cambios cognitivos ejemplifica su importancia.

#### **Programación de actividades diarias**

Uno de los métodos de tratamiento cognitivo más efectivos, según Ruiz et al. (2012), es la delegación y organización de tareas, que utiliza un enfoque paso a paso para aumentar gradualmentela dificultad de las tareas cotidianas. Dado que lograr el éxito es tan importante, se recomienda asignartareas que estén dentro de las capacidades individuales de cada paciente.

Según Caro (2009), hay algunas cosas a tener en cuenta al poner en práctica esta estrategia:

- Dar más importancia a lo esencial que a la cantidad o intensidad del trabajo por realizar.
- Valorar más el esfuerzo que alguien realiza para lograr algo que el resultado final.
- Se recomienda incluir al paciente en las primeras etapas del desarrollo del programa.

### **Entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson**

El objetivo de la Relajación Muscular Progresiva es reducir los niveles de activación al liberar gradualmente la tensión muscular. La práctica consiste en tensar conscientemente y luego liberar una serie de grupos musculares mientras se presta atención a las sensaciones resultantes (Ruiz et al., 2012). Trabajar con 10 grupos musculares, que incluyen el brazo dominante, el brazo no dominante, la frente, los ojos y la nariz, la mandíbula y el cuello, los hombros y la espalda, el pecho, el estómago, la pierna dominante y la pierna no dominante, se ha demostrado útil a lo largo del proceso de intervención. La primera versión incluía los 66 músculos, pero posteriormente se emplearon solo los brazos superior e inferior, las piernas, y el pecho y el abdomen.

Para lograr los efectos deseados, se recomienda relajar cada grupo muscular por turno, comenzando por el brazo dominante y terminando con la pierna no dominante. También se incluyen métodos de visualización para facilitar el aprendizaje y la práctica de la relajación (Ruiz et al., 2012).

### **Entrenamiento en respiración**

Los patrones de respiración que son rápidos y superficiales a menudo se inician en momentos de ansiedad y estrés. Para contrarrestar los efectos de la respiración disfuncional, los métodos de respiración controlada enseñan a las personas a respirar más lenta y profundamente a través del diafragma (Clark et al., 2012). Al enseñar al paciente a respirar con el diafragma, pueden

regular mejor su respiración y reducir su respuesta ansiógena.

### **Técnica de visualización**

Para gestionar de manera más efectiva los pensamientos, sentimientos y acciones, se utiliza este método. A través de esta técnica, se pueden observar cambios en el comportamiento del paciente. Se alivia la tensión muscular, se reduce la incomodidad y se facilita la recuperación de enfermedades (McKay et al., 1985). El terapeuta ayudará al paciente a aprender a relajarse mientras visualiza escenarios estresantes de su pasado o futuro en gran detalle. El paciente puede sentir las emociones asociadas con el evento y obtener una comprensión detallada de sus especificidades y el origen del malestar.

### **Técnicas cognitivas para la ansiedad**

Estrategias cognitivas, según Beck et al. (2010), están diseñadas para servir como puertas de entrada al proceso de pensamiento del individuo. Las estrategias cognitivas, como las describe Caro (2009), pueden utilizarse para centrarse en las ideas que están causando más problemas en este momento. El propósito es ayudar al paciente a tomar mayor conciencia o comprender mejores cosas que podrían haber pasado por alto antes debido a su condición. Como discutimos en nuestra conversación sobre los fundamentos teóricos del modelo cognitivo, el objetivo final de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a llegar a una interpretación precisa de su situación.

### **Psicoeducación**

En otras palabras, la terapia cognitiva se basa en un concepto de cambio que hace hincapié en el aprendizaje en lugar de perseguir el control como único objetivo (Beck et al., 2010). Clark y Beck (2012) hacen hincapié en la educación o instrucción del cliente en el modelo cognitivo y los supuestos relacionados sobre la ansiedad. La educación tiene un papel crucial en la mejora de la

adherencia al tratamiento, y comienza en las primeras sesiones. Leahy y Holland (2000, citados en Caro, 2009) proporcionan una segunda fuente, con énfasis en la integración del paciente en el tratamiento cognitivo a través de la socialización.

Técnicas como la biblioterapia, en la que el paciente lee materiales educativos o folletos destinados a la población general, entran en esta categoría. Se anima a los pacientes a desempeñar un papel activo en el proceso de intervención, contribuyendo a la creación de actividades y participando en ellas con la certeza de que comprenden su razón de ser.

### **Definir los términos (análisis semántico)**

Para hacerlo, los clínicos conversan con los pacientes o les hacen preguntas directas sobre los significados de las palabras que utilizan (Leahy & Holland, 2000, citados en Caro, 2009).

### **Búsqueda de respuestas alternativas**

Al apartarse de puntos de vista fijos, Beck et al. (2010) argumentan que los problemas aparentemente intratables pueden ser reconsiderados y abordados desde un nuevo enfoque. El objetivo es proporcionar un método que ayude a las personas a sentirse menos desalentadas y más abiertas a explorar nuevas posibilidades que puedan reemplazar algún día conclusiones más cénicas. Analizar las respuestas iniciales del paciente, que a veces son evaluaciones erróneas de la realidad, y las implicaciones de esas respuestas, es una parte común de este método. Luego, los autores presentan varias alternativas saludables y los resultados que podemos esperar de ellas (Caro, 2009). El propósito del método es complementar los tratamientos de reestructuración cognitiva, siempre y cuando los autorregistros del paciente estén basados en experiencias reales. La práctica de la formulación de respuestas más adecuadas no debe asignarse como tarea hasta que los participantes hayan tenido tiempo de aprender el procedimiento en persona. El primer paso para desarrollar una nueva reacción es ser consciente del pensamiento automático.

### **Autorregistros**

El terapeuta no puede supervisar al paciente en su entorno normal fuera de las sesiones de terapia, por lo tanto, estos son herramientas cruciales empleadas desde el principio de la intervención. La información de referencia es especialmente significativa, ya que describe el punto de partida del paciente y puede utilizarse para medir la mejora con el tiempo (Ruiz et al., 2012). Para facilitar la introducción de los pacientes al autorregistro, Clark y Beck (2012) sugieren inducir la ansiedad durante las sesiones de terapia. En el caso del trastorno de pánico, por ejemplo, se puede reproducir un episodio de hiperventilación haciendo que el paciente imagine una situación, idea o actividad.

### **Inducción de la preocupación y decatastrofización**

Clark y Beck (2012) explican que el objetivo de este método es enseñar al paciente a preocuparse de manera intencionada sobre un área de problema identificada. Una estrategia inicial implica que el paciente realice esto durante 5-10 minutos durante la sesión, describiendo en voz alta los pasos que siguieron para alcanzar el estado de ansiedad, y calificando la gravedad y calidad del resultado en una escala del 0 al 100. Este método a veces se vincula con la indagación socrática o el método de la 'flecha descendente'. El terapeuta y el paciente trabajarán juntos para crear un guion personalizado para manejar la ansiedad en situaciones del mundo real. El objetivo de este método es ayudar a los pacientes a darse cuenta de que tienen más control sobre su preocupación y ansiedad cuando dejan de intentar suprimirla, y que sus preocupaciones no necesitan estar tan fuera de su control como podrían haber asumido. Además de describir el peor escenario posible, también se debe generar una posible reacción a este escenario. Al practicar el método, siempre es importante seguir esta estrategia.

### **Expresión repetida de la preocupación**

Según Clark y Beck (2012), el procedimiento tiene como objetivo prevenir ciertas estrategias ineficaces para controlar la preocupación, cuestionar una tendencia cognitiva particular a ver la preocupación como nociva e incontrolable, modificar la evitación de la catástrofe (el peor escenario posible) y aumentar la confianza en el manejo de áreas específicas de preocupación. Consiste en posponer la preocupación hasta un momento específico del día, reservando, por ejemplo, media hora diaria. Si la atención del paciente se desvía durante este tiempo, deben redirigirla hacia el tema y mantenerla allí hasta que se cumpla el tiempo asignado. No se debe hacer ningún esfuerzo por descatastrofizar el miedo durante el curso del método; en su lugar, se debe mantener la atención en aquello que está dando lugar a la ansiedad.

### **Reestructuración cognitiva**

Cuando se trata con personas que experimentan TAG, Clark y Beck (2012) enfatizan la necesidad de la reestructuración. Al hacerlo, el terapeuta puede reemplazar el pensamiento mal adaptativo con patrones de pensamiento más útiles, lo que ayuda a reducir la incomodidad emocional, fisiológica y conductual del paciente. En la reestructuración cognitiva, se guía al paciente a través de una serie de preguntas diseñadas para ayudarlos a evaluar y explorar sus propias visiones erróneas para que puedan llegar a comprender la utilidad de su propia forma de pensar.

### **Entrenamiento en Resolución de Problemas**

Las terapias de reestructuración cognitiva, según lo descrito por Robichaud y Dugas (2006, citados en Clark & Beck, 2012), tienen como objetivo contrarrestar el tipo de pensamiento que lleva a las personas a desconfiar de sus propias habilidades para encontrar soluciones a los problemas, verlos como peligrosos y mantener un pesimismo sobre el futuro. El objetivo es cambiar la percepción del peligro para que se vea más como un desafío o una oportunidad.

Luego se aplica el proceso de resolución de problemas de ocho pasos de D'Zurila y Nezu (2007, citados en Clark & Beck, 2012): identificar el problema, generar posibles soluciones, reducir las opciones, elegir un curso de acción, implementar la solución y verificar su éxito.

### **Procesamiento elaborativo del presente**

Según Clark y Beck (2012), este método está diseñado para las últimas sesiones y utiliza la atención plena para combatir la preocupación (Borkovec et al., 2004, citados en Clark & Beck, 2012). Una de las técnicas mencionadas por estos autores consiste en instruir a los pacientes que sus proyecciones pesimistas sobre el futuro son en su mayoría erróneas y pueden ser reemplazadas por alternativas más realistas. Como corolario, se puede argumentar que no existe un método infalible para hacer predicciones precisas, por lo que optar por un resultado inesperado siempre es una opción. Una vez resueltos estos problemas, el tratamiento puede volver al aquí y ahora, en línea con enfoques basados en la atención plena.

### **Evidencia empírica**

Desde sus inicios, la terapia cognitiva ha sido objeto de numerosos estudios. Existen aproximadamente 300 artículos sobre investigaciones de resultados de la terapia cognitiva, así como 16 análisis meta-analíticos que comparan el tratamiento cognitivo con grupos de control de placebo o lista de espera (Butler et al., 2006, citados en Ruiz et al., 2012). Estos estudios sugieren que la terapia cognitiva supera a otros tratamientos en una amplia gama de problemas de salud mental, incluyendo la depresión unipolar, trastornos de ansiedad, la ansiedad en niños y una variedad de trastornos de ansiedad, incluido el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

La terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual han demostrado ser beneficiosas en el tratamiento de un porcentaje significativo de los trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-IV-TR, como lo demuestran investigaciones mencionadas por Beck (2005, citado en Ruiz et al., 2012).



Las tasas de efectividad de la terapia cognitiva y la terapia conductual para el trastorno de ansiedad generalizada son casi las mismas, oscilando entre el 50% y el 60%, según la investigación de Dirham y Turvey (1987, citados en Clark & Beck, 2012). La tasa de éxito del tratamiento cognitivo inicialmente se sitúa en el 48%, pero aumenta al 62% después de un seguimiento de 6 meses.

Butler et al. (2006, citados en Ruiz et al., 2012) informan de tasas más bajas de recaída y de la conservación de los beneficios del tratamiento cuando se aplica este modelo a diversas enfermedades, como la depresión unipolar y múltiples trastornos de ansiedad.

### **1.3 Objetivos**

#### ***Objetivo General***

Al finalizar la intervención cognitivo conductual, se logrará en la usuaria disminuir los signos y síntomas de la ansiedad generalizada que padece.

#### ***Objetivos Específicos***

- Instruir a la paciente a través de la psicoeducación sobre la eficacia del modelo cognitivo conductual.
- Disminuir los pensamientos distorsionados y preocupación negativa que interfieren en su vida cotidiana a través de la reestructuración cognitiva.
- Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través de la aplicación de técnicas de relajación progresiva de Jacobson y respiración profunda.
- Incrementar sus conductas adaptativas en habilidades sociales a través de las estrategias interpersonales.

