



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN PACIENTE DE 20 AÑOS CON TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional
En Terapia Cognitivo Conductual

AUTORA:

ZEGARRA RODRÍGUEZ, MARÍA JULIA

ASESOR:

TACSA PAMPAS, PABLO CÉSAR

JURADO:

AGUIRRE MORALES, MARIVEL TERESA

CIRILO ACERO, INGRID BELU

ROCA PAUCARPOMA, FAVIO JAVIER

**Lima- Perú
2019**

“No nos afecta lo que nos sucede, sino lo que nos decimos acerca de lo que nos sucede”.

Epícteto.

“Habla y actúa con mente impura y los problemas te seguirán como sigue la carreta al buey ensimismado. Somos los que pensamos. Todo lo que somos surge con nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos construimos el mundo. Somos lo que pensamos todo lo que somos surge de nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos construimos el mundo. Habla y actúa con mente pura y la felicidad te seguirá como tú misma sombra inseparable”

Dhammapada de Buda (Siglo VI A. J.C:)

“El sabio puede cambiar de opinión. El Necio, nunca”

Kant

Dedicatoria

A Dios, mis padres y hermanos

Agradecimiento

A todos los que me ayudaron al desenvolvimiento del proyecto, en especial a mis profesores por sus valiosos conocimientos y contribuciones.

Índice

Pensamiento	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	9
1.1 Descripción del Problema	11
1.2 Antecedentes	17
1.2.1 Antecedentes Nacionales	17
1.2.2 Antecedentes Internacionales	19
1.2.3 Bases Teóricas Científica De La Terapia Cognitivo Conductual	21
1.2.4 Definición de la Terapia Cognitivo Conductual	23
1.3 Objetivos	33
1.3.1 Objetivo General	33
1.3.2 Objetivos Específicos	34
1.4 Justificación e Importancia	34
1.5 Impactos esperados del Trabajo Académico	35
II. Metodología	36
2.1 Tipo de Investigación	36
2.2 Evaluación Psicológica	37
2.3 Informe De Cada Uno De Los Instrumentos Aplicados	40
2.4 Informe Psicológico	44
III. Viabilidad del Proyecto	49
IV. Productos	50
V. Conclusiones	78
VI. Recomendaciones	79
VII. Referencias	80
VIII. Anexos	87

Índice de Tablas

Tabla 1 Criterios para el diagnóstico de ansiedad	14
Tabla 2 La idea básica de esta terapia puede expresarse de la siguiente manera	24
Tabla 3 Estructura de una sesión terapéutica cognitiva estándar	26
Tabla 4 El estilo terapéutico adoptado por los terapeutas cognitivos	27
Tabla 5 Resultados Test De Personalidad de Eysenck	40
Tabla 6 Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos	41
Tabla 7 Resultados del Inventario Registro de Preocupaciones	42
Tabla 8 Resultados del Inventario Multiaxial Clínico de Millón	43
Tabla 9 Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con el problema de la ansiedad generalizada	47
Tabla 10 Datos de las distintas áreas de la vida del paciente	50
Tabla 11 Análisis Funcional de la Conducta	52
Tabla 12 Registro de pensamientos del paciente, línea base	54
Tabla 13 Línea Base Registro de frecuencia e intensidad (1-10) de sentimientos del paciente	55
Tabla 14 Línea base Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema	56
Tabla 15 Resultado del Pre- test y post-test	68
Tabla 16 Registro de pensamientos del paciente, pre y post test (tres meses)	69
Tabla 17 Registro de sentimientos del paciente frecuencia e intensidad (1-10) (tres meses)	71
Tabla 18 Registro de frecuencia y duración de conductas problema pre y post test (tres meses)	73

Terapia Cognitiva Conductual en un Paciente de 20 años con Ansiedad Generalizada

Zegarra Rodríguez, María Julia

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

En el presente estudio de caso clínico se describe el tratamiento y evolución de un joven de 20 años de edad quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG), estado persistente de preocupación excesiva y generalizada que va acompañada de síntomas físicos que le originan angustia y un deterioro significativo en su funcionamiento o vida diaria.

Se procedió a realizar la historia clínica psicológica reuniendo el insumo necesario para explicar la conducta del joven en función del análisis topográfico y funcional para determinar así el plan de tratamiento. El programa de Tratamiento Cognitivo Conductual se inicia con el registro de frecuencia de las conductas y pensamientos, los mismos que recibieron psi coeducación, para que pueda manejar contingentemente sus pensamientos y conducta, a través de técnicas cognitivas conductuales, como son: Componente Cognitivo: Restructuración Cognitiva, Técnicas Auto instrucciones, Detención del Pensamiento, Técnica de Tres Columnas. Componente Fisiológico: entrenamiento en relajación, respiración, visualización, Técnicas de Biofeedback, tareas para casa. El tratamiento se realizó en 10 sesiones, en un periodo de 4 meses, aproximadamente 60 minutos por sesión. Los resultados mostraron una disminución de las conductas problemas, esto se evidencio en los registros semanales que realizo el paciente durante la intervención. Demostrándose que la Terapia Cognitivo Conductual aplicada al trastorno de ansiedad generalizada fue eficaz en el presente caso.

Palabra clave : terapia cognitivo conductual, ansiedad generalizada, caso clínico.

Cognitive Behavioral Therapy in a 20-year-old Patient with Generalized Anxiety

Zegarra Rodríguez, María Julia

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

In the present clinical case study, we describe the treatment and evolution of a 20-year-old man who presents generalized anxiety disorder (GAD), a persistent state of excessive and generalized worry that is accompanied by physical symptoms that cause him anguish. Significant impairment in functioning or daily life the psychological clinical history was collected, gathering the necessary input to explain the young person's behavior based on the topographic and functional analysis to determine the treatment plan. The treatment program begins with the frequency register of the behaviors and thoughts, the same ones that received psi coeducation, so that they can contingently manage their thoughts and behavior, through cognitive behavioral techniques, such as: Cognitive Component: Cognitive Restructuring, Techniques Instructional self, Detention of Thought, Technique of Three Columns. Physiological Component: Training in Relaxation, Systematic Desensitization, Biofeedback Techniques, the treatment was performed in 10 sessions, in a period of 4 months, approximately 60 minutes per session. The results showed a decrease in the problem behaviors, this was evidenced in the weekly records that the patient performed during the intervention. Demonstrating that Behavioral Cognitive Therapy applied to generalized anxiety disorder is effective.

Keyword: cognitive behavioral therapy, generalized anxiety, clinical case.

I. Introducción

En nuestra vida cotidiana, experimentamos cambios naturales en nuestro estado de ánimo debido a los problemas y/o tensiones diarias que se originan en nuestra vida cotidiana por diversos motivos como son problemas sociales, familiares, violencia familiar, económicos, laborales, que van a originar grados de ansiedad. La ansiedad es la más común y universal de las emociones; es sinónimo de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Para Ellis (2003), la ansiedad surge cuando el individuo desea algo y ve que es posible que no lo obtenga o cuando no lo desea y se da cuenta de que corre el peligro de tener que pasar por ello. Como refiere Ellis (2003) la ansiedad sana implica precaución y vigilancia, y preserva los daños potenciales, suele estar basada en miedos realistas o racionales y la ansiedad malsana o irrealista es producto de un pensamiento incorrecto y exagerado.

Según Davidson y Neale (1991) la Ansiedad es una estructura hipotética, ficción o estado inferido conveniente que media entre una situación amenazante y la conducta observada en un organismo.

Los Trastornos de ansiedad se caracterizan porque el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente; más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado, con un sentimiento de indefensión y, puede ocurrir un deterioro del funcionamiento psicosocial. El TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada ha sido considerado como “el trastorno básico de ansiedad (Orsillo y Roemer,2002). Su característica cardinal es la preocupación excesiva y generalizada la mayoría de los días durante un mínimo de seis meses,

en relación a diversos sucesos o actividades. Al individuo le es difícil controlar la preocupación esta se asocia a algunos de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013)

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) actualmente es la forma de psicoterapia más valida científicamente dentro de la mayoría de los trastornos psicopatológicos; Kaplan, H., Saddock, B. y Grebb, J. (1996) considera que la TCC se utiliza para explicar las intervenciones que tienen como fin disminuir el malestar psicológico y las conductas des adaptativas por medio de la modificación de los procesos cognitivos.

Los estudios sostienen que la intervención con La terapia Cognitiva Conductual es una terapia psicológica de corta duración una vez por semana como mínimo también se establece una serie de tareas que el paciente debe realizar en casa. Es una forma de entender como pensamos hacia nosotros mismos, hacia otras personas y hacia el mundo que nos rodea, y como esto afecta a nuestros pensamientos, sentimientos y conducta. Con la terapia cognitivo conductual se pretende dar las herramientas necesarias para hacer frente a las situaciones problemáticas de la vida diaria.

La APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006) ha reconocido a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad (Suinn, 1994-1995) como tratamientos con evidencia empírica para la intervención en TAG.

Precisamente para lograr los objetivos, el presente trabajo está estructurado de la siguiente manera:

El primer capítulo presenta el marco teórico que sostiene y fundamenta la propuesta. Se realiza una revisión conceptual de las variables de estudio como es el trastorno de ansiedad generalizada y la terapia cognitiva conductual.

En el segundo capítulo se encuentra la historia psicológica con los datos de filiación, problema actual, historia personal, familiar y diagnóstico psicológico del caso estudiado.

Luego, en el capítulo tres se encuentra el informe psicológico integrándolo con la historia clínica.

Para continuar con un cuarto capítulo donde se describe todo el procedimiento de la intervención, las técnicas cognitivo conductuales empleadas, la evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento y los resultados de la intervención.

Finalmente, en el quinto capítulo se realiza el análisis de los resultados del tratamiento. Arribando finalmente a las conclusiones y recomendaciones, como la bibliografía utilizada y los anexos respectivos.

1.1 Descripción del Problema

El Trastorno de Ansiedad Generalizada va interferir en la vida cotidiana de las personas ya que se trata de una tensión crónica aun cuando al parecer nada lo provoca. Esta preocupación excesiva se presenta casi a diario y se diagnostica cuando tiene una duración mínima de seis meses. La persona se preocupa por diferentes problemas al mismo tiempo, como por su salud de él y de su familia, sus estudios, trabajo, motivos económicos, su futuro, etc. La ansiedad y la preocupación son excesivas en intensidad, duración o frecuencia y le es difícil controlarlas.

En este Estudio de Caso Clínico se presenta un Paciente de 20 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, el cual está caracterizado por presencia de ansiedad persistente manifestada por malestar emocional, preocupación, tensión, temor, sentimientos de incapacidad y la presencia de síntomas fisiológicos como: tensión motora (dolor de cuello, hombros, temblores), hiperactividad autónoma (taquicardia, palpitaciones), expectativa aprensiva (miedo, preocupación) que le impide realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

Definición de Ansiedad

Según Barlow, (2000); el proceso de ansiedad empieza con ciertas señales, las cuales pueden no ser reconocidas conscientemente. Por ejemplo, puede tratarse de una situación relacionados con una experiencia traumática o puede tratarse de sensaciones somáticas. Los indicadores pueden ser numerosas o muy específicas dependiendo de la clase de ansiedad.

Según Navas, (1989), la ansiedad es un estado emocional o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas tales como palpitaciones, sudoración, perturbaciones respiratorias y tensión muscular.

Trastorno de Ansiedad

La ansiedad es considerada como un trastorno cuando se presenta en momentos inoportunos y es tan fuerte y duradera que obstaculiza la ejecución de las actividades normales de la persona es decir la persona ha desarrollado un trastorno de ansiedad.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los componentes nucleares del TAG son la ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y difíciles de controlar en relación a diversos motivos como la salud, la familia, los amigos, estudios, la economía, etc. Generalmente hay más de dos áreas de preocupación y que estas puedan ir cambiando. Que la preocupación y la ansiedad se consideren excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real de aquello que se teme. En cuanto a la persistencia, es muy frecuente que la preocupación y la ansiedad excesivas aparezcan varios días a la semana e incluso todos los días, y que puedan durar varias horas. Además, las personas afectadas perciben que les es muy difícil controlar sus preocupaciones y su ansiedad. (Bados,2015, p.19)

Características Clínicas Del Trastornos De Ansiedad Generalizada

Se considera los siguientes componentes principales dentro del TAG:

- Preocupaciones
- Ansiedad, reacciones somáticas
- Creencias sobre la utilidad de las preocupaciones
- Creencias de que las preocupaciones son incontrolables y peligrosas, y
- Empleo de estrategias defensivas dirigidas a prevenir la amenaza reducir la ansiedad. Tales como el control del pensamiento y las conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad.

Crterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad según el DSM V

Los Criterios diagnósticos del TAG han sufrido varios cambios través de las sucesivas ediciones del DSM. En su quinta edición, el DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) establece los criterios presentados en el siguiente cuadro

Tabla 1
Criterios para el diagnóstico de ansiedad

CRITERIO A	Debe haber ansiedad y preocupación excesiva desproporcionadas para las circunstancias actuales o anticipadas y persistentes (presente más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) sobre diversas áreas o circunstancias de la vida
CRITERIO B	A la persona le resulta difícil controlar la preocupación y que este no interfiera con las tareas que hace
CRITERIO C	La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes síntomas (basta con uno en niños): inquietud o tener los nervios de punta, cansarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. Algunos de estos síntomas deben haber sido persistente (presentes más de la mitad de los días durante los últimos 6 meses)
CRITERIO D	La ansiedad, la preocupación o los síntomas anteriores producen malestar significativo o deterioro del funcionamiento de la persona en áreas importantes.
CRITERIO E	El trastorno no es debido a los efectos directos de una droga, fármaco o enfermedad
CRITERIO F	El trastorno no se explica mejor por la ocurrencia de otro trastorno mental. Este sería el caso, por ejemplo, si la ansiedad y la preocupación estuvieran focalizadas en ser negativamente evaluado por otros, lo cual correspondería a un diagnóstico de fobia social.

Nota Resumen elaborado a partir de la quinta edición del Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013).

Propuesta de Solución:

Programa de Intervención Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitiva – conductual (TCC) describe las intervenciones que tienen como fin reducir el malestar psicológico y las conductas des adaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Kaplan et al. 1995).

Según el enfoque cognitivo conductual los síntomas son el resultado de aprendizajes mal adaptativos; por lo tanto, la terapia consiste en un reaprendizaje de las conductas adaptativas Lazarus, Vallejo, (1989).

La terapia cognitivo – conductual se fundamenta en la correspondencia existente entre: las cogniciones (lo que pensamos, los afectos (lo que sentimos), las conductas (lo que hacemos).

El vínculo existientemente entre las emociones y las cogniciones fue subrayado por Albert Ellis (1962) en la llamada terapia racional- emotiva. El modelo de Ellis plantea que la emoción y la conducta van a depender de la forma como vamos a interpretar los sucesos, más que lo que del acontecimiento o evento en sí. Según Ellis, el suceso activador depende de las creencias, lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales. Los pensamientos pueden ser racionales o irracionales, los pensamientos o creencias irracionales tienden a originar y mantener la condición emocional negativos.

El modelo de Beck refiere que la llamada triada cognitiva, los pensamientos des adaptativos respecto de uno mismo, del mundo y del futuro inducen distorsiones cognitivas que originan sentimientos negativos El modelo presta una atención particular a los llamados supuestos o esquemas nucleares esto es, a las creencias fijas que se desarrollaron y consolidaron durante el transcurso de la niñez y en relación con las cuales se evalúan los acontecimientos.

Cuando están activadas, estas creencias fijas desencadenan una serie de pensamientos automáticos.

El estudio de los esquemas cognitivos desarrollada por Young (1990), quien propone que los esquemas des adaptativos que cristalizaron durante la niñez desembocan en unas pautas contraproducentes de conducta, las cuales se repiten una y otra vez a lo largo de la vida. Los esquemas cognitivos des adaptativos estarían asociados a unos determinados estilos de educación por parte de los padres.

La Terapia Cognitivo Conductual se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que pensamos) y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar (Kendall, 1991).

La terapia Cognitiva – conductual se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias, y por identificar y modificar las distorsiones o los déficits que se producen durante el trascurso del procesamiento cognitivo. Stallard,(2015).

