



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Moreno Olivar, Dayana Ada

Asesor

Del Rosario Pacherrres, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado

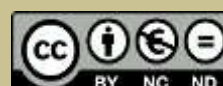
Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima - Perú

2024



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	www.scribd.com Fuente de Internet	2%
3	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	2%
4	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Abierta para Adultos Trabajo del estudiante	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora

Moreno Olivar, Dayana Ada

Asesor

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado

Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima- Perú

2024

Pensamientos

“Si nuestro pensamiento queda empantanado por significados simbólicos distorsionados, razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, nos volvemos en verdad, ciegos y sordos”.

Aaron Beck

“Para y date una oportunidad”.

Aaron Beck

Dedicatoria

A mis padres Betti y Héctor, por su amor y apoyo incondicional en cada etapa y meta propuesta en mi vida.

A Arturo, Adriana y Pisco por el acompañamiento y motivación durante todo el proceso.

Agradecimientos

A la UNFV por el profesionalismo y compromiso durante el desarrollo de la segunda especialidad en terapia cognitiva conductual.

A mi asesor Orlando Del Rosario Pacherras por compartir sus conocimientos y ser guía semana a semana en este logro profesional.

A aquellos colegas que conocí a lo largo de mi etapa profesional por el respaldo brindado y por ser fuente de inspiración.

ÍNDICE

Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del problema	4
1.2 Antecedentes	5
1.2.1 <i>Antecedentes Nacionales</i>	5
1.2.2 <i>Antecedentes Internacionales</i>	7
1.2.3 <i>Fundamentación Teórica</i>	9
1.3 Objetivos	12
1.4 Justificación	13
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	13
II. METODOLOGÍA	14
2.1 Tipo y diseño de Investigación	14
2.2 Ámbito temporal y espacial	14
2.3 Variables de Investigación	14
2.4 Participante	15
2.5 Técnicas e Instrumentos	15
2.5.1 <i>Técnicas</i>	15
2.5.2 <i>Instrumentos</i>	16
2.5.3 <i>Evaluación psicológica</i>	19
2.5.4 <i>Evaluación Psicométrica</i>	33
2.5.5 <i>Informe psicológico integrador</i>	38
2.6 Intervención	40
2.6.1 <i>Plan de intervención y Calendarización</i>	40
2.6.2 <i>Programa de intervención</i>	41
2.7 Procedimiento	46
2.8 Consideraciones éticas	47

III. RESULTADOS	48
3.1 Análisis de los Resultados	48
3.2 Discusión de Resultados	51
3.3 Seguimiento	53
IV. CONCLUSIONES	55
V. RECOMENDACIONES	56
VI. REFERENCIAS	
VII. ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Historia familiar.....	35
Tabla 2	Diagnóstico funcional.....	36
Tabla 3	Análisis funcional de la conducta.....	37
Tabla 4	Análisis cognitivo de la conducta.....	38
Tabla 5	Diagnóstico tradicional.....	39
Tabla 6	Pensamientos automáticos.....	45
Tabla 7	Plan de Intervención y calendarización.....	48
Tabla 8	Etapa de evaluación.....	50
Tabla 9	Etapa de intervención – Síntomas fisiológicos.....	51
Tabla 10	Etapa de intervención – Pensamientos distorsionados.....	52
Tabla 11	Etapa de intervención – Respuestas emocionales.....	52
Tabla 12	Etapa de intervención – Comunicación asertiva.....	53
Tabla 13	Etapa de seguimiento.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Resultados del inventario de ansiedad de Beck.....	56
Figura 2	Resultados del inventario de depresión de Beck.....	56
Figura 3	Resultados del inventario de pensamientos automáticos.....	57
Figura 4	Registro de frecuencia de síntomas fisiológicos de ansiedad.....	57
Figura 5	Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados.....	58
Figura 6	Registro de intensidad emocional de ansiedad.....	58