#### **1.4 Justificación**

Este estudio de caso presenta un plan de intervención psicoterapéutica basado en el modelo cognitivo-conductual con el objetivo de modificar las distorsiones cognitivas que generan preocupación excesiva y su impacto en la vida social, familiar y laboral. La terapia cognitiva se considera como el tratamiento principal debido a la sólida evidencia científica que respalda su eficacia.

Por lo tanto, es crucial brindar esperanza de mejoría al cliente mediante la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales y la revisión de sus autorregistros, centrándose en las áreas más críticas que requieren atención. El interés en el modelo cognitivo-conductual radica en la exploración de cómo las personas estructuran y organizan sus experiencias en función de sus creencias. Si bien la comunicación reflexiva es fundamental en la terapia, no es suficiente por sí sola; los pacientes también necesitan aplicar estos conceptos en su vida cotidiana, fuera del entorno terapéutico. Los pacientes con características similares a aquellos que están siendo tratados pueden beneficiarse significativamente de este enfoque terapéutico.

#### **1.5 Impactos esperados del trabajo académico**

De acuerdo a los estudios realizados a nivel nacional e internacional y a sus resultados obtenidos de dichas investigaciones, podemos concluir que la ansiedad es una enfermedad actual donde se necesita de manera prioritaria elaborar programas de intervención. De tal manera el estudio de caso permitirá confirmar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad generalizada y brindará las pautas necesarias para disminuir el incremento de sintomatologías ansiógenas en pacientes con características similares.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y diseño de investigación

Con un grupo experimental ( $N = 1$ ), el diseño de este estudio cae en la categoría de investigación aplicada cuasi experimental. El enfoque de esta investigación es el tratamiento cognitivo-conductual para la ansiedad en una usuaria joven del área metropolitana de Lima (Hernández et al., 2014).

El estudio de caso emplea un diseño ABA, con la elección del sujeto, una evaluación inicial realizada antes de cualquier intervención, una segunda evaluación durante la intervención y una tercera evaluación después de que haya concluido el tratamiento

### 2.2 Ámbito temporal y espacial

La terapia se desarrolló de manera virtual y presencial en Lima Metropolitana, tuvo una duración de 8 meses, 1 vez por semana. Se inició en el mes de marzo y culminó en el mes de noviembre del año 2021.

### 2.3 Variables de Investigación

**Variable Independiente:** Terapia Cognitivo Conductual

Definición conceptual: Kendall (s. f., citado en Stallard, 2007) sostiene que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se fundamenta en la premisa subyacente de que las emociones y las acciones (nuestras sensaciones y comportamientos) en su mayoría se originan a partir de nuestras cogniciones (nuestros pensamientos). En consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales tienen la capacidad de influir en la manera en que pensamos, sentimos y actuamos, generando cambios en estos aspectos.

Definición operacional: En este estudio se llevará a cabo 23 sesiones lo cual se utilizaron la

reestructuración cognitiva y las técnicas de respiración, relajación muscular progresiva de Jacobson, visualización y estrategias interpersonales.

**Variable Dependiente:** Ansiedad generalizada

Definición conceptual: La ansiedad se refiere a la sensación interna en la que predominan la inquietud, el malestar, la vigilancia constante, y la anticipación de situaciones negativas (Rojas, 2014).

Definición operacional: En este estudio, se empleará la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad, la cual nos proporcionará información sobre el nivel de ansiedad presente en la paciente según los puntajes obtenidos. También se utilizarán registros personales como parte de la evaluación.

**Variable Extraña:** Terapia virtual, problemas con la señal, crisis sanitaria por la pandemia, tema económico, ambiente familiar.

## **2.4 Participante/ Sujeto**

Paciente joven de 26 años, género femenino, de estado civil soltera, con educación superior.

## **2.5 Técnicas e instrumentos**

### **2.5.1 Técnicas**

#### **Entrevista:**

La entrevista conductual se emplea como una herramienta de diagnóstico que busca obtener información detallada del paciente, identificar conductas problemáticas, reunir antecedentes, seleccionar el método de diagnóstico adecuado para un caso específico, elaborar análisis funcionales, solicitar consentimiento informado según sea necesario, y establecer un contrato de

comportamiento con el paciente. Asimismo, se utiliza para informar a los pacientes sobre la duración del tratamiento y recopilar información sobre tratamientos previos y su efectividad (Ruiz et al., 2012). Durante la entrevista, es esencial que el terapeuta tenga una clara comprensión del tipo de entrevista que llevará a cabo con el paciente para recopilar la información

más pertinente relacionada con el problema. Para lograr este propósito, se pueden emplear entrevistas estructuradas, semiestructuradas o abiertas, permitiendo así cumplir con los objetivos de recopilación de información y retroalimentación del paciente dentro de un marco de tiempo definido.

### **Observación:**

La observación conductual busca obtener información minuciosa acerca de la conducta problemática y suele utilizarse como un complemento de la entrevista. Esta observación puede ser llevada a cabo por el terapeuta, evaluadores, familiares o maestros, dependiendo de la naturaleza de la conducta que se desea observar. En ciertos casos, la observación conductual puede servir como un método de evaluación, especialmente cuando resulta complicado obtener información detallada durante el proceso de entrevista. Esta situación puede presentarse en individuos con discapacidades, niños pequeños, entre otros casos (Ruiz et al., 2012).

## 2.5.2 Instrumentos

### Test de Pensamientos Automáticos

#### Ficha técnica

Nombre : Test de pensamientos automáticos

Autor : Beck (1991)

Tiempo : aproximadamente 15 minutos

Forma de aplicación : individual y colectiva

Población : a partir de los 15 años

#### Objetivo:

Hacer una evaluación para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida.

#### Características de la prueba:

El Test está compuesto por un total de 45 ítems, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera:

- (0) Nunca pienso en eso
- (1) Algunas veces lo pienso
- (2) Bastante veces lo pienso
- (3) Con mucha frecuencia lo pienso

## **Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)**

### **Ficha técnica**

Nombre	: STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo
Nombre original	: State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire
Autor	: C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene
Tiempo	: aproximadamente 15 minutos
Forma de aplicación	: Individual y colectiva
Población	: adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
Objetivo:	: Medir la ansiedad como estado y rasgo

### Características de la prueba:

El Test está compuesto por un total de 40 ítems divididos en 2 subescalas: rasgo y estado, con respuestas tipo Likert de 0 a 3. Puede ser usado en población normal o en pacientes.

## **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

### **Ficha técnica**

Nombre : Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autor : Aaron T. Beck y Robert A. Steer

Tiempo : aproximadamente 15 minutos

Forma de aplicación : Individual

Población : desde los 17 años

Objetivo: : Medir la ansiedad

#### Características de la prueba:

El Test está compuesto por un total de 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios del DSM- IV. Con respuestas tipo Likert de 0 a 3, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera:

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



## Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R

### Ficha técnica

Nombre : EPQ- R Cuestionario de personalidad de Eysenck

Autor : Hans J. Eysenck, Sibil B.G. Eysenck

Tiempo : aproximadamente 40 minutos

Forma de aplicación : Individual y colectivo

Población : adolescentes y adultos

Objetivo: : Medir la personalidad

Características de la prueba:

Los principales factores que se miden con estas escalas (**Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo**) han alcanzado el consenso más amplio en el campo de la personalidad, conociéndose más sobre su significado psicológico y su importancia en diferentes ámbitos aplicados de lo que se pueda decir sobre cualquier otro factor.

### 2.5.3 *Evaluación psicológica:*

#### 2.5.3.1 **Historia Psicológica**

##### *A. Datos de Filiación*

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Edad	: 26 años
Lugar y fecha de nacimiento	: 15 junio de 1995 / Lima
Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Derivado por	: Iniciativa propia
Informante	: La paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

##### *B. Motivo de Consulta*

La usuaria refiere “que la mayoría de sus problemas giran en torno a su salud, cree que empezó cuando estaba en la universidad y no podía realizar su curso de investigación, solía deprimirse y es cuando tuvo su primera crisis de ansiedad. También menciona que cada vez que

se enfermaba seguido de la garganta le dolía la cabeza. En el mes de enero 2021 empezó a sentirse mal físicamente refiriendo que sus molestias giraban en torno a su boca (dientes y lengua). Esto empezó justo después de su recuperación de covid-19 lo que menciona que su ansiedad empezó a incrementarse (9/10) y preocupación (9/10) por su incapacidad para manejar las cosas tanto en su vida personal y familiar. Por otro lado, manifiesta tener problemas para dormir, acompañado de pensamientos como: “he pensado que me voy a enfermar o que me va pasar algo malo con mis dientes o con la lengua” ..., “tengo miedo que me dé una crisis ansiosa y no pueda controlarme” ... “es muy difícil para mí todo esto”... “mi madre y mi hermana no me entienden, dicen que soy una exagerada, talvez tengan razón”... me calmo pero me vuelve las preocupaciones, “no me puedo controlar en pensar lo que puede pasar más adelante”... “puede ocurrir algo malo si no lo afronto ahora”.... siento que nadie me comprende.”

### **2.5.3.2 Problema Actual**

La paciente manifiesta que su problema actual empezó después de su recuperación de Covid-19, tenía dolores musculares frecuentes y es donde luego empezó a sentir dolor en solo un diente (parte superior), empieza a preocuparse (10/10) del dolor que sentía por que aparecía de la nada, también al momento de cerrar su boca sentía como si sus dientes chocaban entre sí y le apretaba la mandíbula, esto le genera ansiedad (10/10) que no lo puede controlar, piensa “nadie me puede ayudar” .... “no puedo dejar de pensar en lo que tengo” ... Llegó a ir al dentista para una revisión y al no estar convencida con el diagnóstico (bruxismo) pasa por otros 3 odontólogos más... al tener casi la misma respuesta decide regresar con el primer odontólogo... quien le sugiere usar su férula, pero al tener algunas modificaciones en los dientes la férula le hacía sentir dolor del lado derecho de su lengua, siente que sus dientes chocaban y eso le causo mayor preocupación.

A los dos días, usando la férula, se mordió la lengua y piensa: “ya me dañé la lengua, ahorase va inflamarse y se pondrá peor” ... al sentir tanto dolor en la herida, pasa nuevamente por consulta porque incluso sentía que no podía hablar ni comer bien por el dolor. Posterior a ello pasa con otro especialista (otorrinolaringólogo), ya que sentía molestias en su lengua y las molestias que sentía provenían desde el fondo de la lengua llegando a creer “talvez se enfermaría más” ...sin embargo, el medico no observa nada semejante a lo que ella describía,pero le menciona que es probable sea la tensión (estrés) lo que posiblemente hace que se esté mordiendo su lengua, llegando a recetarle relajantes.

La paciente cada vez se siente más preocupada por lo dolores que siente y empieza a frustrarse (9/10) ...llega a deprimirse, paraba llorando demasiado, no tenía ganas de nada, le daban crisis estando en su cama y lloraba sin parar, llega a pensar “no puedo controlar mis miedos, nadie soluciona mi problema” .... sus padres trataron de calmarla, pero al no tener éxito recurren llevarla al psiquiatra. A pesar de estar con tratamiento farmacológico aparecen otros signos y síntomas, sintiendo un olor desagradable hacia las comidas u otros aromas ...”me huelen horrible, como a podrido y me saben feo, no siento el sabor original de todo” ... llega a sentirse más deprimida y asustada...manifestando “Tengo miedo que me haya vuelto a dar COVID” .... “La verdad tengo miedo, el miedo no desaparece” ... “Siento que no puedo estar bien”.

La paciente expresa que cuando está sola o sin realizar una actividad cotidiana empieza a preocuparse, se desespera y piensa “nunca me voy a sanar” ...” siempre me pasan cosas malas”, experimentando intensa preocupación (9/10), miedo (9/10), tristeza (8/10), y ansiedad (9/10).