El objetivo de la TCC es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo, y mejorar el autocontrol en base a desarrollar unas habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. La TCC ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que pueden ser negativos además de sesgados y excesivamente autocríticos.

Modelo Cognitivo de la Ansiedad

El Modelo de ansiedad de Beck (1976) enfatiza el papel que juegan en los problemas de ansiedad, las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas. Mientras que en los

trastornos depresivos los esquemas y creencias nucleares negativas giran principalmente en torno a la derrota, pérdida, en los trastornos de ansiedad tiene que ver con amenaza o a un peligro.

La reacción de ansiedad se da desde las reacciones fisiológicas normales a reacciones exageradas ante un peligro percibido. Las distorsiones cognitivas que se originan en el procesamiento de los estímulos internos o externos, son las mismas que en la depresión, aunque con pensamientos automáticos diferentes. Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a: 1) Restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida (Beck, 2005; Beck, Emery, G., 1985).

Existen variaciones en las creencias nucleares y en las intermedias dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad y de la naturaleza del peligro o amenaza. En el trastorno de pánico, reacciones fisiológicas específicas que se producen ante determinadas situaciones o reacciones normales de ansiedad llevan a interpretaciones catastróficas (e.g. la falta de aire puede ser interpretado como signo de asfixia, la despersonalización como señal de locura, etc.).

12 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Vega, J. (2017), presento un estudio *de Caso Clínico: Tratamiento de un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva*. Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología, Universidad Particular San Martín de Porres. Los resultados

obtenidos en el proceso de intervención se pueden señalar que se lograron los siguientes objetivos: Lograr entender y adherir a su vida diaria el cuestionamiento y análisis de la validez empírica, funcional y lógica de sus pensamientos. Desarrollar habilidades para el manejo de la preocupación y ansiedad como la expresión repetida de la preocupación o la relajación progresiva Jacobson. Pudo comprender los mecanismos implicados tanto en la ansiedad como en la preocupación, desde el procesamiento de las señales de seguridad, la estimación de amenaza, vulnerabilidad percibida, entre otros. Logro recuperar muchas actividades que antes era capaz de hacer, devolviéndose su funcionalidad.

Ventura. (2009), *“Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo- conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del puesto de Salud Las Dunas- Surco”*, Tesis para optar grado académico de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud” Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo – Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada. Tuvo una duración de un mes se llevaron a cabo dos sesiones por semana. Participaron 30 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 a 60 años, con diagnostico ansiedad generalizada, las cuales fueron designadas a 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. El diseño metodológico fue cuasi experimental con mediciones pre test y post test. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el programa de intervención Grupal Cognitivo – Conductual logro disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

García, S. (2018), *“Efectividad de un Programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión del Hospital Arzobispo Loayza”* Tesis de Maestría en Terapia Cognitiva Conductual en Trastornos psicológicos y psiquiátricos, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, la Investigación se llevó a cabo con la finalidad de Determinar el efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con trastorno depresivo que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”. Para ello, se ejecutó un estudio con diseño cuasi experimental en 30 pacientes. La medición de la variable central se dio a través del test de Autoafirmaciones de Interacción Social (SISST)

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Padilla (2014), *“Tratamiento Cognitivo Conductual de un Adolescente de 12 años con trastorno de Ansiedad Generalizada”*, Revista de Psicología Clínica con Niños y adolescentes de España, El Objetivo es analizar los efectos de la aplicación de tratamiento cognitivo conductual dirigido a reducir el número de preocupaciones, disminuir la activación psicofisiológica y reducir las respuestas de escape. La Evaluación se realizó mediante entrevista semiestructurada de los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV) y la escala de Ansiedad y Depresión para Niños Revisada (RCADS). Se aplicó el tratamiento cognitivo conductual que incluía como componentes entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva. Exposición en imaginación y en vivo, y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron una mejoría en relación a las preocupaciones del paciente y a su nivel de activación psicofisiológica, y la eliminación de las respuestas de escape, según la evaluación pretest- postest y el análisis de los registros semanales durante la intervención. Este estudio aporta evidencias de la eficacia del tratamiento Cognitivo Conductual en un trastorno de ansiedad generalizada para adolescentes.

Sevilla, E. (2013), *“Estudio de caso: Terapia Cognitiva Conductual para trastorno de Ansiedad generalizada, Episodio depresivo Mayor y Trastorno de Personalidad Esquizoide”*, tesis de grado Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades Universidad San Francisco de Quito – Ecuador. El presente caso de estudio pretende demostrar la validez de la terapia Cognitivo conductual mediante la intervención de una paciente ecuatoriana de 24 años, quien presenta principalmente síntomas de estrés emocional severo, nerviosismo, agitación, profunda tristeza y perdida de interés y placer. La investigación se basa en el estudio de un caso de una paciente cuyo diagnóstico es en el Eje I Ansiedad generalizada y Episodio Depresivo mayor, en el Eje II Trastorno de Personalidad Esquizoide. Se optó por la terapia Cognitivo conductual con el propósito de reestructurar pensamientos disfuncionales, mejorar el estado de ánimo y moldear la conducta de manera asertiva. Se efectuaron 30 sesiones individuales de 60 minutos cada una, en la universidad san francisco de Quito. La metodología de esta investigación es cualitativa y se realizara mediante el análisis de los datos tomados de las pruebas psicométricas en aplicación pre y post intervención. Los resultados indicaron la remisión de síntomas de diagnóstico inicial. En cuanto a los rasgos caracterológicos del Trastorno de Personalidad Esquizoide, se observó adquisición de herramientas de interrelación social y u menor manejo de expresión emocional. Se concluye que la Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado eficacia en la remisión de síntomas de Ansiedad y Episodio Depresivo Mayor; además de brindar herramientas de soporte para manejar los rasgos de Personalidad Esquizoide.

Fernández, T., Calero. A., Santacruz J. (2014), *“Estudio de caso de Ansiedad Generalizada un problema de Asertividad: el Análisis Funcional como Herramienta Clave para fijar el Plan de Tratamiento”*. En el presente trabajo se describe el tratamiento y la evolución de una persona con ansiedad y déficit en asertividad. El Análisis funcional fue la herramienta para

determinar el plan de tratamiento. Se utilizaron las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, respiración abdominal, relajación progresiva y parada de pensamiento. El tratamiento consto de nueve sesiones en un periodo de dos meses y medio, con una duración aproximada de 60 minutos por sesión. El seguimiento tuvo lugar durante tres meses y medio. La ansiedad se evaluó en el pretratamiento, pos tratamiento y al finalizar el seguimiento. En los resultados se observa una mejoría significativa a corto y mediano plazo en todas las medidas realizadas. Se discute el plan de tratamiento y el uso de técnicas utilizadas en relación al análisis funcional y al planteamiento estratégico de los objetivos.

Morgan D. (2011) “*Estudio de Caso basado en la Terapia Cognitiva Conductual*”, tesis de grado presentada para la obtención de título en Psicología Clínica. Universidad San Francisco de Quito, Ecuador, estudio de caso basado en la terapia Cognitiva Conductual. El presente caso muestra a Mónica de 18 años quien tiene problemas relacionales debido a un patrón de pensamientos relacionados a la desconfianza en las personas y a un temor a ser lastimada, Esto género que Mónica tenga conductas como aislamiento social. La terapia Cognitiva Conductual trabaja a un nivel de cognición y modificación de creencias negativas. Dentro del tratamiento utilizado, se modificó conjuntamente con Mónica las creencias negativas frente a nuevas creencias positivas.

1.2.3 Bases Teóricas Científica De La Terapia Cognitivo Conductual

Origen De La Terapia Cognitiva

Las terapias cognitivas se inician con la estructuración de los enfoques de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de A. Ellis y la Terapia Cognitiva de A. Beck. Estos enfoques si bien aparecen en tiempos y contextos diferentes, tienen referentes comunes. Los dos autores tienen formación básica en psicodinámica.

Los principios más reconocidos serían sus orígenes filosóficos, en la filosofía estoica ya es conocida la célebre frase de Epíteto (siglo I a.C), en el Enquiridión, la que describe el espíritu cognitivo de estos modelos. Dijo Epíteto: “Los hombres no se trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas” (Manual de Epíteto). Bajo este aspecto es comprensible que las personas actuemos de manera diferente ante las mismas situaciones, es más nos dejamos afectar de manera diferente y en otras ocasiones de manera desajustada. También es reconocido el influjo de la filosofía existencialista y de la psicología conductual.

Las bases de la terapia cognitivo conductual los encontraremos en el condicionamiento clásico de Pavlov (1849-1936) y Watson (1878-1958), en condicionamiento operante de B.F. Skinner (1904-1990), la teoría del aprendizaje social de A. Bandura (1925) y en los dos modelos de la terapia cognitiva de Beck, A. (n. 1921) y la Terapia racional emotiva de Ellis, A. (1913- 2007).

En la actualidad, la terapia cognitiva ó terapia cognitivo-conductual, la practican en todo el mundo cientos de profesionales de la salud mental, y, según muestran docenas de estudios de resultados clínicos científicos, es un tratamiento eficaz para muchas formas de trastornos de ansiedad: un alto porcentaje de las personas con problemas de ansiedad que han seguido un curso de terapia cognitiva (por ejemplo entre 10 y 20 sesiones) han experimentado una importante reducción de su ansiedad, si bien solo una minoría (es decir, entre el veinticinco y el cuarenta por ciento) han quedado completamente libres de los síntomas. Esto es equivalente a lo mejor que la medicación sola, toda vez que un buen número de estudios la terapia cognitiva ha arrojado una mayor mejoría a largo plazo que la medicación sola. A causa de su eficacia comprobada, la terapia cognitiva conductual es recomendada actualmente por la American

Psychiatric Association, la American Psychological Association y el British National Health Service. (Clark,D. y Beck,A, 2012) pp.pp 21. A

1.2.4 Definición de la Terapia Cognitivo Conductual

La TCC es una forma estructurada de psicoterapia que resultado del enlace entre las técnicas de modificación de conducta “análisis conductual” y la terapia cognitiva, relacionada a modelos cognitivos de la psicopatología. El supuesto principal que apoya a la TCC es que los trastornos o problemas emocionales es la consecuencia de respuestas aprendidas y se pueden cambiar con un nuevo aprendizaje.

La TCC se fundamenta en que las intervenciones se basan en modelos teóricos comprobables, que relacionan la conducta y las emociones problemáticas con los procesos cognitivos. Según Spencer, (1994) la eficacia de la TCC para promover cambios en la forma de actuar y de sentir depende de modificar los procesos cognitivos.

Las diversas técnicas que se utilizan pueden ser de tipo conductual que tiene como fin disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento, también pueden ser cognitivas que directamente se dirigen a modificar las evaluaciones y patrones desde el pensamiento del individuo.

El termino cognitivo se refiere al acto de conocer o reconocer experiencias. La TCC es un tratamiento psicológico organizado, sistemático, que enseña a las personas a cambiar los pensamientos, creencias y actitudes disfuncionales que intervienen en los estados emocionales negativos, como por ejemplo la ansiedad o la depresión. “La idea básica de la terapia cognitiva es que la forma como pensamos influye en el modo como nos sentimos, por lo que el modificar nuestra manera de pensar puede modificar también nuestra manera de sentir” (Clark,D. y Beck, A., 2012, p.2

Tabla 2

La idea básica de esta terapia puede expresarse de la siguiente manera:

Situación, Acontecimiento	Pensamiento	Sensación
(desencadenante)	Percepción, interpretación	Tensos , ansiosos
Esperando una entrevista de trabajo (desencadenante)	“No tengo idea de lo que voy a decir, creen que soy un idiota”	Me siento nervioso, tenso, con cosquillas en el estómago.
Esperando una entrevista de trabajo (desencadenante)	“Estoy bien preparado para esta entrevista; seguro que daré una buena impresión”.	Me siento tranquilo, confiado, seguro.

La terapia cognitiva es una psicoterapia breve y sumamente estructurada que se centra en las experiencias cotidianas para enseñar a los individuos a cambiar sus pensamientos y creencias emocionales mediante una evaluación sistemática y planes de acción de carácter conductual con el objetivo de reducir estados desasosegantes tales como la ansiedad y la depresión. (Clark, Beck, A. 2012)

La Terapia Cognitivo Conductual para un trastorno de ansiedad suele constar de entre seis y veinte sesiones individuales, ofrecidas con frecuencia semanal al principio, que después se reducirán a sesiones bisemanales y mensuales. La Terapia tiene tres fases o etapas:

- **La Valoración.** Se realiza en la primera sesión en ocasiones se puede ampliar a dos, se focaliza en evaluar el origen del problema de ansiedad. El terapeuta formulara preguntas sobre la historia de su problema de ansiedad y la sintomatología, así como sus vivencias diarias c con estas como ha tratado de hacerle frente. La meta de la

evaluación es entender bien el origen de su ansiedad particular y realizar un plan de tratamiento que funcione bien.

- **La Intervención.** Es la parte central de la terapia cognitiva y consiste en identificar el pensamiento disfuncional que está originando ansiedad, así como en corregir estos pensamientos y ayudarle a descubrir una nueva visión sobre la ansiedad y a realizar planes de acción que cambien la manera de enfrentar los episodios de ansiedad.
- **La finalización.** Las últimas sesiones se centran en las habilidades necesarias para hacer frente a una ocasional reaparición de la ansiedad. Se refiere a la prevención de las recaídas, siendo el objetivo asegurarse de que la persona tiene capacidad suficiente para hacer frente a las futuras experiencias de ansiedad sin asistencia terapéutica.

Las sesiones de la terapia cognitiva siguen una estructura estándar, que se explica en la tabla II Aunque los terapeutas cognitivos difieren sobre la mayor o menor rigidez a seguir respecto a este formato de sesión casi todos sus elementos, por no decir la totalidad, suelen estar presentes durante la mayor parte de las sesiones para curar la ansiedad.

Tabla 3***Estructura de una sesión terapéutica cognitiva estándar***

Asunto de la Sesión	Descripción
Revisión semanal de la ansiedad	Al comienzo de cada sesión el cliente ofrece una breve descripción de cualquier experiencia ansiosa de la semana, así como una puntuación de la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad (5 / 10 minutos)
Fijar la agenda de la sesión	El terapeuta y el cliente fijan juntos una agenda de cuestiones para la sesión terapéutica (5 minutos)
Evaluar el plan de acción de la sesión anterior	Se tratan y evalúan los resultados del plan de acción de la última sesión, ¿Qué ha aprendido el cliente haciendo esta tarea entre sesiones\, ¿Cómo se puede incorporar esto en una estrategia para reducir la ansiedad? (10 minutos)
Principales temas de la sesión	La parte principal de la sesión se centra en identificar, evaluar y modificar pensamientos, creencias y conductas problemáticas específicas que mantienen la ansiedad (20 minutos)
Desarrollar un plan de acción	Se desarrolla un plan de acción que el cliente realiza en su casa entre sesiones. El plan de acción se basa en el resultado del tema de la sesión principal 10 minutos.
Resumen y comentario de la sesión	El cliente ofrece un resumen de los principales puntos de la sesión y un comentario sobre lo que más, o menos, le ha ayudado (5 minutos)

Nota Estructura de una sesión terapéutica cognitiva estándar Clark, D. y Beck, A. (2012) pp. 24

Además, los terapeutas cognitivos conductuales usan un estilo terapéutico para aprender a superar la ansiedad. Estas características se resumen en la tabla III. Dicho estilo terapéutico, junto con las características de una buena relación terapéutica (fiabilidad, confianza en la comprensión del terapeuta, atención y empatía demostradas, facilidad para sincerarse, garantía de confiabilidad), produce el entorno terapéutico ideal para el tratamiento tanto del miedo como de la ansiedad.