Resumen

Se presenta el caso psicológico de intervención cognitivo conductual en una mujer adulta de 58 años, casada, de profesión enfermera técnica, con diagnóstico de ansiedad generalizada. El objetivo de la intervención fue reducir los niveles de ansiedad a través de un programa del tratamiento cognitivo conductual. Se trata de una investigación de tipo aplicada, diseño experimental (pre – experimental), con abordaje en base al modelo A-B. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario Multiaxial de Millon II y el Inventario de Pensamientos automáticos. La intervención incluyó técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, parada de pensamientos, autoinstrucciones, respiración diafragmática, relajación muscular, entrenamiento en asertividad, modelado y solución de problemas. Al finalizar el programa de intervención, se obtuvo como resultado la reducción de los niveles de ansiedad generalizada, en sus dimensiones fisiológicas (acaloramiento en el cuerpo, hormigueo en las piernas, palpitaciones aceleradas y sudoración en manos, rostro y axilas), cognitivas (“en cualquier momento se va a ahogar y ya no va a despertar”, “le va a ocurrir algo malo a mi hija en la calle”, “se van a caer y va a ser mi culpa”), y emocionales (miedo, preocupación, frustración y enojo); así como también la reducción de las conductas de evitación (vigilar constantemente a su esposo mientras duerme, esperar junto a la ventana durante las noches, revisar constantemente el celular, permanecer alerta a los movimientos de sus suegros), y la instalación de la comunicación asertiva.

Palabras clave: Ansiedad generalizada, caso único, mujer adulta, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The psychological case of cognitive behavioral intervention is presented in a 58-year-old adult woman, married, a technical nurse by profession, with a diagnosis of generalized anxiety. The objective of the intervention was to reduce anxiety levels through a cognitive behavioral treatment program. This is an applied research, experimental design (pre-experimental), with an approach based on the A-B model. The instruments used for the evaluation were the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the Millon Multiaxial Inventory II and the Automatic Thoughts Inventory. The intervention included techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, thought stopping, self-instructions, diaphragmatic breathing, muscle relaxation, assertiveness training, modeling and problem solving. At the end of the intervention program, the result was a reduction in the levels of generalized anxiety, in its physiological dimensions (heat in the body, tingling in the legs, accelerated palpitations and sweating in the hands, face and armpits), cognitive ("at any moment she is going to drown and she is not going to wake up", "something bad is going to happen to my daughter in the street", "they are going to fall and it is going to be my fault"), and emotional (fear, worry, frustration and anger); as well as the reduction of avoidance behaviors (constantly watching her husband while he sleeps, waiting by the window at night, constantly checking her cell phone, staying alert to her in-laws' movements), and the installation of assertive communication.

Keywords: Generalized anxiety, single case, adult woman, cognitive behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), indicó que los trastornos de ansiedad, son los trastornos mentales más relevantes en la población mundial, siendo más común en las mujeres que en los hombres. En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2021), informó que se observa un alza de la prevalencia en los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, siendo el doble o hasta el triple el número de casos en comparación a periodos sin pandemia.

Para Cia (2007), la ansiedad es una emoción de carácter psicobiológico, cuya particularidad es ser elementalmente adaptativa. Lo que quiere decir, es que cumple el objetivo de lograr una serie de respuestas adecuadas para afrontar un actual o futuro evento, teniendo un papel intrínseco en la vida diaria de las personas. Reservándose así el lugar para la llamada ansiedad patológica (también llamada mórbida o clínica), para aquellas reacciones en las que las respuestas tanto en intensidad como en duración, son incongruentes con los estímulos que las provocan.

La ansiedad generalizada es un tipo de ansiedad que se encuentra dentro de la clasificación de trastornos de ansiedad, según American Psychiatric Association (APA, 2022). Como característica principal es que es persistente y no se limita a alguna situación específica, es decir, la persona puede estar angustiada por muchas situaciones, incluso a la vez.

Por ello, se toma en cuenta a la terapia cognitivo conductual, ya que ha demostrado científicamente efectos favorables en los trastornos de salud mental, por ello se considera utilizarla para explicar intervenciones con el objetivo de disminuir el malestar emocional y conductas desadaptativas, por medio de la modificación de los pensamientos distorsionados. (Kaplan et al., 1996)

En el presente trabajo académico, se describe el caso psicológico y la intervención cognitivo conductual, de una mujer de 58 años con diagnóstico de ansiedad generalizada. El

objetivo principal de la intervención, fue reducir los niveles de ansiedad generalizada a través de un programa de tratamiento cognitivo conductual. Para ello se plantearon seis objetivos específicos: reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada, modificar los pensamientos distorsionados, por unos más adaptativos, reducir las respuestas emocionales que generan malestar, eliminar las conductas motoras que refuerzan la ansiedad, aumentar las actividades de ocio, e instalar la comunicación asertiva mediante las técnicas de modelado y ensayo conductual.

El presente estudio es una investigación de tipo aplicada, de diseño experimental (pre – experimental), con abordaje en base al modelo A-B. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario Multiaxial de Millon II y el Inventario de Pensamientos automáticos. La intervención incluyó técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, parada de pensamientos, autoinstrucciones, respiración diafragmática, relajación muscular, entrenamiento en asertividad, modelado y solución de problemas.