### ***Desarrollo cronológico del problema***

A la edad de 19 años: la paciente experimenta ansiedad por primera vez cuando se encontraba estudiando en la universidad, expresa "...tenía que entregar un trabajo a mi profesor de la universidad y como no lo había terminado como yo quería me sentía inconforme, al momento de exponer me puse tan nerviosa que me equivoqué en mi exposición y mis compañeros del grupo se me quedaron mirando, esto hizo que me sintiera una fracasada por lo que pensaba "esto no hubiera pasado si no me hubiera puesto nerviosa"

A la edad de 22 años: expresa "...cuando empecé a trabajar mi tema de investigación siempre me esforzaba al máximo para que me saliera todo bien, creía que si me quedaba estudiando hasta la madrugada todo iría bien, pero luego me sentía ansiosa y dudaba de mi trabajo, empecé a tener dolores de cabeza constantemente, incluso recuerdo que le pedí a mi papa que me pagara un profesor particular para que me ayudara con mi tarea porque sentía que no podía hacerlo bien"

A la edad de 23 años: la paciente menciona "estaba a punto de graduarme, iban a elegir a tres personas para que hablen en la graduación, mi sueño era ser una de ellas desde que ingresé a la universidad... estaba en duda si podría hacerlo, pero una amiga me echó ánimos y decidí postularme como una de esas personas, para que mis padres se sientan orgullosos, también porque me graduaría siendo el primer puesto de mi promoción durante los 5 años de carrera. Sin embargo, cuando postulé me puse nerviosa y solo votaron por mí unas 15 personas de los 100 que eran de la promoción... me sentí triste, porque prácticamente la mayoría de mi promoción votó por alguien digamos "popular" y no pensaron en que quizá debería ser la persona que obtuvo el primer puesto todos los años... "merecía hablar en la graduación".

A la edad de 24 años: expresa "...en el trabajo donde me encontraba me asignaron otro cargo, empecé a tener mayor responsabilidad y eso me tenía tensionada porque realizaba tarea de tres cargos diferentes, a pesar de dedicarme solo a mis obligaciones a veces hacia las actividades de los demás para que mi equipo no se viera afectado, desde entonces paraba enfermándome muy seguido"

A la edad de 25 años: la paciente recuerda que cuando estaba en la universidad había tenido un altercado con uno de sus compañeros de universidad, todo comenzó cuando creamos una página comercial desde mi Facebook, con la finalidad de obtener el mayor puntaje en la tarea que se había asignado. Expresa que al terminar el curso ella nota que la página que se había creado era por cobrar por lo que se preocupa y le pide a su compañero que lo borre, pero este lo único que le dice es que no haga caso y que solo se ira borrando con el tiempo. Sin embargo, a pesar de ya haber terminado la carrera, le empezó a llegar anuncios a su correo donde le salía que tenía una cuenta por cancelar debido a que era una página donde cobraban por publicidad... Empecé a sentir miedo y preocupación, pensaba que podrían registrar mi cuenta bancaria y descontarme durante todo este tiempo que no pague"

### **2.5.3.3 Historia Personal**

Al consultar con su madre acerca de su nacimiento y desarrollo temprano, la evaluada revela que su madre le informó que hubo una amenaza de aborto durante el embarazo, pero que después todo transcurrió sin complicaciones y que el parto fue normal. Además, no hubo problemas de salud significativos, como enuresis, en su etapa de crecimiento. En cuanto a su desarrollo psicomotor, este se llevó a cabo de manera típica, ya que empezó a gatear antes de cumplir un año, comenzó a caminar con normalidad a la edad de un año y algunos meses, y su lenguaje se desarrolló a los dos años.

**Infancia:** Paciente refiere... “no recuerdo mucho, pero siento que no tuve una infancia feliz, mi papá no paraba mucho con nosotros en casa, además en la escuela no tenía amigas o amigos, o nose interesaban mucho en acercarse a mí porque era muy tranquila y aburrida.” Por otro lado, mi madre me comento que a los 2 años aproximadamente me caí desde el tercer piso de mi casa hasta el primer piso, convulsioné y mi madre salió en busca de ayuda. Prácticamente toda mi familia (abuelos, tíos, padre, madre) me dicen que yo me ha salvado por un milagro, porque dicen que iba a morir por mi estado de salud, desde entonces me sentí sobreprotegida por mis padres. No recuerdo haber enfermado mucho de pequeña o en mi infancia, quizá muy pocas veces de la garganta, pero muy poco.

**Niñez:** Durante su crecimiento recuerda haber sido una niña muy obediente y tranquila. En inicial recuerda que había una niña de su salón que se reía cuando la miraba, ella creía que era por ser muy tranquila... “sentía que se reía de mí porque me quedaba mirándome fijamente y eso me hacía estar triste”, a pesar de eso no comentaba nada en casa a mis padres. También menciona que cuando era pequeña, recuerda como su madre le gritaba porque quería que todas sus tareas las hiciera muy bien y que su padre se molestaba con ella cuando le pedía ayuda en las tareas.

**Adolescencia:** A los 13 años, empieza a sentirse sola debido a que no podía relacionarse socialmente con sus compañeros de clase, recuerda que sus compañeros solían interactuar con aquellas chicas que eran más extrovertidas. Además, hace mención de no recordar afectos de cariño hacia ella por parte de sus padres o de su hermana mayor. También recuerda como sus padres se separaron, mencionando la relación como problemática por las discusiones continuas que tenían sus progenitores.

**Educación:** Recuerda haber sido una estudiante sobresaliente desde la primaria y que no tenía dificultades incluso cuando entro a secundaria siempre era reconocida por sus maestros por sus

buenas calificaciones, sin embargo, le costaba tener amigos, por lo cual creía que nadie se acercaba a ella por cómo se veía por lo cual empezó a sentir vergüenza de su aspecto físico, además menciona que cuando estaba en secundaria un compañero de clase se burlaba de su apariencia física, otro compañero se burlaba por ser muy estudiosa y tranquila.

**Área Laboral:** Paciente menciona que cuando trabajaba como guía en un museo, sentía que sus amigas se reían y divertían mucho con ella, pero a veces ella se sentía avergonzada delante de sus amigas por el tema de su estrabismo... “a veces no sabía cómo controlar lo de mi vista y me daba vergüenza” ... “creo que se me quedaban mirando, pero no me decían nada” ... “por eso no puedo conservar amistades, los pocos amigos que tuve ya no están, ya no me hablan escriben.”

**Hábitos e Intereses:** Paciente refiere que le gusta ver películas de drama, de terror, series en Netflix y leer libros de historias ...llego a practicar yoga cuando empezó a sentir demasiada tensión en su trabajo...sin embargo, dejó de practicar el ejercicio debido sus temores que tenía en respecto a su salud física que se fue incrementando con el pasar de los años.

**Historia Familiar:** La relación con su padre hasta la edad de 20 años era distante, a raíz de la separación de sus padres mantuvo poca comunicación él, no hablaban mucho y se limitaba a temas concretos (especialmente de solvencia económica). La relación con su padre empezó a ser fluida desde que tuvo su primera crisis emocional, por lo cual empezó a tener mayor comunicación con él.

La relación con su madre refiere que ha sido regular; suele mostrar poco afecto y comprensión hacia ella. En la actualidad siente que su madre no cambiara su carácter y que es mejor darle por su lado. La relación con sus hermanos suele ser regular, ya que a pesar de vivir juntos suelen estar distantes...refiere que con su hermano suelen tener intereses diferentes y terminan discutiendo en cuanto a temas económicos o funciones domésticas que cada uno debería realizar en casa.



La relación con su media hermana es distante, esto se debe a que no han llegado a interactuar desde que su padre formo otra familia.

#### **2.5.4 Evaluación psicométrica:**

##### ***Informe psicológico Test de Pensamientos Automáticos de Aarón Beck***

#### **1. Datos de Afiliación**

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 15 de junio de 1995
Edad	: 26 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Informante	: la paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

#### **2. Motivo de Evaluación**

Identificar pensamientos automáticos.

#### **3. Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- Entrevista Psicológica
- Test de Pensamientos Automáticos de Aarón Beck

#### 4. Resultados

**Tabla 2**

*Resultados del Test de pensamientos automáticos*

Pensamiento automático	Puntaje	Indicador
Filtraje	9	Produce sufrimiento emocional
Sobre generalización	8	Produce sufrimiento emocional
Visión Catastrófica	7	Produce sufrimiento emocional
Pensamiento Polarizado	7	Produce sufrimiento emocional
Interpretación del pensamiento	6	Produce sufrimiento emocional
Debería	6	Produce sufrimiento emocional

#### 5. Interpretación del resultado

La paciente con respecto a sus pensamientos automáticos, se observa que cuando sucede ciertos acontecimientos, que percibe como amenazador, tiende a magnificar los hechos negativos dejando de lado la experiencia agradable. Como, por ejemplo, cada vez que a M. le empieza a dar una crisis por la preocupación excesiva, inmediatamente le viene pensamientos automáticos, como que nunca va a dejar de sentir ese malestar en la boca y que siempre va enfermarse (sobre generalización) y que cada vez se pondrá peor (visión catastrófica), el que se haya sacado la muela de juicio y que sintiera un poco de dolor era lo peor que le podía pasar (filtraje).

## 6. Conclusiones

La paciente presenta puntajes altos en sus pensamientos automáticos tales como filtraje, sobregeneralización, visión catastrófica, pensamiento polarizado, interpretación del pensamiento y los deberías.

## 7. Recomendaciones

Aprendizaje de nuevas estrategias para el manejo emocional a través de la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos.

### *Informe psicológico Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)*

#### 1. Datos de Afiliación

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 15 de junio de 1995
Edad	: 26 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Informante	: la paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

## **2. Motivo de Evaluación**

Medir los niveles de ansiedad de estado y rasgo.

## **3. Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- Entrevista
- Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

## **4. Resultados**

Ansiedad de estado A-E 70 puntos ALTO  
Ansiedad de rasgo A-R 50 puntos ALTO

## **5. Interpretación**

M. G. P. E presenta una ansiedad de estado con síntomas fisiológicos como: tensión, cansancio, contracción, con la sensación de estar aturdida y sobreexcitada, percibiendo su entorno familiar como conflictiva y de riesgo para su mejoría. A nivel emocional: se siente angustiada, triste, desesperada e insegura. También, a nivel conductual la paciente se muestra contrariada, incomoda y cansada. Refiere tener poca confianza en sí misma y pensamientos que aumentan su preocupación de posibles desgracias futuras.

En referencia a su ansiedad de rasgo presenta síntomas fisiológicos como: tensión y agitación; además, se cansa rápidamente, tiende a responder al llanto cuando se siente frustrada al creer que no tendrá una solución a sus problemas, desasosegada, intranquila, falta de confianza en sí misma, insegura, triste, melancólica, y con fuerte inestabilidad emocional. Puede llegar a tomar las cosas muy en serio ocasionando sus distorsiones cognitivas donde suele estar constantemente pensando negativamente sobre su futuro.

## 6. Conclusiones

Persona con ansiedad de rasgo y estado alto.

## 7. Recomendaciones

- Entrenamiento en respiración y relajación, a través de la técnica Diafragmática
- Relajación Progresiva.
- Reestructuración cognitiva.

### *Informe psicológico Inventario de ansiedad de Beck (BAI) Datos de Afiliación*

#### 1. Datos de Afiliación

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 15 de junio de 1995
Edad	: 26 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Informante	: la paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

## **2. Motivo de Evaluación**

Medir la escala de ansiedad a través Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

## **3. Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- Entrevista
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

## **4. Resultados**

Escala de ansiedad: Ansiedad moderada (46)

## **5. Interpretación**

La intensidad más frecuente de ansiedad en la paciente, es de moderado a severo, presentando los siguientes síntomas fisiológicos: temblor en las piernas, incapaz de relajarse, mareos o que se le va la cabeza. Latidos de corazón fuerte y acelerado, sensación de ahogo, problemas digestivos y desvanecimiento. A nivel emocional, presenta temor a que ocurra lo peor, inestabilidad, atemorizada o asustada, nerviosa, inseguridad, inquietud, miedo a perder el control, y esto viene acompañado con sensaciones de bloqueo y miedo a enfermarse.

## **6. Conclusiones**

Maggi presenta ansiedad y preocupación excesiva, que le produce alteración anivel fisiológico y psicológico.

## **7. Recomendaciones**

Entrenamiento en respiración y relajación, a través de la técnica Diafragmática y la Relajación Progresiva de Jacobson.

## *Informe psicológico Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R*

### **1. Datos de Afiliación**

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 15 de junio de 1995
Edad	: 26 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Informante	: la paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

### **2. Motivo de Evaluación**

Perfil Psicológico

### **3. Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- Entrevista
- Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R

### **4. Resultados**

Introversión: 25      Neuroticismo: 75      Psicoticismo: 90

## **5. Interpretación**

En la dimensión (E) encontramos que es muy altamente reservada, discreta y socialmente inhibida. Tiende a planificar sus actividades, mantiene un modo de vida ordenado.