Tabla 4

El estilo terapéutico adoptado por los terapeutas cognitivos

Características	Explicación
Educación	El aprendizaje es una característica importante en la terapia cognitiva. El Terapeuta actúa como asesor, ofrece instrucciones sobre cómo aprender a superar la ansiedad.
Colaboración	El cliente tiene un rol activo en el proceso terapéutico. El terapeuta y el cliente elaboran los objetivos y trabajan juntos para encontrar las mejores estrategias cognitivas y conductuales para disminuir la ansiedad.
Cuestionamiento Socrático	El terapeuta cognitivo hace una secuencia de preguntas y después sintetiza las respuestas de los clientes para enfatizar como ciertos pensamientos, creencias, percepciones y conductas son causantes de la ansiedad y su alivio.
Descubrimiento guiado	El Terapeuta cognitivo se sirve de preguntas de sondeo para ayudar a los clientes a encontrar por si mismos los motivos profundos de su ansiedad y la mejor forma de superarla. El terapeuta evade decir directamente a los clientes que está mal o que hacer, por el contrario, utiliza un cuestionario sistemático para orientarlos hacia su propio “autodescubrimiento” cognitivo.

Empirismo Colaborativo	El cliente y el terapeuta realizan conjuntamente planes de acción o tareas conductuales que determinen las mejores estrategias para reducir el miedo y la ansiedad. Como ya se conoce, los cambios se realizan mejor a través de la experiencia.
---------------------------	--

Nota El estilo terapéutico adoptado por los terapeutas cognitivos (Clarck, D. y Beck, A. 2012, pp.25).

- **Estrategias de Intervención Cognitiva Conductual: Programa de Intervención**

Técnicas Cognitivas: Beck (2012), refiere que son un grupo de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático para identificar y cambiar pensamientos negativos. Las dos orientaciones primordiales son los auto registros y el descubrimiento guiado para la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias.

La Terapia Racional Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva suelen considerarse Terapias de Reestructuración Cognitiva, ya que su objetivo fundamental es eliminar los pensamientos negativos, sesgos cognitivos y creencias inadecuadas que están generando y manteniendo comportamientos desadaptados o malestar emocional. (Ruiz, Díaz y Villalobos (2012, p.414)

Entre las técnicas cognitivas específicas que se utilizan mediante el cuestionamiento socrático más habituales son: técnicas de retribución, técnicas de conceptualización alternativa, técnicas basadas en la imaginación.

Técnicas Conductuales: Es considerado por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) como una herramienta que permite al paciente realizar experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus creencias. El hecho de hacer cosas que antes no hacía, porque creía que no podía o no era competente, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta. (p.384). Entre estas técnicas se encuentran, la

programación de actividades, role playing, técnicas de afrontamiento como: la técnica de control de estímulo, relajación, exposición graduada, control de respiración, entrenamiento asertivo.

Técnicas Emotivas, Beck (2011) menciona algunas como la inducción de autocompasión, distracción externa, hablar en forma limitada de los sentimientos, inducción a la cólera controlada, evitar verbalizaciones internas catastróficas, análisis de responsabilidad.

Reestructuración Cognitiva, tiene como fin principal eliminar los pensamientos negativos, sesgos cognitivos y creencias inadecuadas que están originando y manteniendo comportamientos inadecuados o malestar emocional.

Clark y Beck (2012) señalan que la reestructuración cognitiva es el recurso terapéutico más importante de la terapia cognitiva para el TAG. El terapeuta cognitivo comienza a identificar los pensamientos y las creencias relacionadas con la amenaza y que están representados en el área de preocupación primaria. El terapeuta se apoya en las evidencias recogidas para indicar si la percepción de peligro es realista. Es importante reunir información en las que se evidencie que el cliente está exagerando el peligro cuando se preocupa que tratar de demostrarle que la amenaza de peligro que le preocupa nunca ocurrirá. Tras completar la fase o etapa de recogida de pruebas, se pide al cliente que genere una visión o pensamiento más objetiva sobre el resultado más realista y con mayor probabilidad. Después de la reestructuración es importante que se den tareas para casa.

Terapia de Solución de Problemas Se considera una intervención cognitiva conductual dirigida a incrementar la habilidad para solucionar problemas es decir para afrontar las experiencias estresantes y conseguir de este modo identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas (Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012). Los dos grandes objetivos del TSP son: 1) la adopción de una visión del mundo o una orientación adaptativa hacia los problemas de

la vida (es decir, desde un punto de vista real y optimista de su propia capacidad, eficiencia que acepte que los problemas son acontecimientos normales). 2) La instauración efectiva de conductas precisas de solución de problemas (es decir, el control y la gestión emocional y la solución planificada de problemas. (D’Zurilla, Nezu, 2010). Una de las características comunes al TAG es la baja confianza en la capacidad de resolver problemas y la insatisfacción de los resultados, según Clark y Beck (2012) el objetivo es modificar la perspectiva del cliente de considerar el problema como amenaza a verlo como una oportunidad o reto. La intervención conlleva en el entrenamiento en el uso efectivo de los pasos para la resolución de problemas: 1) definición del problema y establecimiento de objetivos, 2) generación de soluciones alternativas, 3) toma de decisión y 4) Implementación de la solución y verificación (D’Zurilla y Nezu, 2007).

Técnica de Auto Instrucciones ideada por Meichenbaum, (1969), consiste en que el paciente repita una lista de frases racionales como método para oponer sus creencias irracionales y modificar su dialogo interno.

1º Antes de comenzar la experiencia: se refiere a que antes de iniciar alguna vivencia nos estamos preparando mentalmente para afrontarla haya sido un éxito o un fracaso, suele ser una mezcla de o que vivimos en experiencias anteriores o en situaciones similares. De estos pensamientos anteriores un casi 75% dependerá del ánimo con que afrontaremos la situación y seguramente nuestra conducta. Si tememos lo peor nos decimos a nosotros mismos de personas o elementos que no somos capaces de salir airosos o estamos excesivamente pendientes de personas o elementos que nos pueden dar seguridad, iremos a la situación como si fuéramos al matadero y eso se reflejara en nuestra actitud y conducta.

2º Al comenzar la experiencia: es cuando los estímulos, temido, ansiados y neutros se nos vienen encima, recordándonos situaciones parecidas, ya hayan sido exitosas o un fracaso. En este

instante es cuando indagamos o exploramos elementos que confirmen o contradigan lo que pensábamos. Si el individuo temeroso ve o cree comprobados sus temores por ejemplo ve a “X” a quien tanto teme, desde este momento desencadenara una serie de pensamientos en su mayoría irracionales y por lo tanto dañinos, perjudiciales que muy probablemente desembocaran en gran tensión o malestar.

3º En una experiencia o vivencia tensa: No siempre sucede, pero puede ser que la situación pase con toda calma y normalidad. En esta etapa se va a incrementar las respuestas de ansiedad, cuando salen las creencias irracionales y quizás también se distorsionan las conductas frecuentes.

4º Terminada la experiencia o vivencia, lo mismo que al principio, al margen de estar o no tensos analizamos nuestros resultados de lo acontecido. Lo que nos digamos o las sensaciones que experimentemos en cada uno de estas 4 etapas indicará de forma absoluta nuestra conducta y nuestros sentimientos de esa condición y de las siguientes. Las 4 etapas son igual de importantes y no se puede decir que haya uno que marque menos que los otros, con la excepción que el momento tercero (TENSO) no siempre tiene que suceder.

Técnica de las Tres Columnas: Consiste en debatir los pensamientos para llegar a la formulación de un pensamiento racional alternativo. Es requisito tener la habilidad para identificar y debatir los pensamientos distorsionados e ideas irracionales. Se utilizan solo tres columnas: Pensamiento negativo, distorsiones e ideas irracionales, pensamientos alternativos.

Relajación; Tiene por objetivo mitigar la condición de activación fisiológica, para recobrar la calma, el equilibrio mental y la percepción de paz interior. Tiene efectos tanto emocionales, cognitivos y conductuales. Según Wolpe y Lazarus, (1966) el entrenamiento en relajación es considerado como un elemento crítico para inhibir las respuestas de ansiedad. El entrenamiento

en relajación muscular progresiva es considerado un elemento valioso en los protocolos TCC del TAG.

La Relajación Muscular Progresiva: Refiere que la experiencia de la ansiedad es la tensión muscular, que conlleva la contracción o acortamiento de las fibras musculares. Mediante la tensión y distensión sistemática de varios grupos musculares podrán ser prácticamente eliminadas y se podría inducir un estado de relajación profunda. La tensión y distensión propuesta por Edmundo Jacobson, sigue siendo aún el enfoque más común de relajación muscular usado por la T.C.C. se instruye a los clientes para tensar un grupo muscular específico con tanta fuerza como pueda sin que produzca ningún dolor, mantener tal tensión durante 5 – 7 segundos, percibir la tensión en el grupo muscular después de relajar y descargar la tensión y percibir la sensación de relajación que se produce cuando se descarga la tensión (Berstein y Borkovec, (1973).

Bloqueo de Pensamiento: Es una técnica de autocontrol que consiste en producirse un impacto físico frente a pensamientos perturbadores con el fin de desvanecerlos o eliminarlos e inmediatamente remplazarlos por situaciones anecdóticas agradables o experiencias placenteras para el propio individuo. Los pasos son: a) Identificar el pensamiento perturbador, b) producirse un impacto físico (pellizco, mordisco, golpe, etc); c). Remplazar el pensamiento perturbador por el recuerdo de experiencias agradables.

Auto registros, se utiliza al iniciar la terapia con el fin de recolectar información sobre la situación emocional del paciente y saber ante que situaciones, personas o conducta aumenta o disminuye la molestia, incomodidad. La mayoría de los registros que se utilizan reúnen en las columnas iniciales días y horas en el que tiene lugar la molestia emocional, situaciones reales,

precisas en las que se origina, tipo de emoción y grado de intensidad y pensamientos automáticos identificados. Las columnas van a ir agregándose en función de lo que se ira trabajando.

Descubrimiento guiado se refiere al modo o manera de apoyar al cliente para que logre nuevos visión, criterio que ponga a prueba sus creencias o pensamientos irracionales mediante el cuestionamiento socrático, el terapeuta a través de preguntas abiertas va a guiar al cliente hasta donde sea necesario, pero va a dejar que el cliente llegue a elaborar sus asociaciones y argumentos, por ejemplo ¿Cuál es la prueba que favorece o contradice esta creencia?, ¿Cuáles son las opciones alternativas de pensar en esa situación?; ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esa manera?.

Tareas para casa, son consideradas como parte importante de la Terapia Cognitiva, a través de estas se obtienen los datos que nos ayudan a analizar y debatir con el paciente sus supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos, nos permiten comprobar la validez de sus pensamientos. (Ruiz, Díaz y Villalobos ,2012). La tarea para la casa es importante para el tratamiento, de su cumplimiento depende en gran medida el éxito terapéutico. El cliente debe realizar las tareas para casa y se va ir incrementando en el avance del tratamiento ya que el objetivo último es conseguir que sea capaz de organizar sus propias actividades y moldear y dirigir su propia conducta.

13 Objetivos

13.1 Objetivo General

Al final del programa, el paciente será capaz de manejar estrategias de afrontamiento que le permitan controlar respuestas anticipatorias y disminuir el nivel de respuesta emocional ante situaciones que le originan ansiedad.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Reducir los niveles de ansiedad, a nivel cognitivo y fisiológico
- Disminuir niveles de activación fisiológica a través de entrenamiento en respiración, relajación muscular profunda de Jacobson.
- Identificar distorsiones cognitivas generadoras de ansiedad, sustituyéndolo los pensamientos negativos por otros más adaptativos a través de la Reestructuración Cognitiva
- Disminuir la conducta de escape o evitación que le permita afrontar situaciones temidas y tomar sus propias decisiones y solucionar problemas

1.4 Justificación e Importancia

Según la OMS, el 3.8% de la población mundial sufre de ansiedad siendo problemas habituales de salud mental que afectan la calidad de vida de las personas y que tienen repercusiones económicas y sociales.

En el Perú según información epidemiológica del mes de octubre del 2018 del Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera en todas las Consultas Externas (Adultos, Niños y Adicciones) la primera causa de morbilidad fue Trastornos de Ansiedad (77 casos), segunda causa Episodios depresivos (49 casos), tercera causa Reacciones a estrés grave y trastornos de Adaptación (40 casos), la cuarta causa Trastornos de Personalidad (35 casos) y finalmente Esquizofrenia (26 casos).

Siendo uno de los problemas que con frecuencia se atiende en los servicios de psicología en los centros de salud en el presente caso clínico se realiza una intervención Cognitiva Conductual, a un joven de 20 años de edad, con diagnóstico de Ansiedad Generalizada (TAG)

quien padece ansiedad y preocupación excesiva y que se refiere a una gama amplia de acontecimientos o actividades, que va acompañada de síntomas físicos como inquietud, fatigabilidad, tensión muscular, dolor de cabeza, sudoraciones, palpitaciones, alteraciones del sueño, Inapetencia, que está interfiriendo en su vida diaria originándole deterioro social y ocupacional para esto se plantea técnicas cognitivo conductuales como relajación, respiración, pare de pensamiento, reestructuración cognitiva, visualización con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

1.5 Impactos esperados del Trabajo Académico

Se busca que la Intervención terapéutica Cognitivo Conductual en el presente estudio de caso de Ansiedad Generalizada (TAG) reducir el patrón de respuestas fisiológicas, mejorando su calidad de vida, sustituir los pensamientos irracionales, así como creencias y pensamientos automáticos irracionales, por pensamientos racionales, también disminuyeron las respuestas de escape y evitación de situaciones amenazantes de esta manera a portar a futuros estudios de caso debido a su efectividad.

II. Metodología

2.1 Tipo de Investigación

Diseño Caso Único (Hernández, Fernández y Baptista, (2015), subrayan la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En realidad, la evidencia no probabilística, muy empleada en las investigaciones en psicología, no apunta a generalizar sus resultados a una población mayor, tampoco a extrapolarlos (transferencia de resultados). Lo que importa es comprender a fondo un caso. Además, se dirige a describir “lo típico” de un caso (caso tipo) a quienes no están familiarizados con el caso o con el tema en cuestión.

Para Midgley (2006), la investigación de caso único se apunta al estudio particular de un evento (en un individuo, grupo, comunidad o una entera sociedad) con el objetivo de alcanzar una comprensión profunda del estado actual de las cosas.

Según Kazdin (1996), la terminología diseños para el estudio del caso único fue adoptada para revelar la característica única de estos diseños, en otras palabras, la capacidad de dirigir una investigación con un solo sujeto y, secundariamente, porque este término es el más utilizado. El atributo especial es la posibilidad de facilitar metodologías exactas para la evaluación de la intervención con casos individuales.

Es necesario diferenciar entre los estudios de casos individuales los correspondientes al área de la psicología clínica en relación con los del área de la metodología de la investigación en psicología. La distinción emerge de considerar si en los estudios existe, o no, control de las variables.

2.2 Evaluación Psicológica

Historia Psicológica

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	:	G.R. S
Fecha de Nacimiento	:	26 de junio de 1998
Edad	:	20 años
Grado de Instrucción	:	Secundaria Completa
Ocupación	:	Obrero en chacra esporádicamente
Numero de Hermanos	:	05
Lugar que ocupa	:	4to
Domicilio	:	AAHH Las Lomas – Distrito de Imperial. Provincia de Cañete, Departamento de Lima

Motivo de Consulta

Paciente acude al servicio de Psicología, manifiesta: “No tengo ánimos para nada, solo quisiera dormir, no deseo hablar con nadie, me sudan las manos, me tiemblan las manos , me pongo muy nervioso, me duele la cabeza, el cuello, la espalda, tengo dificultad para respirar, me duele el pecho, me da palpitaciones, tengo mareos, no duermo bien, me despierto dos o tres veces en la noche, me siento cansado, temor a salir de mi casa y estar en lugares donde hay gran cantidad de personas y ruido” (...) ”Me preocupo y pienso mucho en mis estudios, pienso que me jalaran todos los cursos , que no aprobare, tengo temor a expresar lo que pienso y que se burlen de mí , me preocupo por trabajar, mi futuro y mi salud; siento como mareos, me quema la mano, pienso en algo y no dejo de pensar en ello, no puedo dormir bien, me da como escalofríos y me zumba el oído. Cuando estoy solo en mi casa es cuando más pienso en lo que será de mi vida y de mi familia, pienso tanto que me dan ganas de matarme, no sufrir más, a veces pienso que no le importo a nadie, pienso mucho como que pierdo el conocimiento”.