Al finalizar el programa de intervención, se obtuvo como resultado la reducción significativa de los niveles de ansiedad generalizada, en sus dimensiones fisiológicas (acaloramiento en el cuerpo, hormigueo en las piernas, palpitaciones aceleradas y sudoración en manos, rostro y axilas), cognitivas (“en cualquier momento se va a ahogar y ya no va a despertar”, “le va a ocurrir algo malo a mi hija en la calle”, “se van a caer y va a ser mi culpa”), y emocionales (miedo, preocupación, frustración y enojo); así como también la reducción de las conductas de evitación (vigilar constantemente a su esposo mientras duerme, esperar junto a la ventana durante las noches, revisar constantemente el celular, permanecer alerta a los movimientos de sus suegros), y la instalación de la comunicación asertiva.

Por consiguiente, para una mayor comprensión del caso único, se procede a presentar el contenido del trabajo en los siguientes apartados:

En el apartado I, se presenta la introducción del trabajo, seguido de la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, asimismo, se brinda la fundamentación teórica de las variables. Además, se presentan los objetivos, tanto general como específicos, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En el apartado II, llamado metodología, se describe el tipo y diseño de investigación, el ámbito temporal y espacial donde se realizó la investigación, la descripción de la variable dependiente e independiente y los datos de la participante. Asimismo, se describen las técnicas e instrumentos utilizados para la evaluación psicológica y psicométrica, dando como resultado el informe psicológico integrador. En este mismo apartado, se presenta el plan de intervención y calendarización, el programa de intervención y el procedimiento. Finalmente, podemos encontrar las consideraciones éticas, tomadas en cuenta para mantener la confidencialidad de la evaluada.

En el apartado III, se detallan los resultados del programa de intervención, tanto el análisis de resultados, como la discusión de resultados y la fase de seguimiento.

Finalmente, en los apartados IV, V, VI y VII, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos del trabajo académico.

1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) indicó que más de 264 millones de personas padecen trastornos de ansiedad, de esta manera es definido como el trastorno mental más relevante en la población mundial, siendo más común en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%). (Frías, 2019).

En Europa, fue publicado “Health at a Glance: Europe 2018”, informe a cargo de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), donde refieren que en los Países Bajos se encuentra la población con mayor cantidad de casos de ansiedad con 7,28%, le sigue Noruega con un 6.63% y Alemania con 6,11%. En España, la enfermedad más sobresaliente es la ansiedad, teniendo un porcentaje del 5,76%. En este informe también se concluye, que la ansiedad se desarrolla más en las mujeres. (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018)

En el ámbito latinoamericano, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo Venezuela (3,6%), muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional (4,9%). América del Norte muestra la menor discapacidad, observándose en países como Canadá (3,4%), seguida de México (3,6%). y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional (Organismo Panamericano de la Salud [OPS], 2017).

Ya en el plano nacional, el Ministerio de Salud (MINSA, 2021), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME), informó que, desde el 1 de enero hasta el 31 de agosto, se prestó atención a 813 426 casos de salud mental a nivel nacional, siendo 132 928 por depresión y 261 197 casos por ansiedad. (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2021).

Alrededor del 20% de adultos y adultos mayores sufren de algún trastorno mental, destacándose entre ellos a los trastornos de ansiedad, depresión; consumo perjudicial, abuso y dependencia del alcohol. (INSM, 2021).

El Instituto Nacional de Salud Mental Víctor Larco Herrera (INSM, 2021), informó que se observa un alza de la prevalencia en los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, siendo el doble o hasta el triple el número de casos en comparación a periodos sin pandemia. De igual manera se indicó que en personas adultas, mientras que hace 9 años los casos de ansiedad eran del 2.1%, en mujeres y 1.7%, en hombres; en el 2020 aumentaron, siendo los porcentajes de 8.3% con respecto al primero y 5% el segundo.

En este punto, se pone en relieve el papel de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, siendo esta última una forma de intervención en la que se trata de identificar las distorsiones cognitivas que generan malestar en la persona, trabaja con los pensamientos y las conductas disfuncionales que generan malestar y desarrolla habilidades para el manejo y modificación de la preocupación y ansiedad, devolviéndole su funcionalidad. (Fullana et al., 2011).