En la dimensión (N) encontramos características que son altamente ansiosa, depresiva, baja autoestima, irracional, tensa, triste y emotiva.

En la dimensión (P) encontramos características donde la evaluada puede llegar a mostrarse impulsiva y rígida ante determinada situación que le genera demasiada tensión.

## **6. Conclusiones**

Maggi presenta una estructura de personalidad introvertida y de neuroticismo, con alto nivel de deseabilidad social.

## **7. Recomendaciones**

Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento a situaciones adversas.



## Historia Psicológica

### Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 15 de junio de 1995
Edad	: 26 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Informante	: la paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

### Motivo de Consulta

La usuaria refiere “que la mayoría de sus problemas giran en torno a su salud, cree que empezó cuando estaba en la universidad y no podía realizar su curso de investigación, solía deprimirse y es cuando tuvo su primera crisis de ansiedad. También menciona que cada vez que se enfermaba seguido de la garganta le dolía la cabeza. En el mes de enero 2021 empezó a sentirse mal físicamente refiriendo que sus molestias giraban en torno a suboca (dientes y lengua). Esto empezó justo después de su recuperación de covid-19 lo que menciona que su ansiedad empezó a incrementarse (9/10) y preocupación (9/10) por su incapacidad para manejar las cosas tanto en su vida personal y familiar.

Por otro lado, manifiesta tener problemas para dormir, acompañado de pensamientos como: “he pensado que me voy a enfermar o que me va pasar algo malo con mis dientes o con la lengua” ..., “tengo miedo que me dé una crisis ansiosa y no pueda controlarme” ... “es muy difícil para mí todo esto” ... “mi madre y mi hermana no me entienden, dicen que soy una exagerada, talvez tengan razón”...me calmo pero me vuelve las preocupaciones, “no me puedo controlar en pensar lo que puede pasar más adelante”...“ puede ocurrir algo malo sino lo afronto ahora”.... siento que nadie me comprende.”

### **2.5.5 Informe psicológico integrador**

#### **1. Datos de Filiación:**

Nombres y Apellidos	: M.G.P.E
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 15 de junio de 1995
Edad	: 26 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: estudiante
Religión	: católica
Informante	: la paciente
Fecha de entrevista	: 18 marzo de 2021
Lugar de entrevista	: Consultorio Particular

#### **2. Motivo de Evaluación**

Evaluación integral

### 3. Técnicas e Instrumentos Aplicados

- Entrevista psicológica
- Test de Pensamientos Automáticos de Aarón Beck.
- Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI).
- Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R

### 4. Resultados

La paciente muestra a nivel emocional indicadores de trastorno de ansiedad ya puede estar sintiendo que los problemas diarios le desbordan y es posible que no se sienta con fuerzas para afrontarlos; debido a que llega a percibir muchas situaciones como amenazadoras para su salud física, a pesar de que no son objetivamente peligrosas. La evaluada, presenta un nivel de ansiedad severo que pueden reflejarse en sensaciones de tensión, angustia, aceleración en el ritmo cardiaco, dolor de cabeza y cansancio. También suele presentar dificultades para dormir por lo que lleva un tratamiento farmacológico. Es frecuente, que no se mantenga relajada y tranquila ante algunas situaciones difíciles. Ante los problemas tiende a pensar negativamente llevando al extremo cada situación, experimentando opresión en el pecho y el ardor en estómago. Suele exhibir una hipervigilancia generalizada de su entorno y tiende a interpretar los conflictos de la vida diaria de forma distorsionada y con gran susceptibilidad.

M.G.P.E, presenta características de personalidad introvertida, presentado dificultad para entablar vínculos interpersonales, impresionando poca apertura a su mundo interior e inestabilidad emocional, encontrándose ansiosa, depresiva, baja autoestima, irracional, tensa, triste y emotiva.

## 5. Conclusiones

La evaluada presenta una estructura de personalidad introvertida y de neuroticismo, con altoniveles de ansiedad de estado- rasgo.

## 6. Presunción Diagnóstica:

Teniendo como referencia los criterios Diagnósticos del DSM V, podemos inferir que estamos ante un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1)según el CIE-10.

## 7. Recomendaciones

De acuerdo con la sintomatología y la evaluación realizada, se recomienda iniciar Terapia Cognitiva- conductual.

### 2.5.5.1 Diagnóstico:

#### A. *Diagnóstico Funcional*

#### Lista de conductas

#### Conductas Adaptativas:

- Motivación para el tratamiento
- Acude regularmente a las terapias.
- Cumplimiento de las tareas y registros

#### Conductas Desadaptativas

- Ansiedad Generalizada

## Análisis funcional de la ansiedad Generalizada

**Tabla 2**

*Análisis Funcional del trastorno de ansiedad generalizada*

Antecedentes	Respuesta Conducta Problema	Consecuentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es reprendida constantemente por su madre.</li> <li>• Estar dependiendo económicamente de sus padres.</li> <li>• Cuando el medico no le dice exactamente lo que tiene.</li> </ul>	<p><u>Conducta fisiológica:</u></p> <p>Bruxismo, fatiga, dificultad para respirar, tensión muscular, insomnio, dolor de cabeza, aceleración en el ritmo cardiaco, hiperhidrosis palmar y problemas estomacales.</p> <p><u>Conducta emocional:</u></p> <p>Ansiedad (9/10), Preocupación (9/10), Miedo (9/10), Tensión (8/10), Frustración (8/10). Tristeza (7/10) Baja autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discute con la madre porque no la comprende y solo le dice que exagera los síntomas.</li> <li>• Trata de buscar alguna información de oferta laboral. Evita ir a sus citas de control médico cada vez que está cerca la fecha.</li> <li>• Olvida sus problemas al ver series en Netflix o al leer un libro.</li> </ul>
<p><u>Auto verbalización:</u></p> <p>“pienso que debería dejar de depender mucho de mis padres”, “Esto va empeorar mi salud física”, “Es muy difícil para mí relajarme”.</p>	<p><u>Cognitivo:</u></p> <p>“me voy a enfermar y nunca podre estar sana”, “y si en vez de mejorar empeoro”, “no puedo controlar mis pensamientos”, “siempre paro sola, nadie quiere acercarse a mi” “tengo miedo de no poder dormir”, “soy una carga para mi familia”, “soy fea y aburrida por eso no tengo amigos”, “y si nadie me puede ayudar”, “siempre me</p>	<p><u>Autoafirmaciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “es mejor no contar a las personas como se siente uno”,</li> <li>• “algo malo me puede pasar cada vez que me enfermo”.</li> </ul>

---

enfermo”, “me da miedo el futuro, no  
creo poder enfrentarlo”, “estoy muy  
ansiosa”, “debería estar avanzando mis  
proyectos para demostrar que soy  
responsable”

Conducta motora:

Suele dormir la mayor parte del tiempo  
(mañanas y tardes), llanto excesivo,  
despertar en las noches, ir a su cuarto y  
recostarse en su cama constantemente.  
Dejar de trabajar.

---

## B. Diagnóstico Psicológico

**Tabla 3**

*Diagnóstico Funcional del trastorno de ansiedad generalizada*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad cada vez que pasa por control dental</li> <li>• Ansiedad cada vez que le duele la cabeza</li> <li>• Preocupación cada vez que se acerca una fecha importante para ver su estado de salud físico.</li> <li>• Miedo de recibir críticas negativas sobre su imagen corporal</li> <li>• Evita el contacto con las personas de su entorno por miedo a las críticas.</li> <li>• Se siente cansada cada vez que tiene que hacer una actividad cotidiana en su hogar.</li> <li>• Ansiedad medidas en SUD 10/10, ansiedad 9/10, preocupación 9/10, miedo 9/10 y frustración 8/10.</li> <li>• Dolor de cabeza, tensión, problemas estomacales, insomnio, fatiga, bruxismo, dificultad para respirar, tensión muscular, hiperhidrosis palmar y aceleración del ritmo cardíaco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol de emociones.</li> </ul>
<p>Pensamientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “me voy a enfermar y nunca podre estar sana”</li> <li>• “y si en vez de mejorar empeoro”</li> <li>• “no puedo controlar mis pensamientos”</li> <li>• “siempre paro sola, nadie quiere acercarse a mi”</li> </ul>		

- 
- “tengo miedo de no poder dormir”
  - “soy una carga para mi familia”
  - “soy fea y aburrida por eso no tengo amigos”
  - “y si nadie me puede ayudar”
  - “siempre me enfermo”
  - “me da miedo el futuro, no creo poder enfrentarlo”
  - “estoy muy ansiosa”
  - “debería estar avanzando mis proyectos para demostrar que soy responsable”
- 

### *C. Diagnostico Tradicional*

#### **Tabla 4**

*Criterios diagnostico según el DSM V sobre el trastorno de ansiedad generalizada.*

DSM V	Presentes en la paciente
A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	Preocupación y miedo excesiva de enfermarse constantemente, no rendir académica y laboralmente.
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	Piensa con frecuencia que algo malo le va a pasar.



---

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

Síntomas presentes:

- Tensión muscular
- Dificultad para conciliar el sueño debido a sus preocupaciones
- Fatiga, cansancio
- Dificultad de concentración
- Dolores de cabeza

---

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

Malestar significativo: Siente miedo y ansiedad que no le permite disfrutar de sus actividades cotidianas placenteramente.

Sus preocupaciones están basadas a interpretación precipitadas de algo que no ha ocurrido aún.

“No poder solucionar sus problemas” No ser aceptada en un grupo social. No es capaz de tomar una decisión

Deja de trabajar por su enfermedad (depresión)

Deja de hablar con su amigo.

Se rinde fácilmente cuando encuentra dificultades en su camino.

---

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. (por ejemplo: hipertiroidismo).

No presenta ninguna alteración fisiológica por consumo de sustancia. Sus preocupaciones son basadas por situaciones negativas y suposiciones.

---

F. La alteración no se explica por otro trastorno mental (por ejemplo: Ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés post traumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

---

No presenta trastorno mental.

## 2.6 Programa de intervención

**Tabla 5**

*Sesión N° 1*

Objetivo	Actividad- Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Desarrollar el rapport	Dialogo expositivo	Se le brindo la bienvenida en la primera sesión de terapia.  Establecer horario semanal de las sesiones, el tiempo establecido de cada sesión y reglas básicas (horario, conductas permitidas durante la sesión, acciones a realizar fuera de la sesión)	Se firmó el contrato conductual y el consentimiento informado.
Instruir en referencia a la ansiedad y la eficacia del modelo cognitivo conductual	Psicoeducación	Se brindó información necesaria acerca de la ansiedad.  Se explica como la ansiedad llega afectar en su cuerpo y como se manifiesta a través de síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales.  Materiales: PPT sobre la ansiedad y cortometrajes (videos)	
Confirmar el entendimiento del modelo cognitivo conductual	Retroalimentación	Se finaliza con preguntas específicas sobre lo tratado en la sesión y se responde a las dudas que presenta en el tema expuesto.	

**Tabla 6****Sesión N° 2 y 3**

Objetivo	Actividad- Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Examinar y reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta.	Psicoeducación	Se explica en que consiste la funcionalidad del ABC. Así mismo, se explica la relación entre situación, pensamiento y consecuencias emocionales-conductuales. Se muestra mediante un ejemplo el esquema del ABC para la comprensión del origen de su problema (creencia).	Identificar y registrar pensamientos y situaciones causantes de la ansiedad mediante el ABC.
Identificar sus pensamientos distorsionados bajo el esquema ABC	Dialogo expositivo	Se brinda psicoeducación acerca de los pensamientos distorsionados. Se le pidió compartir algunos de sus pensamientos que constantemente la mantiene preocupada e incrementa su ansiedad. Luego se realiza un cuadro comparativo de algunos de sus pensamientos y los pensamientos distorsionados ya mencionado durante la sesión. Materiales: Separatas informativas de distorsiones cognitivas, hojas bond y lapiceros	Escribir en su cuaderno de registro los pensamientos negativos y leer la separata acerca de los pensamientos distorsionados.
Confirmar el entendimiento acerca de que son pensamientos distorsionados	Retroalimentación	Se finaliza con preguntas específicas sobre lo tratado en la sesión y se responde a las dudas que presenta en el tema expuesto.	