Problema Actual

Presentación Actual del problema

“Hace un mes yo estaba en la chacra ayudando a mi tío a sembrar maíz, cuando de repente me sentí un poco mal, no tenía fuerza, pero seguía sembrando, me faltaba el aire y me empezó a doler el pecho, sentía palpitaciones, me temblaba la mano, por la tarde me empezó el dolor de cabeza, me puse muy mal estuve muy inquieto, lo único que hice es irme de la chacra a mi casa y me puse a llorar y puse mi vida en manos de Dios”

Desarrollo cronológico del Problema

El Paciente Manifiesta : “Hace un año empecé a sentir temor a fracasar , quería postular a un Instituto para estudiar contabilidad pero pensaba que no voy a poder que me van a desaprobarme los cursos, que no voy a poder, me preocupaba mucho por mi futuro pero tengo temor a fracasar ya no quiero salir de mi casa, de mi cuarto , no hablo con nadie, me duele la cabeza, pienso que puedo tener algo, que me puede dar un derrame, pero en el hospital me dicen que no tengo nada, me tiemblan y sudan las manos, tengo palpitaciones, no puedo respirar”.

Historia Personal

La madre del paciente manifiesta que su hijo es el último de tres hijos, el paciente presento problemas al nacer, con sufrimiento fetal, se demoraron en atenderla. No presento llanto inmediato. Recibió lactancia materna hasta los 3 años. Empezó a andar al año y dos meses y sus primeras palabras pronuncio a los 11 meses, controlo sus esfínteres al año 7 meses.

Inicio escolaridad a los 4 años, se adaptó fácilmente, pero era callado, tímido, sumiso.

Su etapa Escolar tenia rendimiento promedio, le gustaba realizar tareas y se esforzaba en cumplir, tenía pocos amigos, poco comunicativo.

Personalidad Previa, la madre manifiesta que su hijo era temeroso, callado, cariñoso con su madre y hermanos, obediente, sumiso.

Historia Laboral: Al terminar el colegio ayudaba a su tío a sembrar en la chacra (la zona donde reside es agrícola) lo realiza esporádicamente ya que por su problema le origina síntomas físicos y malestar.

Hábitos e Intereses: Manifestó su interés en seguir una carrera técnica en un Instituto de Educación Superior cercano a su domicilio, pero no ha intentado postular por temor a fracasar no ingresar o salir desaprobado.

Hobbies: escuchar música, leer

Vida Sexual: empezó a reconocer la diferencia e sexos a los 5 años en el colegio, expresa que en el colegio empezó a masturbarse, no tiene enamorada, no ha tenido experiencias sexuales.

Historia Familiar

Presencia violencia entre sus padres, padre maltrataba física y psicológicamente a su madre, lo que le originaba temor, ansiedad, impotencia por no poder defender a su madre.

Desempleo de sus padres, carencias y preocupaciones económicas.

Antecedentes Socio Culturales – Económicos: Proviene de un nivel socio económico de pobreza y extrema pobreza, cuenta con seguro integral de salud SIS.

➤ Instrumentos de recolección de datos

- Test de personalidad de Eysenck
- Test de personalidad de Millón
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Test de Ansiedad de STAI

2.3 Informe De Cada Uno De Los Instrumentos Aplicados

Resultados Del Inventario de Ansiedad STAI

El puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad Estado es de 55 Nivel de Ansiedad Alto

Resultados Del Inventario De Ansiedad De Beck

Obtiene un puntaje de 57 lo que indica que se encuentra en un nivel de Ansiedad Grave.

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

Obtiene un puntaje de 18 correspondiente a depresión Moderada

Tabla 5
Resultados Test De Personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentiles	Diagnostico
Extraversión	9	20	Introversión
Neurotisismo	20	100	Neurotisismo
Psicosisismo	6	75	Tendencia al Psicoticismo
Mentiras	3	15	Prueba es valida

Nota se puede apreciar que en la Tabla N° 5 que el paciente presenta características de personalidad introvertida, es decir es retraído socialmente, reservado, gusta más de la actividad intelectual, planifica sus actos.

Obtiene un puntaje alto en neurotisismo caracterizándose por poseer un sistema nervioso lábil y sobre activo, reacciona intensamente y demasiado persistentemente ante estímulos externos. Tiende a mostrar una emotividad muy intensa y elevado tono. Conductualmente se muestra tenso, ansioso, inseguro, tímido y tiende a mostrar trastorno psicossomático, se suele quejar de molestias somáticas y también de preocupaciones, ansiedad y otras sensaciones emocionales desagradables. es muy ansioso, inseguro, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación y escape

Socialmente – es introvertido, retraído, reservado, tiende a planificar sus actos, evita el actuar impulsiva o agresivamente, procura controlarse.

Tabla 6

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos

Pensamiento automático	ítems				sumatoria
Filtraje	1	6	1	6	
Pensamiento Polarizado	2	7	2	3	
Sobre generalización	3	8	3	4	
Interpretación del pensamiento	4	9	4	1	
Visión Catastrófica	5	0	5	6	
Personalización	6	1	6	2	
Falacia de control	7	2	7	2	
Falacia de Justicia	8	3	8	3	
Razonamiento emocional	9	4	9	2	
Falacia de Cambio	0	5	0	3	
Etiqueta Global	1	6	1	2	
Culpabilidad	2	7	2	4	
Debería	3	8	3	4	
Falacia de razón	4	9	4	2	
Falacia de Recompensa divina	5	0	5	3	

Nota Como se muestra en la tabla N° 6 el paciente obtiene un puntaje de 6 equivalente a alto en los pensamientos automáticos de Filtraje y Visión Catastrófica que nos indica que ´presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos y afecta a su vida de manera importante, los puntajes de 2 a 5 en sus pensamientos polarizado, sobre generalización, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, falacia de recompensa divina, falacia de razón, el puntaje obtenido nos indica que estos pensamientos le está afectando de manera importante.

Tabla 7**Resultados del Inventario Registro de Preocupaciones**

Tipo de Preocupaciones	Puntaje Pre Test
Salud	100
Familia	70
Estudios	88
Social	67
Otros	87
Total	412

Nota Se puede apreciar en la Tabla N° 7 que en el Inventario de Preocupaciones obtiene un puntaje de 100 en preocupación por su salud, un puntaje de 70 correspondiente a alto en preocupación por su familia, en preocupaciones por sus estudios obtiene un puntaje de 88 correspondiente a alto, en el área social obtiene un puntaje de 67 puntos correspondiente a promedio alto y otras preocupaciones un puntaje de 87 correspondiente a preocupación alta.

Tabla 8**Resultados del Inventario Multiaxial Clínico de Millón**

Áreas	Resultados	Puntaje	Indicador
Patrones Clínicos de Personalidad	Evitativo	90	Indicador Elevado
	Auto derrotista	74	Indicador Moderado
Patología severa de la personalidad	Esquizotípico	74	Indicador Sugestivo
Síndromes Clínicos	Ansiedad	103	Indicador Elevado
	Distimía	94	Indicador Elevado

Nota En la Tabla N° 08 se puede apreciar que en patrones clínicos de personalidad el paciente obtiene un puntaje de 90 indicador elevado en estructura Evitativo de la Personalidad caracterizándose por ser vigilante y distanciarse de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de sus experiencias negativas, refleja temor y desconfianza, las necesidades afectivas resultan en una repetición de dolor y la angustia que se ha experimentado, el aislamiento es defensivo, solo puede protegerse de sí mismos a través de una renuncia activa, a pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida distancia interpersonal. También se observa indicador moderado de patrón de personalidad auto derrotista orientación pasivo discordante, x, se relaciona con los demás de una manera obsequiosa y auto sacrificada, permite y quizás fomenta que los demás les exploten o se aproveche de ellos.

En el Área de Síndromes Clínicos presenta un puntaje de 103 indicador elevado de Ansiedad mostrándose tenso, indeciso, inquieto, tiende a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión excesiva, sudoración, dolores musculares indefinidos, muestra un estado generalizado

2.4 Informe Psicológico

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos: G.R.M
Fecha de Nacimiento: 26 de junio de 1998
Edad : 20 años
Grado de Instrucción: Secundaria Completa
Ocupación : Obrero en chacra esporádicamente
Numero de Hermanos: 05
Lugar que ocupa : 4to
Domicilio : AAHH Las Lomas – Distrito de Imperial. Provincia de Cañete, departamento de Lima

Motivo de Consulta

El paciente acude a consulta derivado del servicio de medicina por presentar dolores de cabeza, de cuello, así mismo refiere sentir palpitaciones, sudoración de manos, dificultad para respirar, empieza a sudar, le duele el pecho y tiembla presenta temor a sufrir un derrame cerebral o alguna enfermedad, expresa “siento como si me fuera a dar un infarto o un derrame por los dolores de cabeza o caer muerto”, así mismo manifiesta que piensa mucho sobre su futuro, sus estudios tiene temor a iniciar estudios superiores por miedo a fracasar, preocupación por su salud tener una enfermedad grave un tumor en el cerebro por los dolores de cabeza que presenta, se ha aislado de sus amigos, familiares, expresa “me molestan los lugares donde hay gente y bulla”

Observación de Conducta

El Paciente se presenta a la evaluación puntual en la hora señalada, viste con ropa limpia, de acuerdo a la estación, adecuadamente aseado, aparenta la edad cronológica, al saludar inicialmente se muestra temeroso, reservado, su expresión facial denota tensión, su tono de voz es bajo, monótono, velocidad adecuada, sus respuestas al inicio son parcas y puntuales. Su

pensamiento se encuentra centrado en preocupaciones por su salud, estudios, futuro, familia, problemas económicos.

Al momento de la evaluación se encuentra orientado en tiempo, espacio y lugar, evidencia atención y concentración conservada, al recibir las instrucciones de la evaluadora sigue las indicaciones dadas, se muestra colaborador, deja algunas preguntas sin responder en los cuestionarios para que sean aclaradas al finalizar.

Instrumentos Utilizados

- Entrevista y Observación de Conducta
- Anamnesis
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Test de Ansiedad STAI
- Test de pensamientos Automáticos
- Test de Eysenck
- Test de Millón

Resultados

En el Área de Personalidad, el paciente en la evaluación obtiene en los patrones clínicos de personalidad Pasivo Agresivo (puntaje 105) caracterizándose por un patrón de terquedad o enfado explosivo con periodos de culpabilidad y vergüenza. caracterizándose por seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismo, sus conflictos permaneces cerca de conciencia e invaden su vida cotidiana, su comportamiento muestra un puntaje de 90 indicador elevado en estructura Evitativo de la Personalidad cauterizándose por experimentar pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de sus experiencias negativas, refleja temor y desconfianza, las necesidades afectivas resultan en una

repetición de dolor y la angustia que se ha experimentado previamente, el aislamiento es defensivo, Solo pueden protegerse de sí mismos a través de una renuncia activa, a pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida distancia interpersonal. En el Área de Síndromes Clínicos presenta un puntaje de 103 indicador elevado de Ansiedad mostrándose tenso, indeciso, inquieto, tiende a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión excesiva, sudoración, dolores musculares indefinidos, muestra un estado generalizado de tensión, manos sudorosas, trastornos estomacales son característicos, tiene sentido aprensivo de la inminencia de los problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, susceptibilidad generalizada.

Referente a pensamientos automáticos el paciente obtiene un puntaje alto de 6 en los pensamientos automáticos de Filtraje y Visión Catastrófica que nos indica que presenta sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos y afecta a su vida de manera importante sus pensamientos de “pensamiento polarizado, Sobre generalización, falacia de justicia, falacia de recompensa divina.

En el Área Social – es introvertido, retraído, reservado, tiende planificar sus actos, evita el actuar impulsiva o agresivamente, procura controlarse, presenta características de personalidad introvertida, es decir es retraído socialmente, reservado, gusta más de la actividad intelectual, planifica sus actos. Por otro lado, se considera como una persona con alto neurotismo caracterizándose por poseer un sistema nervioso lábil y sobre activo, reacciona intensamente y demasiado persistentemente ante estímulos externos. Tiende a mostrar una emotividad muy intensa y elevado tono. Conductualmente se muestra tenso, ansioso, inseguro, tímido y tiende a

mostrar trastorno psicossomático, se suele quejar de molestias somáticas y también de preocupaciones, ansiedad y otras sensaciones emocionales desagradables. es muy ansioso, inseguro, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación y escape

Resumen Diagnostico

- El evaluado presenta un diagnóstico de Ansiedad Generalizada niveles altos de ansiedad
- En la Evaluación se evidencia distorsiones cognitivas pensamientos automáticos de sobre generalización, filtraje, visión catastrófica
- Personalidad Pasivo agresiva – Evitativa
- Socialmente Introverso, reservado.
- Ansiedad Elevada
- Dístimia

Diagnostico Funcional

Tabla 9

Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con el problema de la ansiedad generalizada

Exceso	Debilitamiento	Déficit
- Taquicardia	- Disminución del	- Actividad física
- Dolor de cabeza	apetito	- Inactividad
- Palpitaciones	- Desmotivación para	- Relajación
- Taquicardia	estudiar y trabajar	- Tranquilidad
- Sudoración		
- Dificultad para respirar		
- Temblor de manos		
- Tensión	- Relajación	- Control de impulsos,
- Desesperación	- Control de impulsos	evitar situaciones que le

- | | | |
|--|---|--|
| - Conductas de evitación
(estudiar, trabajar) | - Autorregulación | generan estrés. |
| - No salir de su casa | - Autocontrol | - Relajación |
| - Morderse las uñas | - Actividades recreativas | |
| - Permanecer en su cuarto | | |
| - Ansiedad | - Desmotivación para
estudiar, trabajar | - Falta de Actividad física |
| - Preocupación | - Apatía | - No estudia no trabaja |
| - Frustración | - Desgano | - Tranquilidad |
| - Cólera | | |
| - Tristeza | | |
| - “tengo miedo a que me
pase algo, a enfermar o
morir”. | - Elaboración de
pensamientos
positivos, reales y
optimistas | - No tiene pensamientos
positivos realistas |
| - “Pienso en mi futuro,
quiero estudiar una
carrera, pero tengo temor
a fracasar, no aprobar los
cursos”. | - Interacciones sociales | |
| - “Me preocupa mi salud,
sufrir un derrame porque
me duele mucho la
cabeza quizás tengo un
tumor en el cerebro”. | | |
| - “no puedo ser feliz “ | | |

Recomendaciones

- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de Respiración
- Terapia Cognitivo Conductual
- Practica de Técnicas aprendidas en casa
- Seguimiento de caso

III. Viabilidad del Proyecto

El siguiente caso, busco establecer la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de la Ansiedad Generalizada.

Fue viable durante las sesiones de tratamiento el paciente, se mostró motivado para el tratamiento, acudió a las citas de manera puntual, cumplió con la práctica de los ejercicios y/o tareas para casa.

El tratamiento consistió en una fase educativa o de explicación, se informó de los resultados de la evaluación y de las respuestas o resultados del análisis funcional y los objetivos a lograr durante el tratamiento, así como las estrategias y técnicas a utilizar, ejercicios de respiración, identificación de pensamientos irracionales y sus consecuencias, exposición en imaginación en vivo con afrontamiento en vivo en situaciones similares en el contexto natural.

La terminación de las sesiones se fijó en razón a la reducción de la intensidad del malestar percibido y la realización de actividades en su vida diaria.

Por lo que la Terapia Cognitiva Conductual es eficaz para la reducción de los síntomas de ansiedad y cambios de pensamientos y conductas desadaptativas, las técnicas aplicadas pueden ser utilizadas en casos similares.