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Sotomayor (2023) realizó un estudio de caso: intervención cognitivo conductual de una mujer adulta de 34 años con ansiedad generalizada. El objetivo principal fue reducir de ansiedad generalizada a través del programa de intervención cognitivo conductual en la usuaria. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron el Inventario de Creencias, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Escala de autovaloración Zung- ansiedad. Se diseñó una intervención Cognitivo conductual, que incluyó técnicas tales como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, modelo ABC y modelo ABCDE, debate socrático, autoinstrucciones, autorregistros, respiración diafragmática, relajación muscular, modelado,

role playing, biblioterapia, resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, actividades lúdicas y ocio. En los resultados obtenidos al finalizar la intervención, se logró reducir los niveles de ansiedad generalizada en sus dimensiones emocionales, fisiológicas y cognitivas, así como también las respuestas de evitación ante situaciones de conflictos familiares, demostrando la efectividad del tratamiento propuesto.

Huamani (2022) realizó el estudio de una mujer de 28 años, quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del CIE-10. El objetivo general fue determinar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada. Se utilizaron los siguientes instrumentos: registro de opiniones de Ellis y escala de ansiedad (BAI), la recolección de datos para la elaboración de la línea base fue con la entrevista conductual, autoregistros y el análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual. El programa constó de 9 sesiones: psicoeducación, entrenamiento en respiración, relajación de Jacobson y reestructuración cognitiva. Al finalizar, los resultados del programa de tratamiento muestran una disminución del 85% de la sintomatología ansiosa de las emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores.

Asto (2021) investigó sobre tratamiento de un caso de Trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitivo conductual, en una mujer de 20 años proveniente de Lima, con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa e identificar y modificar los pensamientos que generan angustia. Utilizó los siguientes instrumentos de medición: la Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck, Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Escala de automedición de Zung en depresión y ansiedad, Test de creencias de Ellis, Inventario de personalidad de Eysenck. Empleo las siguientes técnicas: el diálogo expositivo, psicoeducación, respiración diafragmática, respiración muscular, reestructuración cognitiva, modelado. Empleó 12 sesiones de tratamiento y 2 de seguimiento.

Obteniendo finalmente que la terapia cognitiva conductual logro modificar sus cogniciones, así como también reducir conductas de ansiedad.

Maravi (2020) realizo un estudio de caso: intervención Cognitivo conductual en una usuaria adulta con trastorno ansiedad generalizada, paciente de 43 años, utilizó el Test de matrices progresivas de Raven, Registro de Opiniones – Forma A, Test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck, Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), inventario de ansiedad de Beck (BAI), Inventario de depresión de Beck (BDI), Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R, Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, o Inventario SCL-90. En la intervención se aplicó la psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, Relajación progresiva de Jacobson abreviada, terapia de exposición, control de estímulo y programación de 6 actividades. Logro la eficacia de su tratamiento, disminuyendo la ansiedad de 54% a 14%.

Espinoza (2019) realizó un estudio de tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual, en una mujer adulta de 57 años, se utilizó el cuestionario sobre la historia de vida de Lazarus, el inventario de Depresión de Beck- II, la Escala de Ansiedad Estado Rasgo, el inventario Clínico Multiaxial 7 de Millon- II y la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos. El programa de intervención fue mediante la psicoeducacion, técnicas de relajación, de emotiva del Rol Racional, de experimento conductual y de solución de problemas. Se evidenció la eficacia de la intervención al lograr que la paciente comprendiera que la sintomatología ansiosa es producto de los pensamientos o creencias irracionales, y desarrollo de nuevas habilidades para controlar la ansiedad y solucionar problemas.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Collado (2020) en España, realiza una evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada, en un adulto de 39 años con antecedentes

de comorbilidad. Fue seleccionado al azar entre los que solicitaban atención psicológica en el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén, fue evaluado con el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pennsylvania, la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre y el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey. El programa de intervención estuvo desarrollado por la psicoeducación, relajación progresiva muscular, planificación de actividades agradables, exposición en imaginación; hábitos y técnicas de estudio, y entrenamiento en asertividad/ habilidades sociales. El tratamiento resultó eficaz para lograr la mayoría de los objetivos planteados, ello permitió reducir la frecuencia, duración e intensidad de las preocupaciones, disminuir los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad y mejorar las habilidades sociales del paciente.