**Tabla 7***Sesiones 4 y 5*

Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Corregir los pensamientos distorsionados y minimizar los síntomas de la ansiedad.	Reestructuración cognitiva	Repaso de la sesión anterior. Explicación breve sobre la reestructuración cognitiva. Se centra en identificar los pensamientos automáticos distorsionados.	
Modificar los pensamientos distorsionados mediante el cuestionamiento	Debate socrático	Se explica en que consiste el debate socrático (se hace énfasis en preguntas inductivas orientadas a la búsqueda de un nuevo conocimiento para poder producir los cambios emocionales y de conducta) Se revisa el trabajo de la sesión anterior. Se pide que mencione un pensamiento distorsionado para el debate, posterior a ello se realiza una serie de preguntas para buscar evidencias y lógica a su creencia. Luego se le esquematiza en dos columnas donde en una columna se anota los pensamientos distorsionados que presenta y en la siguiente columna se coloca un pensamiento más adaptativo, logrando refutar su propio pensamiento distorsionado y disminuir su ansiedad.	Se pide registrar en su cuaderno su ABC y realizar el dialogo socrático Posteriormente anotar en su registro si encuentra una disminución de sus síntomas y emociones.
	Programación de actividades	Elaboración de cronograma de actividades de lunes a domingo	

**Tabla 8***Sesiones 6 y 7*

Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Formular pensamientos alternativos más funcionales	Autoinstrucciones	Se explica en que consiste la funcionalidad del ABC. Así mismo, se explica la relación entre situación, pensamiento y consecuencias emocionales-conductuales. Se muestra mediante un ejemplo el esquema del ABC para la comprensión del origen de su problema (creencia)	Identificar y registrar pensamientos y situaciones causantes de la ansiedad mediante el ABC.
Identificar sus pensamientos distorsionados bajo el esquema ABC	Dialogo expositivo	Se brinda psicoeducación acerca de los pensamientos distorsionados. Se le pidió compartir algunos de sus pensamientos que constantemente la mantiene preocupada e incrementa su ansiedad. Luego se realiza un cuadro comparativo de algunos de sus pensamientos y los pensamientos distorsionados ya mencionado durante la sesión. Materiales: Separatas informativas de distorsiones cognitivas Hojas bond y lapiceros	Escribir en su cuaderno de registro los pensamientos negativos y leer la separata acerca de los pensamientos distorsionados.
Mejorar la capacidad para comprender mejor sus síntomas y dificultades.	Automonitoreo	Se explico porque es importante la habilidad de automonitoreo (registrar sistemáticamente sus conductas específicas: pensamientos, sensaciones corporales, emociones y comportamientos)	Llevar un registro de la frecuencia de sus síntomas de ansiedad.

**Tabla 9***Sesiones 8 y 9*

Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Identificar y reconocer los problemas cotidianos de su vida.	Resolución de problemas	<p>Se define que es un problema y lo que es una solución.</p> <p>Se ayudo a la paciente identificar y describir los problemas que le agobian, empleando un listado de problemas cotidianos en su vida.</p> <p>Se conversa sobre los problemas más conflictivos de su día a día para diferenciar de los problemas relevantes de los irrelevantes.</p> <p>Se le pidió clasificar sus problemas de menor a mayor (que generen su ansiedad) Recursos: pizarra virtual (zoom)</p>	Hacer una lista de los problemas relevantes
Lograr un mejor afrontamiento a los problemas	Resolución de problemas	<p>Se brindo ejemplos de situaciones problemáticas con varias posibles soluciones.</p> <p>Luego se le pidió evaluar las opciones (evaluar posibles consecuencias a corto y largo plazo) y seleccionar la mejor alternativa solución para llevarla a cabo.</p> <p>Se brindó los pasos para una resolución rápido de conflictos: *autoafirmaciones (pensar en el problema como un reto) *cuestionamiento (¿Cuál es el problema?, ¿Qué quiero lograr?, etc.) *buscar solución (pensar en dos o tres alternativas) *evaluarlas (decidir cuál es la mejor alternativa y como podría mejorarla) *realizarla</p>	Hacer una lista de posibles soluciones frente a los problemas que registro en su listado anterior usando los pasos brindados en la sesión.

---

	Se le pidió que genere soluciones alternas para establecer respuestas de afrontamiento más adaptativo.
Retroalimentación	Se revisa su tarea para despejar algunas dudas de las sesiones anteriores.
	Se brinda nuevos ejemplos de posibles eventos problema para evaluar su captación del ejercicio.

---

**Tabla 10***Sesiones 10 y 11*

Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Reducir los síntomas ansiógenos	Psicoeducación Técnica de relajación	Se brinda información acerca en que consiste la técnica de relajación. Se presenta información básica sobre la respiración profunda y de los beneficios que se obtiene para disminuir la ansiedad.	
Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.	Entrenamiento en Respiración Profunda	Se presenta la técnica mediante un video los pasos que deberá realizar. Luego, se pide a la paciente sentarse cómodamente para seguir las indicaciones correspondientes. Se practica en conjunto con la paciente unas 2 veces el ejercicio. Recurso: video de YouTube	Repetir los ejercicios 3 veces al día
Lograr mantener el control de su respiración a través de la técnica aprendida para que pueda ejercerlo en momentos	Retroalimentación	Se pide a la paciente el desarrollo de la técnica siguiendo las instrucciones previo al ejemplo anterior.  Luego se enfatiza utilizar la técnica en situaciones de especial tensión.	Se fomenta la práctica de la respiración profunda en casa a través de autorregistros, colocando el SUD antes y después de realizar la

---



donde  
experimente  
ansiedad.

técnica.

**Tabla 11**

*Sesiones 12, 13 y 14*

Objetivo	Actividad- Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Brindar información acerca de la relajación progresiva de Jacobson	Psicoeducación	Se presento información a través de diapositivas sobre la relajación progresiva de Jacobson, sus ventajas a nivel fisiológico y emocional.	Realizar una lista sobre las respuestas fisiológicas que experimenta
Disminuir los síntomas físicos de la ansiedad.	Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson (2 sesiones)	<p>Entrenamiento en el reconocimiento de las partes de su cuerpo a través de la técnica de R.P.J.</p> <p>La terapeuta ejecuta paso a paso el procedimiento de la técnica mientras la paciente observa.</p> <p>Se realizó una sesión guiada de la relajación muscular progresiva con la paciente (para su mayor concentración se agrega música instrumental y una colchoneta)</p> <p>Recursos: Hojas bond impresas sobre el procedimiento de la técnica</p>	<p>Aplicar la técnica aprendida de la sesión 3 veces por semana durante un tiempo de 10 minutos.</p>

---

Se supervisó el procedimiento de la técnica que la paciente ejecuto para posibles correcciones. Se introduce el uso de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson	Registrar en su cuaderno de formal semanal la aplicación de la técnica R.P.J cada vez que lo haya realizado.
Retroalimentación acerca de la técnica aprendida en la sesión 12 y 13.	

---

**Tabla 12***Sesiones 15 y 16*

Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Psico educar acerca de la técnica de visualización	Técnica de visualización	Brindar información básica acerca de lo que es la visualización guiada y de cómo ayuda en gestionar los síntomas que padece.	Se dejó como tarea poner en práctica lo aprendido de la técnica en su casa.
Disminuir los síntomas emocionales de la ansiedad	Entrenamiento de la técnica de visualización	Se trabajo la técnica de respiración como retroalimentación previa a la ejecución de la visualización guiada.  Se le pidió a la paciente buscar la postura más cómoda posible (sentada o recostada en el mueble)  Se realiza un breve ejercicio de atención y concentración a través de la música instrumental manteniendo los ojos cerrados previo al desarrollo de la técnica de visualización para que logre evitar los sonidos externos como posibles distractores.  Se desarrolla la visualización guiada, para lo cual se pide a la paciente que cierre sus ojos y que trate de prestar	Se pide registrar el grado de satisfacción de la técnica aprendida en las sesiones en su cuaderno de trabajo

---

atención a la música de fondo (sonido de naturaleza), luego que poco a poco pueda ir trasladándose a un lugar especial (donde se siente tranquila y relajada)

Posteriormente se le fue guiando con preguntas y se pide que intercale con la respiración profunda para activar todos sus sentidos y pueda disminuir algún malestar de tensión o ansiedad.

Luego se pide que poco a poco se reincorpore a la realidad (tiempo y lugar en el que se encuentra)

**Tabla 13**

*Sesiones 17, 18 y 19*

Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Desarrollar la comprensión y el análisis de cómo se comporta ante una determinada situación problemática.	Role - playing	Se explico brevemente en que consiste la técnica. Se brinda indicaciones para el cambio de rol (actuar en el lugar de otra persona) donde la terapeuta y la paciente ejecutaran un juego de roles (dramatización) donde se buscará desarrollar la comunicación asertiva, mejorar la toma de decisiones, la comprensión y búsqueda de soluciones frente a la problemática establecida.	
Desarrollar la comprensión y el análisis de cómo se comporta ante una determinada situación problemática.	Entrenamiento en higiene de sueño	Establecer un horario de sueño regular (es decir deberá acostarse y levantarse a una misma hora incluyendo los fines de semana) Se menciona que deberá incluir una rutina antes de irse a dormir, ejemplo: darse un baño de agua tibia antes de acostarse, haber cenado ligeramente, entre otros.	Elaborar un cronograma de sueño para incluir dentro del registro de actividades diarias.

Se le enseñó a ser constante en sus rutinas para lograr mantener un horario de sueño.

Posteriormente se pone énfasis en el uso adecuado de la cama (la cama solo se usa para dormir y tener relaciones sexuales, no para comer en la cama, ni ver series de Netflix en la cama o para leer novelas en la cama)

Se hizo mención acerca de bajar el ritmo de sus actividades durante las noches (no hacer trabajos extras durante las noches, evitar discusiones durante la noche, etc.) más bien realizar actividades tranquilas (yoga, meditación, etc.)

Organizar sus actividades diarias con sus compromisos y acuerdos

Programación de actividades

Repaso de sesión anterior

Se trabaja rutinas y hábitos saludables.

Se hizo mención acerca de la organización de actividades cotidianas y de la importancia que existe para su propio desarrollo personal y autocontrol de emociones.

Se elabora una lista de actividades agradables para realizar durante la semana.

---

Se dejó como tarea armar su cronograma de actividades cotidianos.

**Tabla 14***Sesiones 20, 21, 22 y 23*

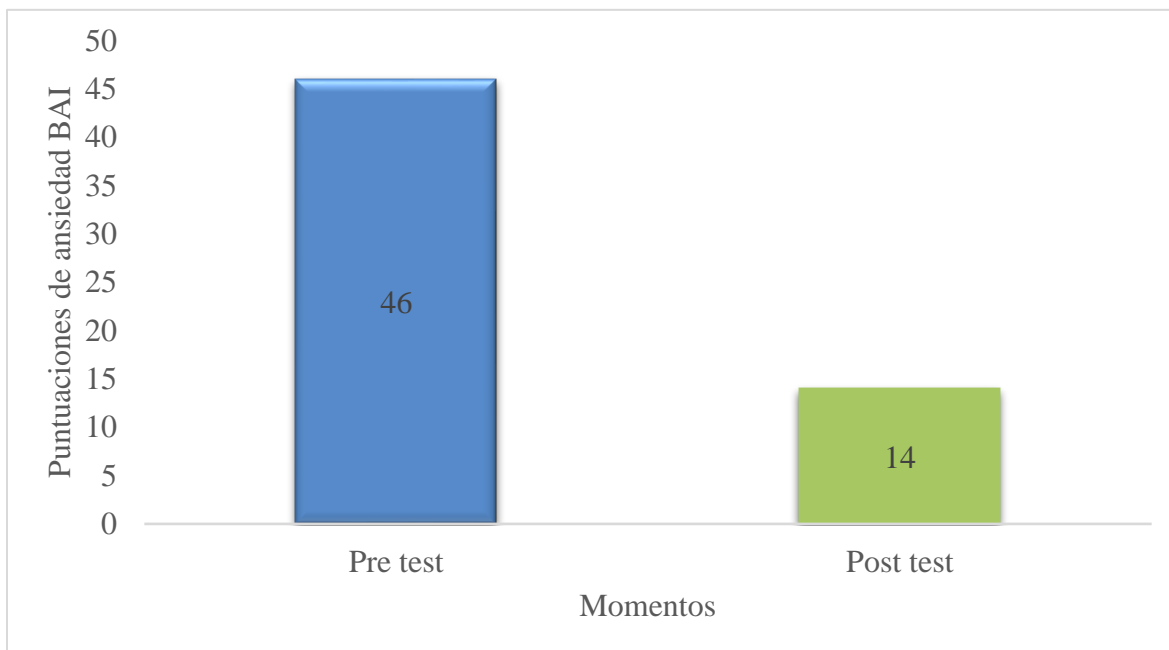
Objetivo	Actividad-Técnica	Desarrollo de la actividad	Tareas asignadas
Disminuir la evitación interpersonal	Estrategias interpersonales	Se revisa las tareas asignadas en sus sesiones anteriores para una retroalimentación.  Se conversa con la paciente acerca de sus relaciones interpersonales y de su importancia de mantener el vínculo social.  Se realiza un seguimiento en base a las necesidades de la paciente como una forma de facilitar la toma de decisiones como parte del entrenamiento en habilidades sociales, comunicación y confianza en sí misma.	
Mejorar las relaciones interpersonales	Entrenamiento en comunicación asertiva	Se brinda información sobre la comunicación asertiva.  Se trabaja con la paciente situaciones donde deberá emplear el escucha activa y comunicación asertiva.	
Realizar el seguimiento del estado emocional de la paciente	Psicoeducación	Evaluar y comentar acerca del estado actual de la paciente. Supervisar el uso de las técnicas aprendidas en el proceso de su tratamiento. Trabajar con la paciente el manejo de posibles recaídas. Comprobar la evolución del tratamiento a través de aplicación de pruebas psicológicas. Se programo una próxima sesión para después de 1 mes.	