IV. Productos

PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL

ANALISIS TOPOGRAFICO

Tabla 10
Datos de las distintas áreas de la vida del paciente

Personal	Afectiva	Familiar	Social	Educativo
Dolores de cabeza	tristeza	Problemas relativos al ambiente	Temeroso	Preocupación por su salud,
Tensión muscular	Ansiedad	familiar:	Introverso	estudios,
Insomnio	Miedo	Violencia	callado	trabajo,
Palpitaciones	Preocupaciones	Familiar	Evita situaciones sociales y lugares donde hay mucha gente	futuro. Y familia
Sudoración	Irritabilidad	Padre	Poco sociable	
Hiperventilación	Frustración	Violento	Reservado,	
		Soporte familiar inadecuado	callado	

Análisis Funcional - Descripción De Las Respuestas Problema

1. Cogniciones

a. Creencias Irracionales

- Pienso y tengo miedo a que me pase algo, a enfermarme o morir.
- Pienso en mi futuro, quiero estudiar una carrera, pero tengo temor a fracasar, no

aprobar los cursos.

- Me preocupa mi salud, sufrir un derrame porque me duele mucho la cabeza quizás tengo un tumor en el cerebro.

- Porque yo no puedo ser feliz como otras personas. Yo también quisiera ser feliz.

b. Creencias Des adaptativas

- “Voy a fracasar”
- “Me duele la cabeza, quizás tenga un tumor”
- “No tengo futuro” “Soy un fracaso”, “Mejor estaría muerto”

c. Expectativas negativas

- “No voy a poder estudiar, porque me desaprobaban en todos los cursos”. “Voy a fracasar”

2. Emociones, Sentimientos Y Respuestas Fisiológicas

- Sentimientos y Emociones de Ansiedad y depresivas
- Preocupación por su salud, futuro, estudio, familia; por Impotencia, rabia, desesperanza, culpa, soledad
- Respuestas Fisiológicas
- Tensión muscular, dolor de cabeza, dolor de cuello, espalda, boca seca, temblor de manos, sudoración, palpitations, dificultad para respirar, insomnio, inapetencia.

3. *Conducta Motora*

- Encerrarse en su cuarto, no salir, no hablar con nadie, dejar de estudiar y trabajar.
- Permanecer callado cuando esta con familiares, amigos, continuar pensando negativamente,

Tabla 11
Análisis Funcional de la Conducta

ED	O	ER
<p>Interno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuerda todo lo que ha vivido durante su niñez y adolescencia (burlas y castigos) - Cuando recuerda que se va a poner nervioso en exposiciones o cuando cree que le van a pedir su opinión sobre algún tema - Cuando piensa que todo el mundo está mirándome - cuando se percata que le observan - -Pensamientos anticipatorios que voy a decir, se van a dar cuenta que estoy nervioso, que soy un tonto. 	<p>Emoción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación - Ansiedad - Temor - Impotencia, irritabilidad - Tristeza y culpa - Frustración - Vergüenza - Soledad <p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de cansancio, llora - Disminución de hambre y sueño - Dificultad para respirar - Hiperventilación - Palpitaciones - Dolor de pecho - Temblor de manos, piernas, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración palmar - Palpitaciones 	<p>Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Siempre me saldrán mal las cosas” - “soy frágil y necesito ayuda” - “Me dará un ataque, voy a morir” - “Soy un fracaso” - “Soy un tonto” - “Cada vez que lo intento fallo” - “No tengo futuro soy un fracaso” - “Todo el mundo está mirándome” “Me están Observando” - “Pensaran que soy un tonto” <p>Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se va a su dormitorio acuesta en su cama - Los padres llevan la comida a la cama - Permanece callado

Externos	- Rubor	cuando esta con
- Cuando sale a la calle	Cognitivo	familiares, amigos,
- Cuando está en el instituto, en su salón de clase tiene que exponer y tiene que dar su opinión en grupo	- “Tengo miedo a que me pase algo, a enfermarse o morir”	- Evita salir, ir a clases, exponer, dar su opinión, ir a reuniones familiares y sociales
- Cuando esta con amigos y con personas del sexo opuesto	- Soy un tonto	- Pedir a los compañeros que expongan y preguntar si está bien su opinión.
- Cuando tiene que salir a exponer	- “Quiero estudiar, pero me van a desaprobarme, voy a fracasar”	- Se aísla de su familia, amigos, compañeros de trabajo, estudios
- Cuando tiene que hablar con alguna persona de autoridad	- “Me preocupa mi salud, sufrir un derrame porque me duele mucho la cabeza quizás tengo un tumor en el cerebro.	- Se rasca el brazo
- Cuando su madre o familiares le critican como debe comportarse	- “Voy a fracasar”	- Se come las uñas
- Cuando no toman en cuenta su opinión y le critican	- “NO tengo futuro” “Soy un fracaso”, “Mejor estaría muerto”	- R: Evitación o escape de situaciones que le provocan ansiedad
- Cuando va a una reunión con amigos o familia	- No voy a poder estudiar, porque me desaprobaban en todos los cursos”. “Voy a fracasar”	- Rumiar
- Cuando tiene que salir a trabajar o a estudiar	o Motor	
- cuando tiene que participar en eventos sociales,	- Baja la mirada, se aparta del grupo, compañeros y de su familia.	
- Iniciar y mantener	- Baja la mirada, no establece contacto visual, mira el piso, permanece callado. Se	

-
- una conversación para y sale del aula.
- No sale a reuniones familiares, sociales.
 - Se encierra en su habitación
 - Lloro,

Establecimiento del Repertorio de Entrada

LINEA BASE

Tabla 12 Registro de pensamientos del paciente, línea base

<u>Conducta /Problema</u>	<u>lun</u>	<u>Mar</u>	<u>Mier</u>	<u>Juev</u>	<u>Vier</u>	<u>Sab</u>	<u>Dom</u>	<u>Total</u>
“Tengo Miedo a morir o enfermarse”	10	9	10	9	10	8	9	65
“tengo miedo a sufrir un derrame o un infarto”	10	8	9	8	9	10	9	63
“Me duele la cabeza, quizás tenga un tumor”	8	10	9	7	8	9	7	58
“Pienso en mi futuro quiero estudiar una carrera pero tengo miedo a fracasar”	9	7	8	7	7	9	7	54
“Me desaprobaban en todos los cursos”	10	9	8	9	9	10	7	62
“Voy a fracasar”	9	10	9	10	8	10	9	65
“No tengo futuro”	10	8	9	9	9	9	9	63

Nota Se puede apreciar que en la tabla N° 12, se observa la existencia de un total de 65 veces a la semana el pensamiento “Tengo Miedo a morir o enfermarse” y “Voy a fracasar” seguido de “Me tiemblan las manos, no puedo respirar, me duele el pecho” con 64 veces, “tengo miedo a sufrir un derrame o un infarto” y “No tengo futuro” con 63 veces, “Me desaprobaban en todos los cursos” 62 veces, “Me duele la cabeza, quizás tenga un tumor” 58 veces y 54 veces “Pienso en mi futuro quiero estudiar una carrera pero tengo miedo a fracasar”, lo que indica una alta frecuencia de pensamientos distorsionados e irracionales que el paciente presenta durante la fechas que se realiza la línea base de pensamientos que perturban al paciente.

Tabla 13
Línea Base Registro de frecuencia e intensidad (1-10) de sentimientos del paciente

<i>Conducta /Problema</i>	<i>Frec./</i>	<i>Lun</i>	<i>Mar</i>	<i>Mier</i>	<i>Juev</i>	<i>Vier</i>	<i>Sab</i>	<i>Dom</i>	<i>Total</i>
	<i>Intenc.</i>								
Ansiedad	F	10	9	10	8	9	8	9	63
(0-10)	I	8	9	8	7	9	7	8	8
Impotencia	F	10	9	8	8	7	8	9	59
(0-10)	I	8	9	8	7	9	7	8	8
Rabia	F	10	9	10	8	9	8	9	63
(0-10)	I	8	9	8	7	9	7	8	8
Preocupación	F	10	9	9	8	8	9	7	60
(0-10)	I	8	9	8	7	8	7	8	8
Tristeza	F	7	8	7	8	7	8	9	54
(0-10)	I	8	9	8	7	9	7	8	8

Nota Se observa que la emoción ansiedad y rabia tienen una frecuencia total de 63 veces a la semana, así como una intensidad de 8 como promedio, seguido de la preocupación con una frecuencia de 60 veces por semana y una intensidad de 8, seguido la impotencia con una frecuencia 59 veces por semana y una intensidad 8, tristeza una frecuencia de 54 veces por semana y una intensidad de 8.

Tabla 14
Línea base Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema

<u>Conducta /Problema</u>	<u>Frec.</u>	<u>lun</u>	<u>Mar</u>	<u>Mier</u>	<u>Juev</u>	<u>Vier</u>	<u>Sab</u>	<u>Dom</u>	<u>Total</u>
Encerrarse en su cuarto, evitar reuniones sociales y familiares	<i>F</i>	9	8	9	8	9	10	9	62
	<i>D</i>	12h	10h	10h	9h	8h	7h	8h	64h
Echarse en su cama y pensar negativamente	<i>F</i>	4	7	9	9	8	8	7	52
	<i>D</i>	5h	7h	5h	4h	4h	4h	4h	33h
Rascarse brazo,	<i>F</i>	8	9	7	8	8	8	7	55
	<i>D</i>	15m	20m	37m	15m	30m	17m	36m	3h
Comerse las uñas	<i>F</i>	1	2	2	1	1	2	2	11
	<i>D</i>	1h	1h	1h	1h	1h	1h	1h	7

Nota En la Tabla N° 14 se puede apreciar, la frecuencia y duración de las conductas problema, se observa que la frecuencia de encerrarse en su cuarto es de 62 veces a la semana y la cantidad de horas es de 64 horas, rascarse el brazo es de 55 veces a la semana y una duración de 3 horas, seguido por echarse en la cama con una frecuencia 52 veces a la semana y la duración es de 33 horas, la conducta de comerse las uñas tiene una frecuencia de 11 veces a la semana y una duración de 7 horas.

Programa De Intervención: Procedimiento, Resultados y Discusión

Se utiliza las técnicas cognitivas conductuales, así como la técnica de relajación progresiva con el fin de reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad con la finalidad de permitir dar al paciente estrategias para percibir adecuadamente las situaciones que le crean malestar y afrontar con efectividad las que la generan ansiedad

- Psi coeducación
- Relajación Progresiva de Jacobson el objetivo de la relajación es alcanzar una sensación de bienestar profundo, está centrado en modificar los niveles de tensión usando ejercicios de tensión y relajación, así como la percepción de la tensión emocional y física, y el estado cognitivo que se asocia a la relajación
- Detención del Pensamiento: Se utilizó como técnica previa a la reestructuración cognitiva, con el fin de controlar los pensamientos que le originan ansiedad.
- Reestructuración Cognitiva: Detectar los pensamientos en las situaciones que le provocan ansiedad, según Wells (2006) consiste en identificar y modificar las creencias meta cognitivas positivas y negativas sobre la preocupación. Se identifican los pensamientos, imágenes y creencias asociados con la respuesta ansiosa y se utiliza el método socrático para examinar los datos a favor y en contra de los mismos. Bados (2015).
- Auto instrucciones Son mensajes que el individuo se dice así mismo en forma de monologo que nos indica como pensar y comportarnos para enfrentar problemas.

Procedimiento Desarrollo De Las Sesiones Del Proceso Terapéutico

Sesión N^o 1

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Obtener información del Motivo de Consulta. - Evaluar la naturaleza del problema de ansiedad y los síntomas Información sobre las situaciones que le provocan ansiedad - Instruir acerca del trastorno concepto de ansiedad, y clarificar sus componentes en fisiológicos cognitivo y comportamental. Y Modelo cognitivo. - Establecer la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Psicológica - Observación - Feedback reciproco a fin de determinar si el terapeuta y el paciente entienden el problema. - Alianza terapéutica Establecimiento de una relación positiva de colaboración, conocer los problemas emocionales, cognitivos y comportamentales que motivan la necesidad del paciente. - Encuadre: Se realiza la explicación del procedimiento de la intervención , beneficios y alcances. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profundizar la lista de objetivos - Formulario de Auto monitoreo de Sensaciones Físicas. - Formulario de Auto Monitoreo de Pensamientos Aprensivos Recordar que estos pensamientos pueden o no ser verdaderos. - Ir a correr tres veces por semana

Sesión N^o 2

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los niveles de ansiedad, depresión, personalidad, pensamientos disfuncionales - Obtener información: Historia Clínica Cognitivo Conductual, - Exploración de la conducta problema Información sobre la relación entre pensamientos y emociones 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea para casa de la sesión anterior. - Evaluación Psicológica Pre Tratamiento – Técnicas psicométricas Aplicación del test STAI. Pensamientos disfuncionales, Escala de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Beck , Inventario Multiaxial de Millón, Cuestionario de Personalidad de Eysenck - Elaboración de la Historia Clínica Cognitivo Conductual - Psi coeducación 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar registro de pensamientos disfuncionales, - Realizar la Ficha de Valoraciones diarias de ansiedad y registro de situación (anexo) - Biblioterapia : Errores y Sesgos comunes en la Ansiedad.

Sesión N^o 3

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer objetivos del tratamiento y motivación para el cambio. - Elaborar la línea base y análisis funcional Introducir la relajación, y respiración diafragmática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea de casa - Se analiza y completa la línea base. - Psi coeducación: Técnicas de relajación (respiración diafragmática) 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el Formulario Respuestas Cognitivas ante ña ansiedad. Practica de Respiración diafragmática.

Sesión Nª 4

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar la técnica de relajación muscular progresiva - Enseñar el uso de la visualización - Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas. - Identificar y sustituir pensamientos y creencias desadaptativas. - Profundizar lista de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> - técnica de relajación (relajación muscular progresiva de Jacobson y visualización) 1ra parte - Psi educación - Elección de metas personales: estudiar, practicar deporte, iniciar nuevas amistades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en relajación en casa mediante grabación auditiva y colaboración de uno de sus familiares para revisar los objetivos del tratamiento - Llenado del Registro semanal de Relajación Muscular Progresiva. - Practica de respiración - Planificación de tres actividades matricularse en la carrera que elija - practica de deporte.

Sesión Nª 5

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Detectar y Modificar las cogniciones desadaptativas que provocan ansiedad. - Aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos. - Enseñar la técnica de relajación muscular progresiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas - Reestructuración Cognitiva - Método socrático - Psi coeducación: Relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta concepto del ABC. - Técnica de relajación muscular progresiva 2da 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de ejercicio para identificar las ideas irracionales. - Formulario de Análisis Situacional - Practica de deporte tres veces a la semana.

Sesión Nª 6

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Disputar creencias irracionales - Pensar más racionalmente: evaluar lo negativo, desafortunado, 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de Tareas para casa registro de ideas irracionales. Ejercicio de identificación situaciones, pensamientos, emociones y conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Formulario de autoayuda disputa de creencias irracionales - Registro de comprobación de Valoraciones Ansiosas: búsqueda de evidencias. - Asistir a sus clases - Practica de deporte

Sesión Nª 7

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Controlar los pensamientos que generan ansiedad - Interrumpir el auto diálogo interno negativo que está generando emociones desagradables y poco adaptativas, 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de Bloqueo o Detención del pensamiento. - Se usa las emociones negativas como señal de aviso de que estoy pensando negativamente y digo BASTA, e inmediatamente utilizar otros pensamientos más positivos con el fin de experimentar bienestar - Relajación Progresiva de Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el Registro de Detención del pensamiento - Practica de relajación muscular progresiva - Asistir a sus clases. - Practica de deporte tres veces al día y planificar actividades con familiares y amigos.

Sesión Nª 8

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> - Resumir el proceso seguido en el debate de pensamientos para llegar a la formulación de un pensamiento racional alternativo. - Incrementar y mantener actividades saludables - Marcar horarios, pautas de trabajo y descanso. - Reducción del aislamiento, pensamientos catastrófico 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de las Tres Columnas. Se utilizan solo tres columnas: - - Pensamiento negativo - - Distorsiones e ideas irracionales que contenga - - Pensamiento alternativo. - Modelo A.B-C-D-E - A: representa la situación al que se enfrenta - B: Pensamiento creencias racionales o irracionales - C: las reacciones como resultado de B pensamiento - D: Confrontación Terapéutica, debate de pensamientos irracionales. - E: Representa los cambios emocionales y conductuales o la nueva forma de pensar y comportarse ante el aprendizaje de nuevas creencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de Pensamientos Tres Columnas. - Practicar respiración diafragmática y relajación muscular progresiva de Jacobson. - Continuar realizando deporte planificar 3 actividades placenteras.