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Análisis de resultados.

##### Figura 1

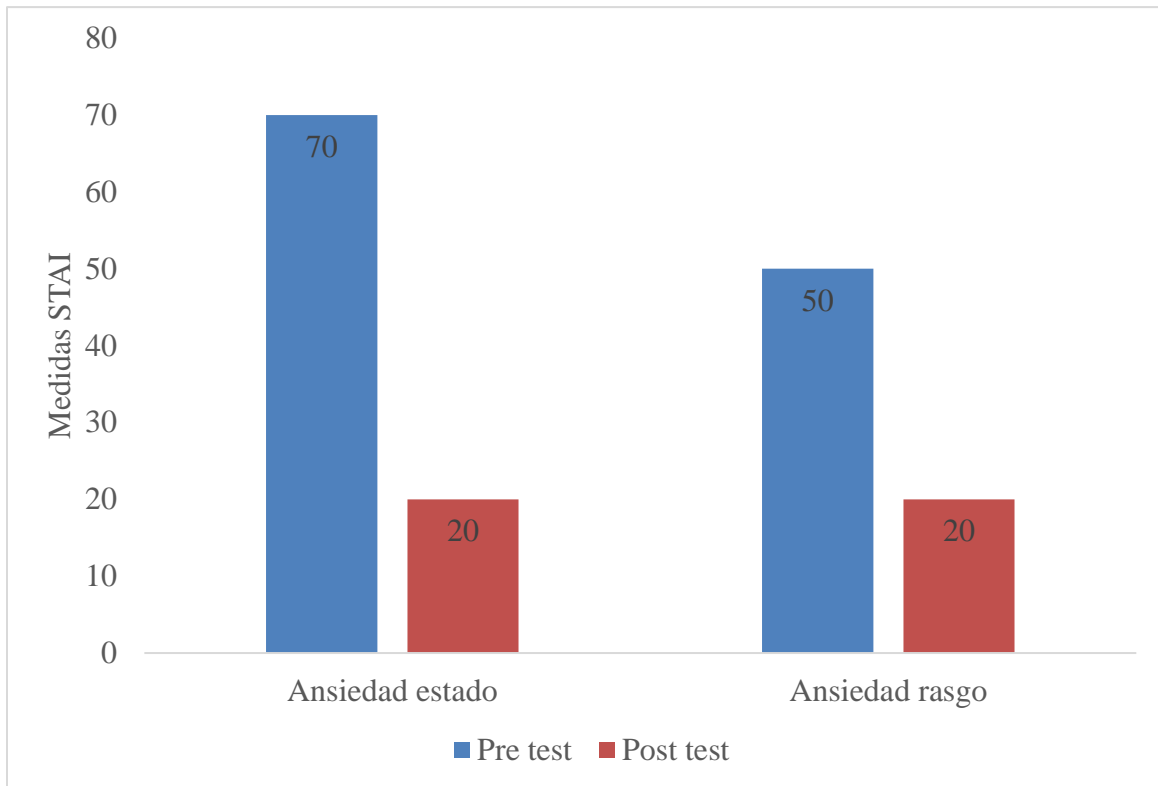
*Resultado comparativo del cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)*



Nota: En la Figura 1 se hizo notoria la disminución de puntuaciones en el Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI) en momentos pre y post test, pasando de un puntaje inicial de 46 puntos a uno final de 14 puntos. Esta disminución de puntuaciones representó mejoras en la ansiedad de la paciente.

**Figura 2**

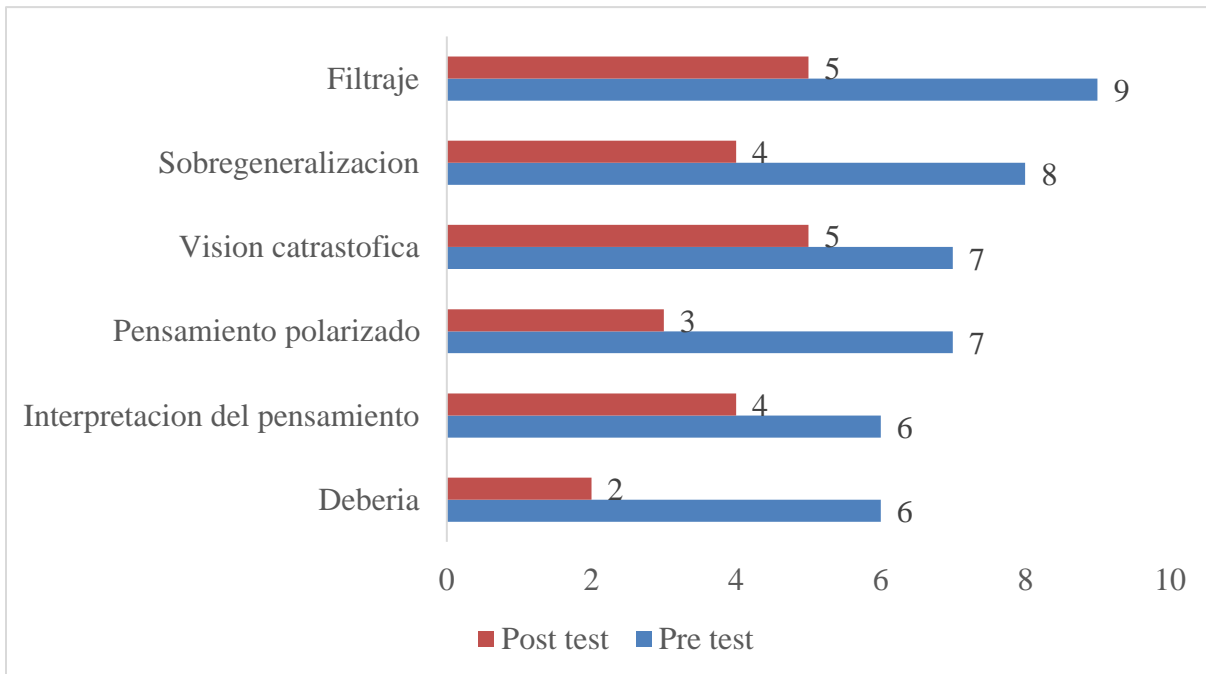
*Nivel de Ansiedad Estado – Rasgo pre y post tratamiento*



Nota: En la figura 2 se observa en el mismo sentido, se percibieron diferencias en las medidas de ansiedad estado y rasgo del STAI. Las medidas de ansiedad estado pasaron de 70 a 20 puntos, mientras que, las de rasgo, de 50 a 20 puntos, durante el pre y post test, demostrando la efectividad del programa de intervención en la paciente.

### Figura 3

*Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck en pre- test y post-test*

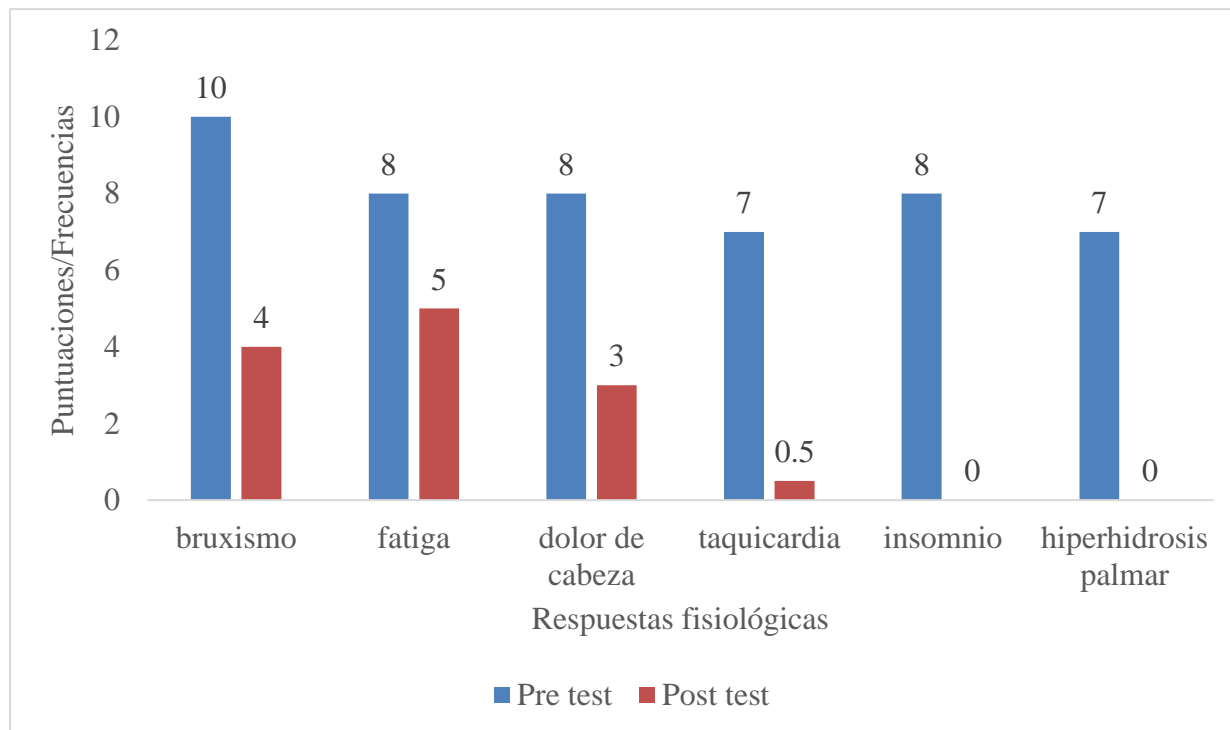


Nota: En la figura 3 conforme a los resultados presentados en la Figura 3, derivados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Beck en momentos pre y post test, se hizo notoria la reducción de la presencia de los pensamientos. En caso del filtraje, el puntaje pasó de 9 a 5 puntos, mientras que en sobregeneralización, de 8 a 4. Así también pasó de 7 a 5 puntos en visión catastrófica y de 7 a 3 en pensamiento polarizado. Finalmente, el puntaje pasó de 6 a 4 puntos en interpretación del pensamiento mientras que de 6 a 2 puntos en los debería. Los resultados respaldaron la efectividad del programa en función de la disminución de tales pensamientos.



## Figura 4

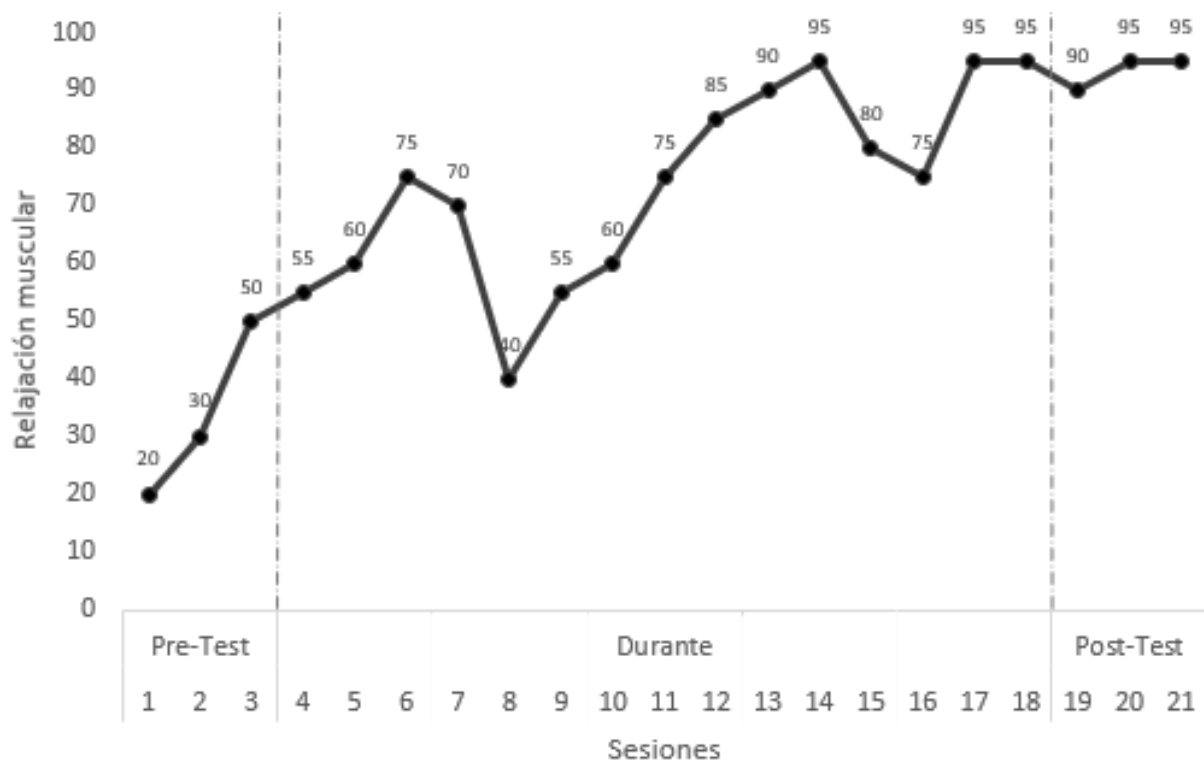
*Registro de SUD de respuestas fisiológicas antes y después del tratamiento*



Nota: En la figura 4 fue también evidenciada una reducción de la frecuencia de las respuestas fisiológicas emitidas por la paciente después del tratamiento. Tal es el caso que respuestas como el insomnio e hiperhidrosis palmar desaparecieron luego de haber estado en una frecuencia de 8 y 7 puntos. Otras respuestas como el bruxismo, la fatiga, el dolor de cabeza y la taquicardia disminuyeron de 10, 8, 8 y 7 puntos a 4, 5, 3 y 0.5 puntos, respectivamente, demostrando la efectividad del programa durante el proceso.

**Figura 5**

*Registro semanal de relajación muscular progresiva de Jacobson Pre, durante tratamiento y post tratamiento*



Nota: Como se observa en la Figura 5, las medidas de relajación muscular fueron incrementando a partir de la aplicación del programa de intervención, pasando de una medida inicial de 20 puntos a una final de 95 a lo largo del desarrollo de las sesiones ejecutadas. Este resultado se suma a los anteriores como evidencia de la efectividad de la intervención realizada en la paciente.

### **3.2      Discusión de Resultados**

El propósito principal de este estudio de caso fue abordar y reducir los síntomas de la ansiedad generalizada al modificar los patrones distorsionados de pensamiento en una paciente joven a través de un programa basado en enfoques cognitivo-conductuales. La aplicación de técnicas cognitivas, inspiradas en la terapia cognitiva de Beck, facilitó la reestructuración de los pensamientos distorsionados de la paciente, lo que, a su vez, contribuyó a la disminución de los síntomas de ansiedad en ella. Este enfoque logró la modificación de los pensamientos desadaptativos y los síntomas de ansiedad, respaldando hallazgos previos de Maravi (2020) y Zegarra (2019), quienes también habían demostrado la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad generalizada. Este enfoque ayuda a mejorar el bienestar emocional, fisiológico y conductual de los pacientes al permitirles abordar los pensamientos distorsionados que les causan malestar y, en última instancia, les facilita su funcionamiento en la vida cotidiana. Además, hallazgos internacionales, como los de Reyes (2021) y Pabuena (2019), respaldan la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales al reducir la sintomatología y contribuir a cambios en el sistema de creencias y el control emocional.

Respecto al objetivo específico que fue disminuir los pensamientos distorsionados que causan malestar y modificarlos por otros más adaptativos, nuestros resultados demuestran que la paciente logró incorporar pensamientos más adaptativos en relación a sus pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva, estos resultados son similares a los descritos por Vega (2017) quien aplicó la técnica de reestructuración cognitiva logrando modificar los pensamientos distorsionados que causan malestar en la paciente. De la misma manera encontramos en estudios internacionales como el de Pabuena (2019) donde la paciente logró identificar como los pensamientos eran generadores de malestar emocional y alterar sus conductas, lo cual le

permitió aumentar el repertorio de creencias adaptativas, brindando de esta manera habilidades de control emocional que le permitan resolver de manera eficaz e independiente futuros problemas.

En relación al segundo objetivo fue disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada a través de técnicas de relajación, nuestros resultados señalan que si se disminuyó los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del uso de la técnica de la respiración profunda y relajación de Jacobson, estos resultados son similares a los descritos por Maravi (2020) y Espinoza (2019) quienes aplicaron las técnicas de respiración y relajación de Jacobson y tuvo como resultado la disminución de los síntomas de la ansiedad generalizada en la paciente.

Estos resultados se deberían al orden establecido en primer lugar por los pensamientos seguido de las respuestas fisiológicas y posteriormente las conductas. Así como menciona Clark y Beck (2012) sobre como cuestionar los pensamientos distorsionados ayudan a modificar la evitación de la catástrofe y aumenta el nivel de confianza para el manejo de determinadas respuestas emocionales y conductuales.

Finalmente, podemos deducir que el orden establecido dentro del programa de intervención tuvo un impacto significativo para mejorar el estado emocional, fisiológico y conductual en una paciente joven con trastorno de ansiedad generalizada.

### **3.3 Seguimiento**

Después del segundo mes del término del proceso terapéutico, la paciente manifestó que sentía mejor con respecto a sus síntomas ansiosos, de la misma manera refirió que estuvo usando las diversas técnicas que la psicóloga le enseñó, las cuales le ayudaban a reestructurar sus pensamientos intrusivos, esto le permitía tener mayor tranquilidad y una mejor percepción del entorno para poder afrontar los problemas que podían presentarse en el momento.

En la última consulta, informó que empezó a llevar cursos de actualización referente a su carrera, esto le permitía concentrarse en su desarrollo profesional; así mismo, empezó a realizar actividades diarias con serenidad, enfocándose en organizar su tiempo y en tomar mejores decisiones. De igual manera empezó a salir con mayor frecuencia y entablar comunicación con sus amigos de universidad.

Finalmente, se propuso realizar una sesión dentro de 3 meses para una última sesión de seguimiento.

#### IV. CONCLUSIONES

- 4.1 El programa de intervención bajo el modelo cognitivo conductual tuvo un impacto significativo en la disminución de los pensamientos distorsionados y reducción de sintomatología ansiógena en la paciente.
- 4.2 Los factores que intervinieron para que este programa pueda ser efectivo fue debido a que la paciente mostraba interés en su tratamiento, cumplía con las tareas asignadas y estuvo apoyándose con la intervención de un segundo especialista como la psiquiatra.
- 4.3 Dentro de los resultados obtenidos se pudo observar mayor eficacia en la reestructuración cognitiva: los pensamientos distorsionados que se redujeron con mayor eficacia fueron visión catastrófica e interpretación del pensamiento (71.4% y 66.6%); esto se debe a que la paciente pudo aprender a identificar las distorsiones cognitivas bajo el registro semanal que anotaba en su cuaderno de trabajo, como también lograr aplicar el debate socrático para la formulación de nuevos pensamientos funcionales.
- 4.4 También otro de los resultados obtenidos fue la disminución de las respuestas fisiológicas a un 69.6%, esto se debe a que la paciente constantemente trataba de aplicar las técnicas de relajación incluso cuando no entraba en crisis. Así mismo, el adquirir el conocimiento previo de las técnicas pudo facilitar a la ejecución de la misma.
- 4.5 Sin embargo, no se pudo evidenciar una mejoría en sus habilidades sociales debido a que la paciente tomó mayor importancia a sus síntomas ansiógenos y pensamientos negativos que afectaban su estado emocional y conductual, dejando de lado las relaciones interpersonales, por lo que no se pudo brindar las sesiones necesarias para el desarrollo de la misma.

## V. RECOMENDACIONES

- 5.1 El aplicar programas de intervención cognitivo conductual de manera específica a un tipo de pensamiento o conducta da mejores resultados.
- 5.2 Buscar el apoyo multidisciplinario como parte inicial del tratamiento en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.
- 5.3 Priorizar técnicas de reestructuración cognitiva, en la aplicación de programas cognitivo conductuales en ansiedad generalizada dado los buenos resultados.
- 5.4 Aplicar técnicas de relajación incluso cuando la paciente no presente sintomatología ansiógena para su mayor eficacia.
- 5.5 Brindar el número de sesiones pertinentes y psicoeducación respectiva al aplicar técnicas de desarrollo de habilidades sociales para mejores resultados en comparación con la ya obtenida en este programa de intervención.

## REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios del DSM-5*.  
Arlington.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Barlow, D., & Brown, T. (1992). *Behavioral treatment of generalized anxiety disorder*. Behavior Therapy.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Descleé de Brouwer.

Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2ª ed.). Bilbao: Descleé.

Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Descleé de Brouwer.

Díaz, B. (2013). *Control de respuestas emocionales: Investigaciones y aplicaciones (memoria de doctorado)*. Universidad Complutense de Madrid.

Espinoza, G. (2019). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual* [Tesis de Licenciada. Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la USMP.

[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5873/ESPINOZA\\_R\\_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5873/ESPINOZA_R_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

García-Herrera, J., & Noguera, E. (2013). *Guías de autoayuda. ¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada? Servicio Andaluz de Salud*.



<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

García, S., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). *Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada*. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.

<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/258946/346241>

González, R., Valle, A., Arce, R., & Fariña, F. (2010). *Calidad de Vida, Bienestar y Salud*. Santiago de Compostela.

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill / Interamericana.

Maravi, A. (2020). Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada. Universidad Nacional Federico Villarreal.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4492>

Ministerio de Salud (MINSA) (2012). Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida. (s/f). *Gob.pe*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34796-mas-de-11-millones-de-peruanos>

Montorio, I., Izal, M., & Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. En V. Caballo, I., Salazar y J. A. Carroble (Eds.) *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide

Nizama, A (2021). *Covid- 19 en el Perú: aumentan casos de ansiedad y depresión*. UniversidadSan Ignacio de Loyola.

<https://www.usil.edu.pe/noticias/covid-19-en-el-peru-aumentan-casos-de-ansiedad-y- depresion>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Médica Panamericana.

Pabuena (2019). *Evaluación e intervención clínica de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual* [Tesis de Segunda Especialidad.

Universidad Pontificia Bolivariana] Repositorio institucional de la UPB.  
[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital\\_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Piqueras, J. A., Martínez, A. E., Ramos-Linares, V., Rivero, R., García, L. J., & Oblitas, L. A. (2008). *Ansiedad, depresión y salud*. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.

<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>

Reyes, E. (2021). *Ansiedad generalizada y su incidencia en las relaciones interpersonales, en una mujer de 23 años de la ciudad de Quevedo – provincia de los ríos* [Tesis de grado.

Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio Institucional de la UTB.  
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10015>

Reyes, A. (2004). *Trastorno de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. BVS.

Rojas, P. (2021). *Estudio de caso clínico: trastorno generalizado de ansiedad* [Tesis de Licenciatura. Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional de la UNIFÉ.

<https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/811/PATRICI>

[A%20MAR%C3%8DA%20ROJAS%20SAN%20CRISTOVAL\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Rodríguez, S. (2017). *Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos* [Tesis doctoral, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la ULL. <https://portalciencia.ull.es/documentos/5e3170372999523690ffe6f2>

Ruiz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.