Sesión Nª 9

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar y mantener actividades recreativas y que fomente estilo de vida saludable - Exponerse a las situaciones que le provocan ansiedad facilitando así el habito a las mismas y comprobación real de que esas consecuencias no tienen por qué ser tan negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar el registro de relajación muscular progresiva, Técnica de exposición - Practica de las habilidades de afrontamiento en situaciones que provocan ansiedad. - Practica de autorrefuerzos y técnica de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro A-B- C –D –E - Completar Formulario de interpretaciones alternativas - Registro de Actividades agradables. - Biblioterapia : Libro “Ayudarse a sí mismo” - Asistir a sus clases. - Planificar tres actividades que le agraden - Continuar con practica de deporte.

Sesión Nª 10

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Escribir pensamientos automáticos en el registro - Repasar apuntes de la terapia. - Programar actividades “Activación conductual” - Mejorar su autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea para casa - Programación de actividades o activación conductual Conjuntamente con el paciente se programa una serie de actividades agradables - Psi coeducación: Autoestima y Asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar actividades semanales. - Registro de metas personales - Practica de respiración y relajación. - Planificar actividades agradables - Practica de deporte. - Formular o responder preguntas o hacer comentarios en clase.

Sesión N° 11

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Distinguir los distintos componentes del proceso de solución de problemas y en que consiste cada uno de ellos. - Presentar un modelo de toma de decisiones - Entrenamiento sobre habilidades conversacionales (tomar turno de palabra y en hacer críticas. - Lograr la distancia psicológica que permita ver más objetivamente la incoherencia de nuestro pensamiento - Entrenar e interiorizar un estilo o manera de pensar más saludable 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de Resolución de Problemas aplicación de la técnica para problemas concretos. - Se identifica el problema - Se da muchas ideas sobre la forma de abordar el problema - El paciente y terapeuta evalúan la factibilidad y probabilidad de éxito de cada solución y después el paciente elige una que puede consistir en una combinación de varias soluciones - técnica de Habilidades Sociales Modelado y Moldeamiento - Técnica del Rol Reversal Se cambian los papeles, la terapeuta defiende los pensamientos negativos que sostiene el paciente y el paciente cuestiona con preguntas acerca de su evidencia, de su utilidad, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de auto instrucciones ante situaciones tensas. - Habilidades sociales - Registro de solución de problemas - Conversar o negociar con familiares o compañeras sobre temas que le molestan. - Practica de Relajación y respiración.

Sesión N° 12

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar actividades saludables relacionadas a sus metas - Construir proyecto de vida - Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos - Normalizar preocupaciones ante problemas mayores y nuevas pautas de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea para casa - Entrevista abierta - Reestructuración Cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener estrategias aprendidas - Realizar llenado de fichas de ABCDE - Leer los apuntes de terapia - Asistir a clases - Practica de deporte - Planificar tres actividades con familia y amigos.

Sesión N° 13

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos - Afrontamiento de problemas futuros - Entrenar habilidades sociales y asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista abierta - Habilidades Sociales Termino de conversación usando como ejemplo una llamada telefónica con su madre. - Practica de habilidad para hacer una crítica y pedir cambio 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener estrategias aprendidas - Relajación Progresiva - Respiración Diafragmática - Realizar practica de las habilidades conversacionales, hacer críticas.

Sesión Nª 14

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer su autonomía - Entrenar en la prevención de recaídas - Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos - Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos - 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión y autoevaluación sobre los cambios que ha tenido como inicio la terapia y como está hoy. - Revisión de Auto registros del inicio Y se le pregunta cómo interpreta ahora sus pensamientos. - Revisión de dudas y preocupaciones sobre el término de la terapia - Se le pide que haga una lista de pensamientos inadecuados y que se responda a ellos racionalmente. Reforzamiento de sus logros. - Se fomenta que el paciente sea independiente y seguro de sí mismo. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar llenado de registros A, B, C, D. E - Identificar y debatir, reestructurar pensamientos distorsionados relacionado con estudiar y buscar trabajo. - Repasar lo aprendido en la terapia. - Programar actividades satisfactorias o placenteras. - Practica de relajación y respiración. - Biblioterapia: “El control del tu estado de ánimo” de Greenberger D. y Padesky (1998)

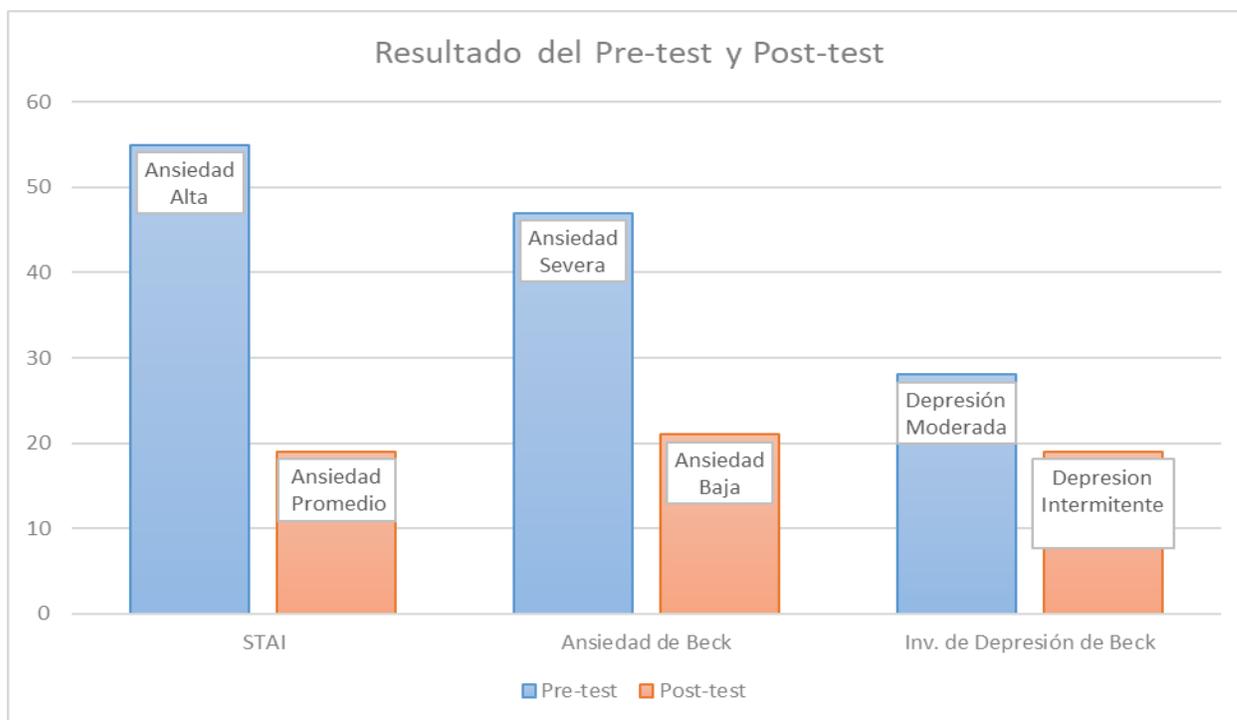
FASE DE SEGUIMIENTO**Sesión N° 15 (Trimestral)**

Objetivo Específicos	Técnicas y Actividades	Tareas
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar en prevención de recaídas - Cierre de Terapia - Aplicar Cuestionarios de Evaluación - Mantener los logros alcanzados durante el tratamiento - Repasar lo aprendido en la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista abierta - Técnicas de prevención y manejo de la ansiedad - bloqueo de pensamiento, Técnica de relajación muscular progresiva y visualización, técnicas de respiración, técnica de reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, cuestionamiento socrático, resolución de problemas, biblioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la aplicación de lo aprendido en el proceso terapéutico. - Escribir una sinopsis de los puntos importantes que han sido tratados y de las habilidades aprendidas. - Continuar asistiendo a clases - Continuar con la práctica de deporte.

Resultados Del Proceso Terapéutico

Tabla 15
Resultado del Pre- test y post-test

PRUEBAS	Pre- test	Post - test
STAI	55	19
	Ansiedad Alto	Promedio
Ansiedad de Beck	47	<u>21</u>
	Ansiedad Severa	Ansiedad Baja
Inv. De Depresión de Beck	28	19
	Depresión Morrada	Depresión Intermitente



Nota tal como podemos observar en la tabla 15 con respecto a los problemas de ansiedad que presenta, las puntuaciones en el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI reflejan una disminución en la ansiedad en el pre tratamiento obtiene un puntaje de 55 puntos que indica Ansiedad Alta al post tratamiento obtiene 19 puntos que nos indica ansiedad promedio, observándose una reducción de la sintomatología ansiosa.

En el Inventario de Ansiedad de Beck en el pre tratamiento obtiene de 47 puntos correspondiente a una Ansiedad Severa y en el post tratamiento obtiene un puntaje de 21 correspondiente a Ansiedad Baja.

En el Inventario de Depresión de Beck obtiene un puntaje pre tratamiento de 28 puntos que nos indica depresión moderada en post tratamiento obtiene 19 puntos correspondiente a Depresión Intermitente. En general se puede observar una mejoría en la evaluación post- tratamiento.

DESPUES DE LOS TRES MESES DE TRATAMIENTO

Tabla 16
Registro de pensamientos del paciente, pre y post test (tres meses)

<i>Conducta /Problema</i>	<i>Periodo</i>	<i>lun</i>	<i>Mar</i>	<i>Mier</i>	<i>Juev</i>	<i>Vier</i>	<i>Sab</i>	<i>Dom</i>	<i>Total</i>
“Tengo Miedo a morir o enfermar”	Pre	10	9	10	9	10	8	9	65
	Post	3	3	2	2	2	2	2	16
“tengo miedo a sufrir un derrame o un infarto”	Pre	10	8	9	8	9	10	9	63
	Post	1	1	2	1	2	1	1	3
“Me duele la cabeza, quizás tenga un tumor”	Pre	8	10	9	7	8	9	9	69
	Post	3	2	2	1	1	1	1	11
“Pienso en mi futuro quiero estudiar una carrera pero tengo miedo a fracasar”	Pre	9	7	8	7	7	9	7	54
	Post	3	3	2	2	2	1	1	14
“Me desaprobaran en todos los cursos”	Pre	10	9	8	9	9	10	7	62
	Post	1	1	3	2	2	2	2	13
“Voy a fracasar” “Soy un fracasado”	Pre	9	10	9	10	8	10	9	65
	Post	2	2	2	1	2	2	2	13
“No tengo futuro”	Pre	10	8	9	9	9	9	9	63
	Post	2	1	2	2	1	2	1	11

Nota Se observa en la Tabla 16, la disminución del pensamiento “Tengo Miedo a morir o enfermar” de 56 veces en el pre test disminuye a 03 en el post test, “tengo miedo a sufrir un derrame o un infarto” baja de 63 a 3, “Me duele la cabeza, quizás tenga un tumor” de 69 veces baja 0 veces, “Pienso en mi futuro quiero estudiar una carrera ero tengo miedo a fracasar” de 54 veces baja 13 , “Voy a fracasar” “Soy un fracasado” se observa que disminuye de 65 a 13 veces y “No tengo futuro” de 63 baja a 4 veces a la semana.

Ilustración 1
Registro de pensamientos del paciente, pre y post test (tres meses)

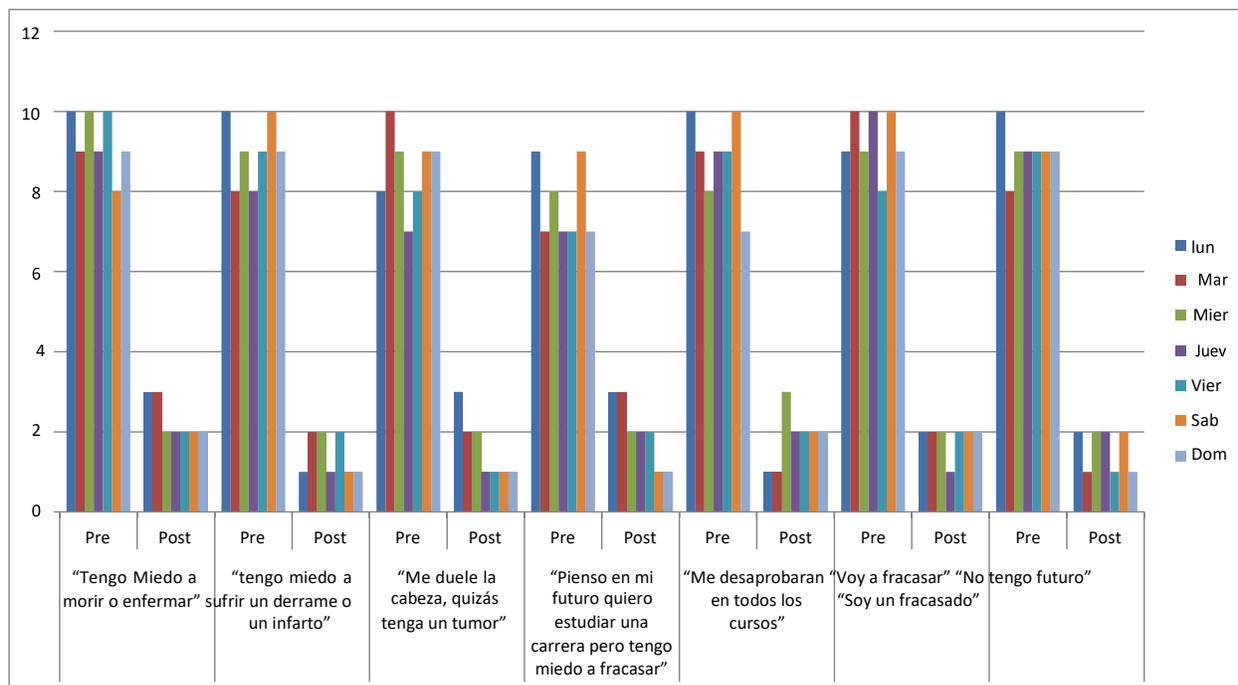


Tabla 17
Registro de sentimientos del paciente frecuencia e intensidad (1-10) (tres meses)

<i>Conducta /Problema</i>	<i>Frec. /</i>	<i>Periodo</i>	<i>Lun</i>	<i>Mar</i>	<i>Mier</i>	<i>Juev</i>	<i>Vier</i>	<i>Sab</i>	<i>Dom</i>	<i>Total</i>
	<i>Intenc.</i>									
Ansiedad : (0-10)	F	Pre	10	9	10	8	9	8	9	63
	F	Post	3	2	1	2	2	2	1	13
	I	Pre	8	9	8	7	9	7	8	8
	I	Post	2	3	2	2	2	1	1	2
Impotencia (0-10)	F	Pre	10	9	8	8	7	8	9	59
	F	Post	3	2	1	0	0	0	0	06
	I	Pre	8	9	8	7	9	7	8	8
	I	Post	1	1	1	0	0	0	0	0.42
Rabia (0-10)	F	Pre	10	9	10	8	9	8	9	63
	F	Post	4	3	3	2	2	2	2	18
	I	Pre	8	9	8	7	9	7	8	8
	I	Post	4	2	1	1	1	1	1	1.6
Preocupación (0-10)	F	Pre	10	9	9	8	8	9	7	60
	F	Post	3	3	2	3	3	2	1	17
	I	Pre	8	9	8	7	8	7	8	08
	I	Post	2	2	1	1	2	2	1	1.5
Tristeza (0-10)	F	Pre	7	8	7	8	7	8	9	54
	F	Post	1	2	1	2	1	1	1	08
	I	Pre	8	9	8	7	9	7	8	08
	I	Post	2	2	1	2	1	1	1	1.5

Nota En la tabla N° 17 se puede observar que existe una disminución de la frecuencia e intensidad de la ansiedad disminuye de 63 a 13 así como en la intensidad de 08 baja a 2 en el post tratamiento , respecto al sentimiento de impotencia la frecuencia disminuye de 59 a 6 en intensidad se observa disminución de 08 a 0.42 en post tratamiento, se evidencia que la emoción rabia disminuye en frecuencia de 63 a 18 en post tratamiento, respecto a la intensidad disminuye de 08 a 1.6 en post test, en cuanto a la preocupación obtiene un puntaje pre tratamiento 60 disminuye a 17 post tratamiento y en intensidad disminuye de 8 a 1.5 en post tratamiento, se observa que la frecuencia de la emoción tristeza disminuye de 54 a 8 en post tratamiento y la intensidad de 56 a 1.5 post tratamiento.