<https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitivo-conductuales.pdf>

Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan y Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21, 19-28.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Revista iberoamericana de psicología*, 110, 62-69

Vega, J. (2017) *Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva* [Tesis de grado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la USMP.

<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5873>

Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de SaludLas*

*Dunas-Surco* [Tesis de Maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos].  
Repositorio Institucional de la UNMSM.

<https://hdl.handle.net/20.500.12672/618>

Velázquez, M., Martínez, M. P., Martínez, M., & Padrós, F. (2016) Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de psicología–GEPU*, 7(2)

<https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=googlescholar&id=GALE|A553280294&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=f089c018>

Vizcarra, C. (2018) *Caso clínico: trastorno de ansiedad generalizada* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa] Repositorio Institucional de la UNSA.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8932>

Zegarra M. (2019) *Terapia cognitiva conductual en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4541>

Zapata, A. (2020). Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado. Universidad de Lima.

<https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11325>

## VI. Anexos

### *Anexo A: Registro de frecuencia de pensamientos de la paciente antes de iniciar la intervención*

Pensamientos	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
“me voy a enfermar y nunca podre estar sana”	1	2	4	2	3	1	1
“y si en vez de mejorar empeoro”	3	2	2	3	1	1	1
“no puedo controlar mis pensamientos”	4	2	2	4	2	2	1
“siempre paro sola, nadie quiere acercarse a mi”	1	2	1	1	2	2	2
“tengo miedo de no poder dormir”	4	3		3	1	1	4
“soy una carga para mi familia”	3			3	1	2	3
“soy fea y aburrida por eso no tengo amigos”	2	1	1	1	3	2	1
“y si nadie me puede ayudar”	4	4	3	4	4	4	4
“siempre me enfermo”	2	2	3	3	3	2	2
“me da miedo el futuro, no creo	1	1	1	3	3	1	

poder enfrentarlo”							
“estoy muy ansiosa”	3	2	2	3	3	2	
“debería estar avanzando mis proyectos para demostrar que soy responsable”	4	3		3	1	1	4

Registro semanal de intensidad de emociones de la paciente antes al iniciar el tratamiento

Conducta / Problema	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
Ansiedad (0/10)	9	8	9	9	10	7	8
Preocupación (0/10)	10	9	8	9	7	9	8
Miedo (0/10)	9	7	7	9	9	9	8
Tensión (0/10)	9	8	6	7	8	5	8
Frustración (0/10)	6	7	8	7	6	8	8
Tristeza (0/10)	5	6	6	7	7	7	5

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	1 Levemente	2 Moderadamente	3 Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total = 46

## INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE Maggi EDAD 26 SEXO \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

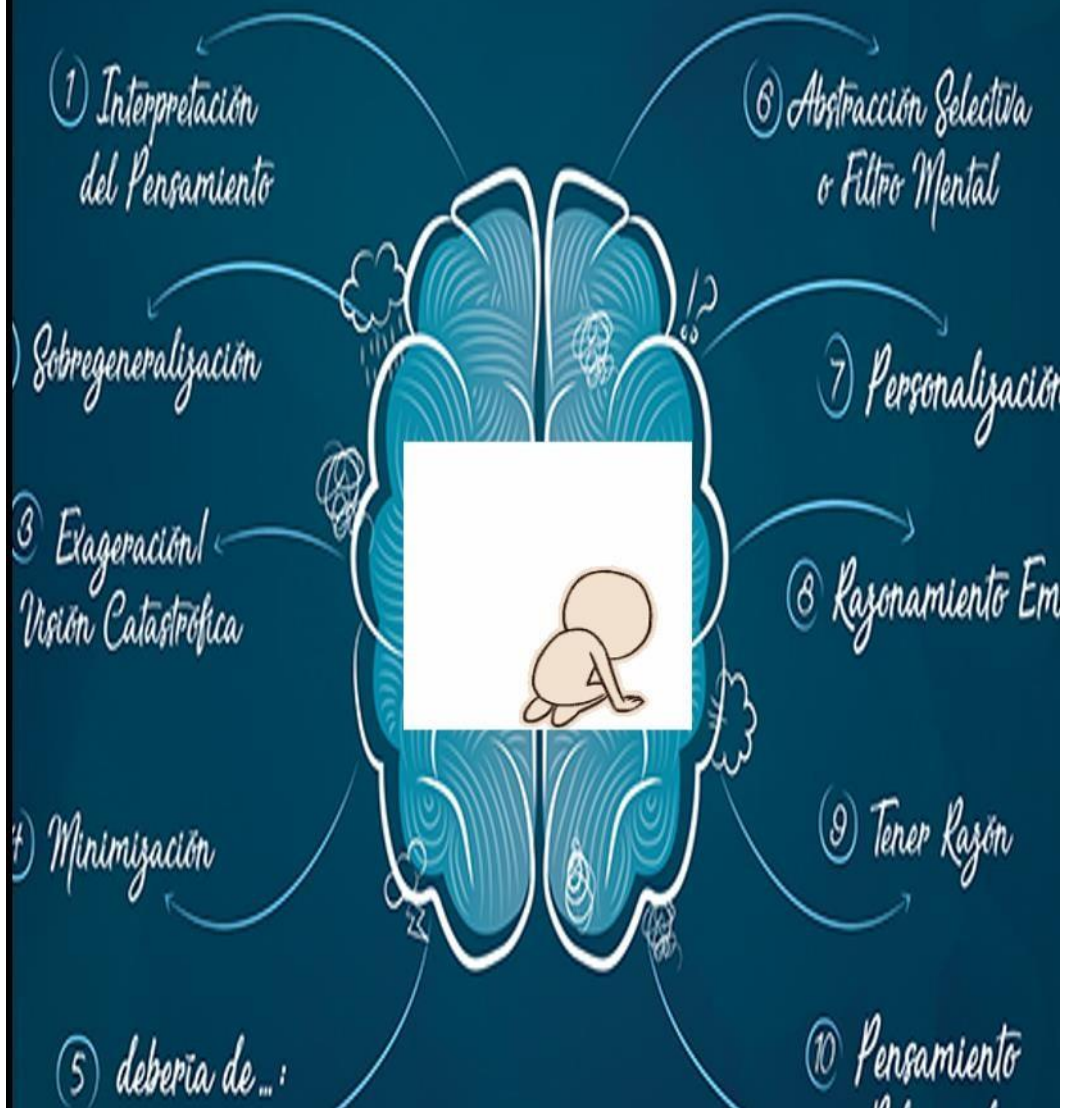
**INSTRUCCIONES:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana**, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada- mente	Severa- mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	<u>X</u>	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	<u>X</u>	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	<u>X</u>	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	<u>X</u>	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	<u>X</u>	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	<u>X</u>	_____	_____
8. Inseguridad	_____	<u>X</u>	_____	_____
9. Terror	_____	<u>X</u>	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	<u>X</u>	_____	_____
11. Sensación de ahogo	<u>X</u>	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	<u>X</u>	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	<u>X</u>	_____	_____
14. Miedo a perder el control	<u>X</u>	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	<u>X</u>	_____
16. Miedo a morir	_____	<u>X</u>	_____	_____
17. Asustado	_____	<u>X</u>	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	<u>X</u>	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	<u>X</u>	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	<u>X</u>	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	<u>X</u>	_____	_____

*Puntaje = 14*

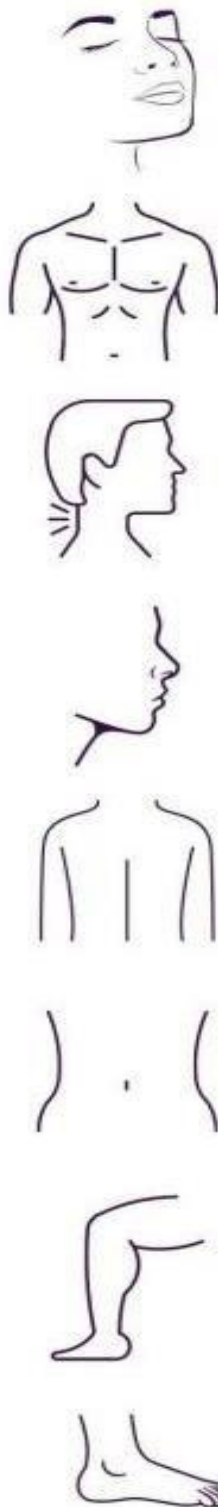


# PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS



# RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JAKOBSON

Para la ansiedad y el estrés



## 1 COMIENZA A RELAJARTE

Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen. Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.

## 2 BRAZOS Y PECHO

Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.

## 3 FRENTE Y CUELLO

Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.

## 4 CARA

Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.

## 5 ESPALDA

Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.

## 6 ABDOMEN Y ESPALDA

Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible. mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.

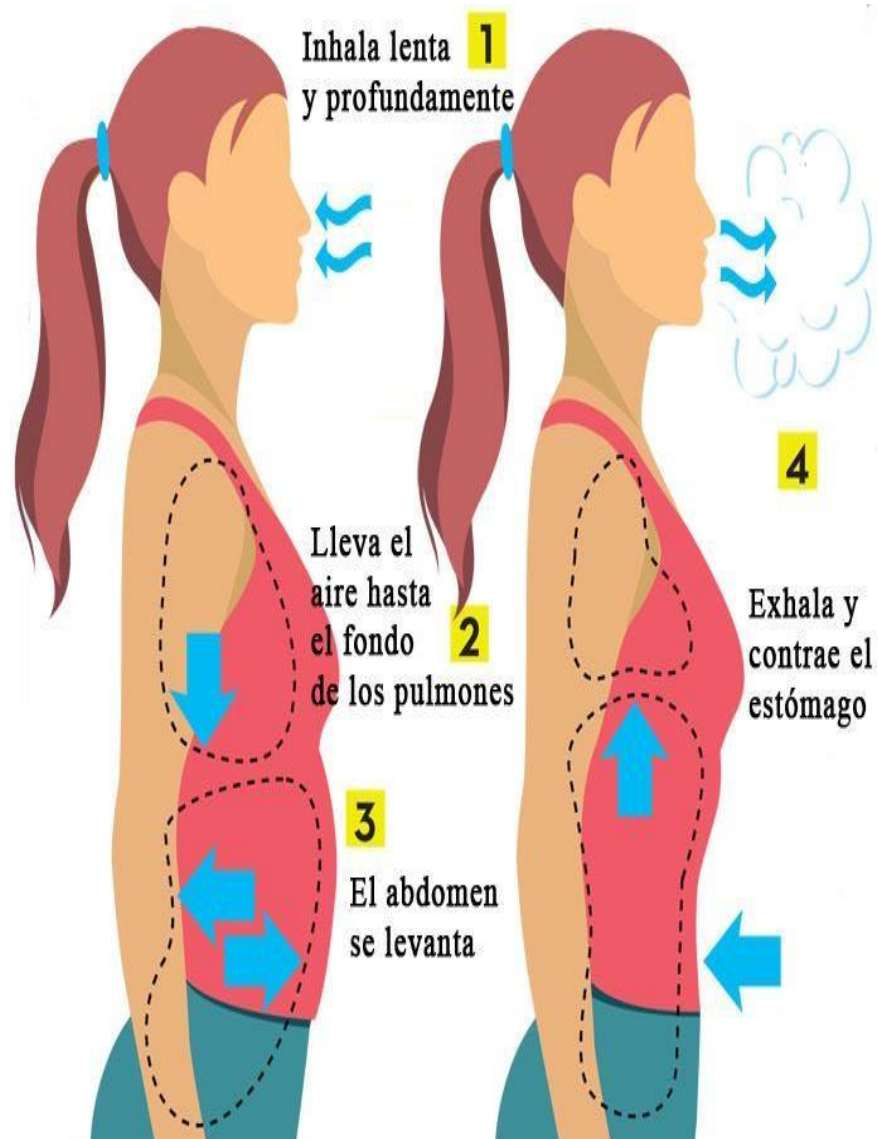
## 7 PIERNAS Y PIES

Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.

## 8 PIERNAS Y PIES

Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.

# Práctica de Respiración Profunda



## Registro de la Respiración Profunda

DÍA/ HORA	FACILIDAD PARA RESPIRAR (0-10)	CONCENTRACION DEL EJERCICIO (0-10)	RELAJACION (0-10)
MARTES 1:30 PM	9	9	8
MIÉRCOLES 11:05AM	7	7	7
JUEVES 8:30AM	8	9	8
SÁBADO 12PM	8	8	8