Ilustración 2

Registro de sentimientos del paciente frecuencia e intensidad (1-10) (tres meses)

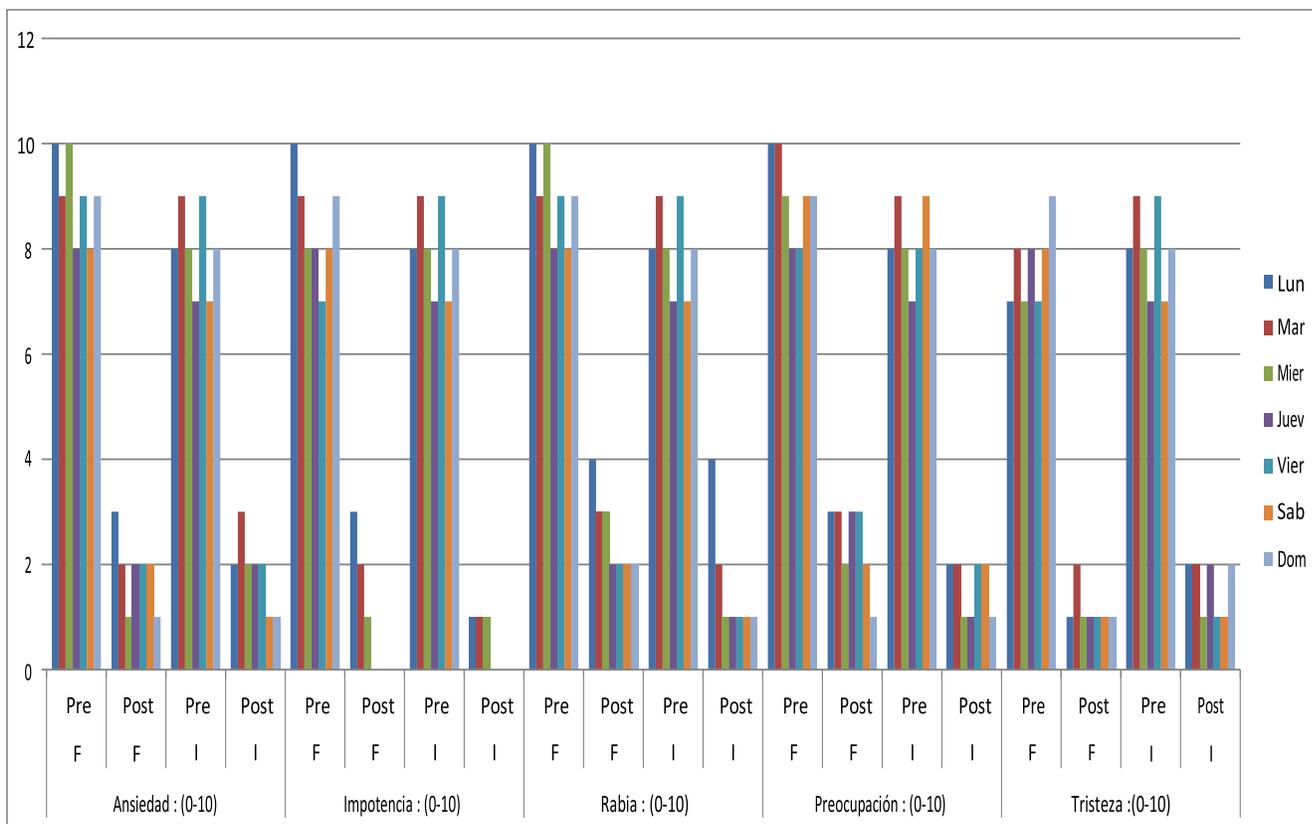


Tabla 18
Registro de frecuencia y duración de conductas problema pre y post test (tres meses)

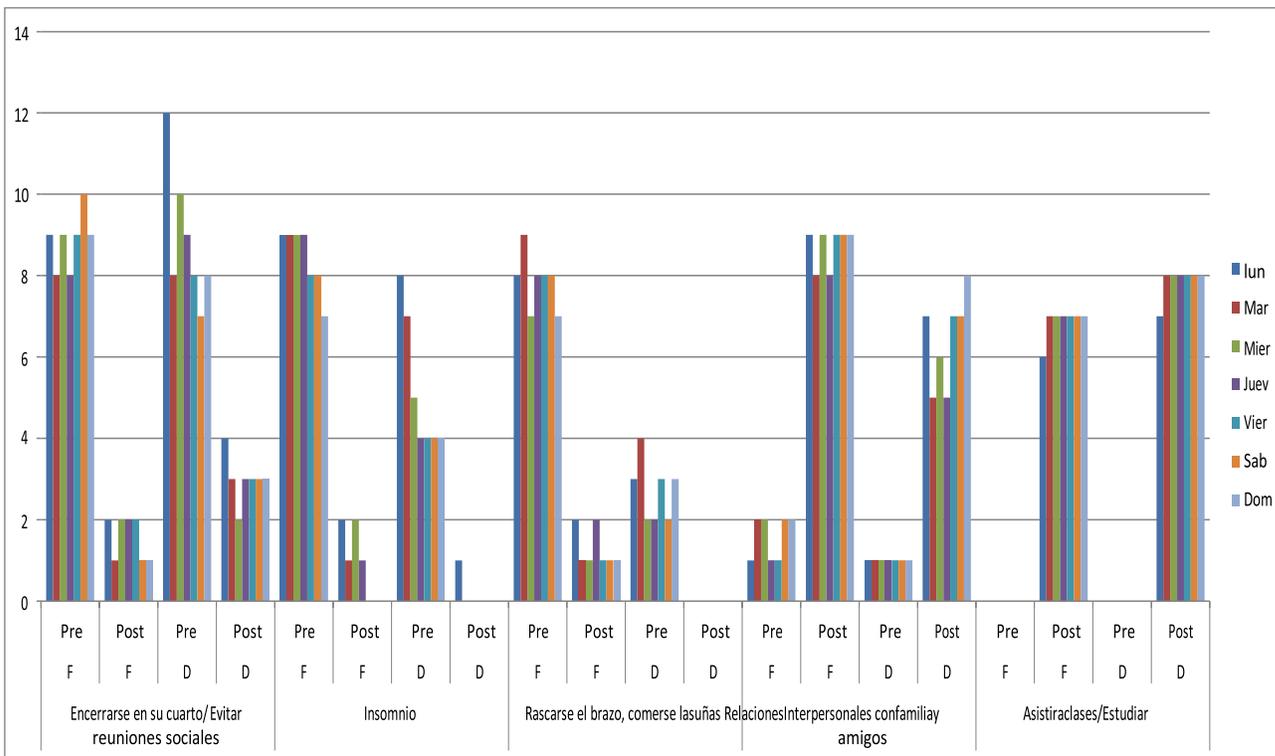
<i>Conducta /Problema</i>	<i>Frec.</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Pre</i>	<i>Total</i>
	<i>Dur.</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>							
Encerrarse en su cuarto, evitar reuniones familiares y sociales	F	Pre	9	8	9	8	9	10	9	62
	F	Post	2	1	2	2	2	1	1	11
	D	Pre	12h	8h	10h	9h	8h	7h	8h	62
	D	Post	4h	3h	2h	3h	3h	3h	3h	21
Echarse en su cama y pensar negativamente	F	Pre	4	7	9	9	8	8	7	52
	F	Post	2	1	2	1	0	0	0	06
	D	Pre	5h	7h	5h	4h	4h	4h	4h	33
	D	Post	1	0	0	0	0	0	0	01
Comerse las uñas	F	Pre	8	9	7	8	8	8	7	55
	F	Post	0	0	0	1	1	0	0	02
	D	Pre	3h	4h	2h	2h	3h	2h	3h	19
	D	Post	1h	0h	0h	0h	0h	0h	0h	1
Rascarse el brazo	F	Pre	8	9	7	8	8	8	7	55
	F	Post	1	2	0	1	1	0	0	5
	D	Pre	15m	20m	37m	15m	30m	17m	36m	3h
	D	Post	2sg	0m	2sg	1sg	0	0m	0m	5sg

Nota En la Tabla 18 se puede apreciar la frecuencia y duración de las conductas problemas pre y post tratamiento como encerrarse en su cuarto disminuye en frecuencia de 62 a 11 veces en post tratamiento y la duración de 62 a 21 post tratamiento.

En cuanto a insomnio la frecuencia disminuye de 59 a 06 y la duración de 36 a 1 post tratamiento, la conducta de comerse las uñas disminuye la frecuencia de 55 a 9 en post tratamiento y la duración de 19 a 2, la conducta de rascarse el brazo disminuye la frecuencia de 55 a 5 y la duración de 3 horas a 5 segundos.

Ilustración 3

Registro de frecuencia y duración de conductas problema pre y post test (tres meses)



Resultados del Proceso Terapéutico

Se utilizó auto registros para conocer los cambios logrados, a lo largo de todo el proceso de terapia.

Los efectos de tratamiento Cognitivo Conductual TAG confirma que se lograron los objetivos de reducir el patrón de respuestas fisiológicas (palpitaciones, dificultad para respirar, insomnio, sudoración, etc.) y, refiere sentirse más tranquilo, mejorando su calidad de vida (duerme mejor, disminuyeron la frecuencia e intensidad de las palpitaciones, taquicardia, sudoración)

Referente a los pensamientos irracionales (catastróficos, sobre generalización, visión catastrófica, filtraje) logro el objetivo de sustituir las creencias y pensamientos automáticos irracionales, por pensamientos racionales, también disminuyeron las respuestas de escape y evitación de situaciones amenazantes

En la actualidad manifiesta tener mayor comunicación con su familia, realizan actividades conjuntas como salir a comprar, pasear, comer, al cine, etc. Así mismo practica deporte Por otro lado, sus miedos relacionados con la enfermedad y salud disminuyeron, duerme mejor, tiene más apetito y sus dolores de cabeza y síntomas físicos como dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración, tensión muscular, disminuyeron, así mismo llego a controlar sus pensamientos negativos, disminuyeron el uso de distorsiones cognitivas como filtraje, sobre generalización, visión catastrófica, disminuyendo la frecuencia e intensidad de las preocupaciones; aprendiendo que a través del entrenamiento de las sesiones y tareas de casa le permitía controlar y enfrentar por sí mismo situaciones estresantes , temidas.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos los logros alcanzados a través de la Intervención terapéutica de la terapia Cognitiva Conductual en caso e de un paciente Joven de 20 año de edad con diagnóstico de TAG resulto eficaz en la reducción de la ansiedad del paciente, se alcanzaron los objetivos terapéuticos.

El TAG debe ser diferenciado de otros trastornos con los que podría confundirse, aunque el TAG puede coexistir con ellos y una persona presentar varios diagnósticos, ya sea en un momento dado (comorbilidad concurrente) o en distintos momentos de su vida.

En el caso del TAG del presente caso las preocupaciones abarcan diversas áreas, en el caso tratado el paciente presenta preocupaciones por múltiples temas, como por su salud, futuro, trabajo, estudios, familia. La ansiedad y las preocupaciones no están asociadas con un evento traumático específico y no aparecía tras la ocurrencia de un evento estresante siendo el contenido básico de la preocupación en posibles eventos del futuro.

En el presente caso clínico se resalta la aplicación de la terapia Cognitivo Conductual, la técnica de respiración y relajación progresiva lograron reducir la sintomatología fisiológica, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, bibliotecaria, búsqueda de interpretaciones alternativas, tareas para casa, visualización, análisis de costo y beneficio, auto registros.

El elemento fundamental del modelo cognitivo de Beck es que el trastorno emocional existe una distorsión en el procesamiento de la información. Durante el proceso de interpretación del estímulo se activarán esquemas cognitivos negativos que serían responsables de la emisión de respuestas emocionales y conductuales desajustadas.

Los resultados de la Terapia Cognitivo conductual logro el objetivo de reducir el patrón de respuestas fisiológicas (palpitaciones, dificultad para respirar, insomnio, dificultad para respirar. Por otro lado, los pensamientos irracionales disminuyo la frecuencia e intensidad de las distorsiones cognitivas , así mismo se logró el objetivo de sustituir las creencias y pensamientos automáticos irracionales, por pensamientos racionales, también disminuyeron las respuestas de escape y evitación de situaciones amenazantes esto fue posible por su motivación e interés a través del entrenamiento en las sesiones y tareas de casa lo que le permitió lograr controlar y enfrentar por sí mismo situaciones estresantes , ansiosas.

Finalmente, consideramos que el presente estudio aporta al conocimiento y los beneficios de la terapia Cognitivo conductual a los casos de TAG y de tal manera que brinda cambios cognitivos y comportamentales en corto plazo, brinda un conocimiento contextualizado, susceptible de ser utilizado por profesionales que trabajan en el ámbito clínico en el país. También consideramos que es necesario seguir investigando en la selección de técnicas de intervención, valiéndose de los beneficios que aporta.

V. Conclusiones

1. La Terapia Cognitivo Conductual resulto útil en el tratamiento del presente caso de estudio, el paciente mediante la intervención disminuyó su sintomatología física, se logró reestructurar los pensamientos disfuncionales, mejorar su estado anímico y moldar conductas de manera asertiva.
2. Se concluye que la terapia Cognitiva Conductual ha mostrado eficacia en la remisión de síntomas de Ansiedad ya que brinda herramientas para controlar y manejar pensamientos disfuncionales.
3. Así también logro disminuir la sintomatología física como palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, temblores, taquicardia, dolores de cabeza, tensión a través de las técnicas de respiración diafragmática y visualización y relajación. Logro mejorar su calidad de vida al realizar las actividades diarias que había dejado como estudiar, trabajar, actividades recreativas actualmente realiza con normalidad sus actividades y ha adquirido nuevos hábitos como practicar deporte, alimentación saludable y participar en actividades recreativas.
4. A través del presente caso clínico se puede observar y confirmar que la terapia Cognitivo Conductual es breve y de tiempo limitado, los compromisos terapéuticos son claros y existe el compromiso de cumplir los objetivos de cada sesión a través de la práctica y cumplimiento de las tareas para la casa para esto es importante la psicoeducación ya que a través de esto los pacientes logran identificar y relacionar sus pensamientos y emociones des adaptativos y aprende a utilizar las técnicas cognitivos conductuales., se enseña al paciente a tratar sus creencias como hipótesis que se pueden evaluar en cuanto a su veracidad y adaptabilidad, es decir a partir del juicio lógico.

VI. Recomendaciones

1. En el presente estudio de caso el paciente logro superar su malestar disminuyendo su ansiedad y preocupación exagerada por diversas situaciones de su vida así mismo bajo su sintomatología física, por lo que se puede evidenciar que la Terapia Cognitivo Conductual genera efectos positivos en el tratamiento del TAG se concentra en la relación existente entre las cogniciones (lo que pensamos), los afectos (lo que sentimos), las conductas (lo que hacemos). El paciente constato que podía sentirse bien y que lo aprendido a través del entrenamiento cognitivo conductual le permitió controlar por sí mismo la ansiedad ante diversas situaciones.
2. La TCC ha demostrado o tener efectos positivos en la terapia de adultos con TAG y el tratamiento de una serie de problemas psicológicos frecuentes.
3. Es importante que el paciente desarrolle estrategias que le permitan seguir aplicando las técnicas aprendidas en la terapia para hacer frente a las posibles situaciones problemáticas que podrían presentarse en el futuro. Así mismo, se recomienda que continúe asistiendo a terapia con menor frecuencia y trabajando con materiales sugeridos desde este enfoque cognitivo conductual.
4. Por lo antes expuesto, se recomienda la terapia cognitivo conductual ya que resulta eficaz para el tratamiento del TAG la terapia ha producido mejoras en la calidad de vida del paciente, de acuerdo a los auto registros se fue reduciendo síntomas como insomnio, tensión, ansiedad, preocupación así mismo se logró que se reduzca el nivel de activación fisiológica, reducir pensamientos irracionales, preocupaciones, aprender a relajarse y afrontar problemas cotidianos.

VII. Referencias

- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman & Company
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa Calpa.
- Barlow, D.H. (1989), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and Panic*,
Nueva York: Guildford.
- Bas Ramallo, F., & Andrés Navia, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión*.
España: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. y Emery, G.(1985), *Anxiety disorders and phobias*. New York, USA: Basic Books.
- Beck, J. (2009). *Terapia cognitiva. São Paulo (SP)*: Fundação Dorina Nowill para Cegos.
- Berisso, A.,Plans, B., Sánchez, M. y Sánchez, D. (2017), *Caso Clínico: Tratamiento de un Caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva"*
- Bernstein, D.y Borkovec (1973), *Progressive Relaxation training: A manual for the helping professions*. USA: Champaign, iL;Research Press.
- Caballo, E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos*
Vol. I , Madrid, España: Siglo XXI de España Editores S.A..
- Cano-Vindel,A. (2002), *La Ansiedad Claves para vencerla*. España: Arguval.
- Cano y Miguel-Tobal, (2001), *Emociones y Salud*, Madrid, España: Universidad Complutense.
- Cayoun, B. (2014). *Terapia cognitivo-conductual con mindfulness integrado*. Bilbao, España:
Editorial Desclée de Brouwer.
- Carlson y Hatfield, 1992, *Psychology of emotion*, (2016) American Psychological Association,
Washington DC 200002-4242
- Clark, D.M. (1986). *A Cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy*, Madrid:

Desclée de Brouwer

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Manual práctico para La Ansiedad y Las preocupaciones: La solución cognitivo conductual*. Madrid: Desclée de Brouwer

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva de la Ansiedad*, España : Desclée de Brouwe.

Cottraux y Blackburn (2006), *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*, (2º ed.)
París, France: Masson.

Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your Anxiety and Worry*, Londres: Oxford
University Press.

D’Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1982) *Social problem solving in adults*. En P.C. Kendall (Ed.): *Advances in cognitive – behavioral research and therapy* (Vol.1). New ork,:Academic Press.

Ellis, A. (2013). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona. España:
Paidós.

Ellis, A. (1999), *Una Terapia Breve más profunda y duradera*. España: Paidós.

Ellis, A. Y Bernard, M.E. (1990). *Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao,
España: Desclée De Brouwer.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva. Vol. 1 y Vol. 2*. Bilbao: Desclée
De Brouwer.

Davidson, G. C., Neale, J.M: (1991). *Psicología de la Conducta Anormal, Enfoque clínico experimental*, México: Editorial Limusa.

DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), *Manual Diagnostico e Estadístico para los Trastornos Mentales*, 5ta ed., Argentina, Editorial Medica Panamericana.

Espada Sánchez, J., Orgilés Amorós, M., & Méndez Carrillo, F. (2008). *Terapia psicológica con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

- Fernández-Marcos, T., Calero-Elvira, A., y Santacreu, J. (2015). *Un Caso De Ansiedad Generalizada O Un Problema De Asertividad: El Análisis Funcional Como Herramienta Clave Para Fijar El Plan De Tratamiento*. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 2(1). Recuperado a partir de <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/11>
- Gavino Lázaro, A. (2016). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual* (2a. ed.). Madrid: Difusora Larousse - Ediciones Pirámide.
- García, S. (2018), *Efectividad de un Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales en jóvenes con Depresión del Hospital Arzobispo Loayza*, Tesis de Maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- García-Batista, Z., Cano-Vindel, A., y Herrera Martínez, S. (2014). *Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles*. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 7 (3), 25-32.
- Hernández, Fernández y Baptista (2015). *Metodología de la Investigación*. Nueva York: McGraw Hill.
- Kaplan, H., Saddock, B. y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary reserch*. Baltimore, MD: University Park Press. (Trad.: Historia de la Modificación de Conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Kazdin, A.E. (1991). *Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de la conducta*. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI-

- Kendall, (2009), *Tratamiento Cognitivo Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños*.
Argentina: Editorial Akadia.
- Lang, P.J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construc.* En J.M. Shleien (Ed.), *Research in Psychotherapy*, Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R.,y Fokman,S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Mahoney,M. (1983), *Cognición y modificación de conducta*, México, Edit. Trillas.
- Mahoney, J. (1998). *Cognición y Psicoterapia*, Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Martin, G. y Pear, J. (2008) *Modificación de Conducta Que es y Cómo aplicarla*, 8va ed. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Meichenbaum, D.H. (1985). *Stress inoculation training*. New York. Pergamon (Traducción: Entrenamiento en inoculación del estrés, Barcelona: Martínez Roca, 1987)
- Meichenbaum, D.H. (1995). *Cambios en la concepción de la modificación de conducta cognitiva*. En M.J. Mahoney (Ed). , *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- McKay, M. Davis,M. y Fanning P.(1985), *Técnicas Cognitivas para el tratamiento de estrés*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Midgley, N. y Navridi, E. (2006). *An exploratory study of premature termination in child analysis*. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5 (4). 437- 458.
- Morgan, O (2011), *Estudio de Caso basado en la Terapia Cognitiva Conductual*, Tesis de Licenciatura, Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Navas,J. (1989). *Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas y comportamiento*. *Revista de aprendizaje y comportamiento*, 7. 21-41.

- Nezu, A., Nezu, C y D'Zurilla, T. (2010), *Terapia de Solución de Problemas Manual de Tratamiento*, España, Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer.
- Orgilés, M., Méndez, Alcázar, A. & Cándido. (2003, diciembre). *La terapia Cognitivo Conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia*. Anales de psicología, vol.(19), nº 2, pp- 193-204. Recuperado de <https://docplayer.es/11457704-La-terapia-cognitivo-conductual-en-problemas-de-ansiedad-generalizada-y-ansiedad-por-separacion-un-analisis-de-su-eficacia.html>
- Orsillo, S. y Roemer, L., (2014). *Vivir la Ansiedad con conciencia. Libérese de la preocupación y recupere su vida*. Bilbao, España. Desclée De Brouwer.
- Padesky, C. y Greenberger, D. (1998), *El Control de tu estado de ánimo. Manual de Tratamiento de Terapia Cognitiva para usuarios*. España : Ediciones Paidós.
- Padilla. (Julio, 2014). *Tratamiento Cognitivo Conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada*. revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, Vol.1. Nº2, pp 157-163. Recuperado de [http://www.revistap\(cna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf](http://www.revistap(cna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf)
- Pavlov, I. (1986), *Fisiología y Psicología*, España: Alianza Editorial.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (2nd ed.). España: Desclée.
- Sandín, Belloch, y Ramos (1995) *Manual de Psicopatología*, Volumen I., Madrid, España, McGrawHillinteramericana de España
- Sevilla, E. (2013), *Estudio de Caso: Terapia Cognitiva Conductual para Trastorno de Ansiedad, Episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide*. Tesis de Grado, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades, Quito, Ecuador.

- Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003 *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*,
Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza / V. Iii / N. 1 / pp-pp 10 - 59 / España.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. New York : Appleton.
- Spielberger (1972) *Anxiety as an Emotional State. Journal Psychology*, vol 1. Nro 8, Junio,
1972, pp. 23-49
- Spielberg (1972) *Änxiety Current Trends in Theory and Research*, vol II, London, Academic
Press INC LTD .London.
- Stallard. (2007). *Pensar Bien - Sentirse Bien*. España: Desclée de Brouwer.
- Suinn, (2013). *Anxiety Management Training a Behavior Therapy*, USA : Plenum Publishing
Corporation.
- Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de Conducta*. Tomo II., España : S.L.Dykinson.
- Vallejo, M.A. (2008). Técnicas de biofeedback. En F.J. Labrador (Ed). *Técnicas de Modificación
de Conducta*. Madrid: Piramide.
- Vega, J. (2017). *Estudio de Caso Clínico: Tratamiento de un Caso de Trastorno de Ansiedad
Generalizada bajo la Terapia Cognitivo Conductual*, Tesis de Licenciatura,
Universidad Particular San Martin de Porras, Lima, Perú.
- Ventura, (2018). *Efectividad de un Programa de Intervención grupal cognitivo-conductual para
disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las
Dunas- Surco*, Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima,
Perú.

Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 157 - 177.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford : Stanford University Press.

Young, J.E. Klosko, J. y Weishaar, M. (2013), *Terapia de Esquemas*. España: Desclée de Brouer.

VIII. Anexos

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

Judith Beck, PhD. 1995

Instrucciones: Cuando note que su estado de ánimo decae pregúntese ¿qué está pasando por mi mente en este momento y anote lo más rápido que pueda el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a pensamientos automáticos.

Fecha/hora	Situación	Pensamiento automático	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensoñaciones o recuerdos lo llevaron a esa emoción desagradable?	1. ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente? 2. ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	1. ¿Qué emociones (tristeza, angustia, etc.) sintió en ese momento? 2. ¿Cuán intensa (0-100) fue la emoción.	1. ¿Qué distorsión cognitiva produjo? 2. ¿Cuanto cree usted en esta respuesta?	1. ¿Cuánto cree usted en cada pensamiento o automático? 2. ¿Qué emociones siente en este momento? ¿Con que grado de intensidad) del 0 al 100)? 3. ¿Que hará o hizo?

Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible?, 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo?, ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?, ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático?, ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento?, 5) ¿Qué debo hacer al respecto?, 6) Si _____ (nombre de un amigo) se encontrara en esta situación ¿y tuviese este pensamiento ¿qué le diría?

**EJERCICIO PARA IDENTIFICAR SITUACIONES PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y
CONDUCTA**

Clasifica los siguientes elementos, poniendo una cruz en las columnas correspondientes

ELEMENTO	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION	CONDUCTA
Me voy a desmayar				
Preocupado				
En casa				
Durante el verano				
Seguro que lo hare mal				
Hago deporte				
Avergonzado/a				
Por la tarde				

VALORACION DIARIAS DE ANSIEDAD Y REGISTRO DE SITUACION

REGISTRO DE SITUACION – PENSAMIENTO – CONDUCTA

FECHA	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION REACCIONES FISICAS	CONDUCTA
	<p>Describe el acontecimiento o suceso que motiva la emoción desagradable</p>	<p>Anota los pensamientos que preceden a la emoción y también las imágenes o recuerdos que te pasan por la cabeza</p>	<p>Especifica si te sientes ansioso, triste, enfadado, deprimido etc. Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 100</p>	<p>¿Qué hago ante esta situación? Duración: tiempo que dura el proceso Consecuencias : ¿Qué paso después?</p>

VALORACIONES DIARIAS DE ANSIEDAD Y REGISTRO DE SITUACION

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: Utilice la escala d valoración que se presenta a continuación para registrar una cifra de 0 a 100 que indique el nivel medio de ansiedad que haya experimentado durante el día. En la columna de la derecha describa brevemente cualquier situación que le haya parecido particularmente provocadora de ansiedad durante ese día.

0 Sin ansiedad alguna totalmente relajado	50 Nivel moderado o habitual de la ansiedad en estado ansioso	100 Estado extremo golpe de pánico que es insoportable y parece normal
---	---	---

Día de la semana fecha	Valoración del nivel medio de ansiedad (0-100)	Situaciones provocadoras (señale cualquier situación que haya aumentado su ansiedad durante el día de hoy.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders : Science and Practice de David A. Clark y Aaon Beck Copyright 2010 de Guilford Press

FORMULARIO DE ANALISIS SITUACIONAL

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones:

Por favor anote cualquier situación que haya provocado una respuesta de ansiedad. Describa brevemente la situación en la segunda columna y en la tercera valore la intensidad de la ansiedad (0-100) y su duración cantidad de minutos. En la cuarta columna señale los síntomas de la ansiedad más prominentes que ha experimentado y en la quinta registre cualquier pensamiento inmediato de la situación. En la Última columna comente, por favor, su respuesta ante la ansiedad.

Fecha/ Hora	Situación	Intensidad (0-100) duración de la ansiedad	Síntomas ansiosos primarios	Pensamientos ansiosos inmediatos	Respuesta inmediata al sentir ansiedad

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron Beck Copyright 2010 de Guilford Press

FORMULARIO DE AUTOMONITOREO DE SENSACIONES FISICAS

Nombre: _____ Fecha _____

Instrucciones: Por favor, anote a continuación cualquier situación o experiencia que produjera un aumento de ansiedad. Preste atención particular a las sensaciones corporales que se presentan en este formulario y señale las que haya percibido durante la experiencia. Use las escalas de valoración que se presentan al lado de cada sensación para indicar como se sintió en relación con cada sensación.

Describa brevemente la situación ansiosa: _____

Registre el nivel de ansiedad en la situación (escala de 0-100): _____

Listado de Sensaciones físicas experimentadas en la situación:

Sensación Física	Intensidad de la sensación física (use la escala de 0 a 100) que se define a continuación	Ansiedad relativa a la sensación física (use la escala de 0 a 100) que se define a continuación
Presión en el pecho		
Ritmo cardiaco acelerado		
Temblores		
Dificultad para respirar		
Tensión muscular		
Nauseas		
Mareado aturdido		
Débil , inestable		
Sensación de calor, sudoroso		
Sequedad de boca		
Presión en pecho		
Ritmo cardiaco acelerado		
Dificultad para respirar		
Temblores		
Tensión muscular		

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron Beck Copyright 2010 de Guilford Press

FORMULARIO DE AUTOMONITOREO DE PENSAMIENTOS APRENSIVOS

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya conllevado a un aumento de ansiedad. Tras valorar el nivel de ansiedad experimentado en la segunda columna, escriba las respuestas a las preguntas formuladas en las siguientes columnas teniendo en consideración lo que pensaba y sentía en la situación. Trate de completar este formulario mientras se encuentre en la situación o tan pronto como le sea posible.

Situación Provocadora de Ansiedad	Nivel medio de ansiedad Escala 0 -100	Peor resultado Posible ¿Qué es lo peor que podría ocurrir, independientemente de que sea o no realista?	¿Qué fallaba en la situación? ¿Qué le desconcierta de la situación o de su forma de comportarse? ¿Cómo podría comportarse los demás con usted que le molestaría?	Pensamientos ansiosos inmediatos. ¿Cómo podrá cambiar la situación para aliviar su ansiedad? ¿Qué podrá cambiar usted o los demás para aliviar su ansiedad?

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron Beck Copyright 2010 de Guilford Press

IDENTIFICAR LOS ERRORES DEL PENSAMIENTO ANSIOSO

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Teniendo como referencia el documento “Errores y Sesgos Comunes en la Ansiedad”. Use el formulario que se presenta a continuación para describir sus propios errores de pensamiento que se producen cuando se siente ansioso. Por favor concéntrese en cuáles son sus pensamientos en las situaciones ansiosas o cuando anticipa una de estas situaciones. Fíjese preferentemente en sus pensamientos aprensivos inmediatos, as que en las reconsideraciones secundarias de la situación.

Error de Pensamiento	Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso
Catastrofizar	
Saltar a conclusiones	
Visión de Túnel	
Propensión a la aproximación	
Razonamiento emocional	
Pensamiento de todo o nada	

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron Beck
Copyright 2010 de Guilford Press

COMPROBACION DE VALORACIONES ANSIOSAS BÚSQUEDA DE EVIDENCIAS

Nombre _____ Fecha _____

1. Describa brevemente el pensamiento o valoraciones ansiosos: _____
2. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado cuando usted está ansioso entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá)
3. Señale que gravedad atribuye al resultado cuando usted está ansioso entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe)
4. Señale el grado de probabilidad que a su parecer tiene este resultado tras considerar las evidencias entre 0% (no ocurrirá) y el 100% (seguro que ocurrirá)
5. Señale que gravedad atribuye al resultado tras considerar las pruebas entre 0 (no grave) y 100 (una catástrofe).

Pruebas favorables al pensamiento o valoración ansiosa	Pruebas que des confirman el pensamiento o Valoración ansiosa.

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron Beck Copyright 2010 de Guilford Press