Pabuena (2019) en Bolivia, realizó una evaluación e intervención clínica de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual, en un paciente adulto de 47 años. Un estudio de caso único, se aplicó el inventario de ansiedad estado rasgo (IDARE), el inventario clínico multiaxial de Millon III y autoregistros. La intervención fue con psicoeducación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, inoculación del estrés y prevención de recaídas. Hubo efectividad en el tratamiento cognitivo conductual, reducción significativa de la intensidad y frecuencia de las preocupaciones.

Pérez y Graña (2019) en España, presentó un caso clínico aplicando un tratamiento cognitivo conductual basado en el modelo de intolerancia a la incertidumbre a una mujer de 45 años con diagnóstico de Trastorno por ansiedad generalizada (TAG). Se aplicó el Inventario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania, la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, el “Inventario de ansiedad de Beck”, el “Inventario de depresión de Beck-II” y los Autorregistros de las preocupaciones. La intervención estuvo desarrollada por psicoeducación, respiración abdominal, parada de pensamientos, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, solución de

problemas y exposición gradual. Con relación a los resultados obtenidos, se observó una mejoría significativa en todas las variables evaluadas, que se mantuvieron también en el seguimiento.

Dewinta y Menaldi (2018) realizaron en Indonesia una investigación en una mujer de 22 años con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), con el objetivo de probar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la disminución del nivel de ansiedad en pacientes con arritmia. Esta investigación utilizó el método cualitativo, donde se evaluó a la usuaria a través del cuestionario Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). El tratamiento se llevó a cabo de forma intensiva en cinco sesiones en un lapso de tres semanas, siendo la duración de cada sesión es de 90 – 120 minutos, donde se buscó identificar los pensamientos negativos y su efecto en los comportamientos, hacer el uso de una respuesta racional a los pensamientos negativos, modificar comportamientos negativos a comportamientos positivos, evaluar el desarrollo de pensamientos y comportamientos positivos , así como explicar la importancia de psicofarmacología .Como resultado hubo una disminución de la ansiedad y control sobre pensamientos negativos, también se logró probar que la TCC es efectiva para reducir la ansiedad en pacientes cardíacos.

1.2.3. Fundamentación Teórica

A. Ansiedad. Para Sierra et al. (2003), la ansiedad comprende un estado de perturbación e inquietud, acompañado de síntomas psíquicos que causan malestar e inquietud en las personas, así mismo, viene acompañado de síntomas fisiológicos y de un estado de hipervigilia, pues la persona que la padece tiene la sensación de que se viene un peligro inminente, que puede no ser real, pero que ellos lo perciben con total claridad y sienten que deben anticiparse, tratando de buscar solución para sentirse seguros.

Fernández et al. (2012), definen la ansiedad como la emoción displacentera más común y universal que se caracteriza por alteraciones fisiológicas y comportamiento similares al

miedo que ante determinadas situaciones cotidianas da como resultado diferentes reacciones , que en caso sobrepase el límite o la capacidad adaptativa de la persona se pueda convertir en una ansiedad patológica, generando un desequilibrio significativo en diferentes áreas de la vida del sujeto como en lo físico, psicológico o conductual que en ocasiones pasan desapercibidos. Para Beck et al. (2012) la ansiedad supone un incremento de la vulnerabilidad en las personas, esto debido a que suelen dar una valoración exagerada a ciertas actitudes y opiniones que ellos ven como dañinas, siendo estos acontecimientos muchas veces inofensivos. “Esta valoración primaria de amenaza, hace pensar a las personas que ciertos actos pueden ser dañinos, peligrosos y perjudiciales” (p. 69).

B. Teorías explicativas de la ansiedad.

B.1. Teoría biológica. Sustentada por Eysenck (1980), el cual refiere que el ser humano nace con cierta vulnerabilidad emocional frente a estímulos medioambientales debido a que posee un sistema nervioso central lábil. Cierta tendencia a la ansiedad desprende el concepto de neuroticismo (Eysenck 1967, 1981, citado en Cia, 2007) la cual es característica de aquellos sujetos que poseen una lenta adaptación a los estímulos y una considerable activación del sistema nervioso autónomo. El neuroticista posee un sistema nervioso autónomo y lábil, muy reactivo a las situaciones ambientales de frustración y tensión: es una persona generalmente tensa, ansiosa, insegura y tímida, presenta bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas o irrupciones emocionales desproporcionadas, con tendencia a sufrir trastornos psicosomáticos (Rojas, 1986, citado en Sotomayor, 2023).

B.2. Teoría conductual. Hull (1921, citado en Sierra et al., 2003) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional, responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así pues, se entiende que la ansiedad se aprende a través de la observación y por modelaje (Sierra et al., 2003).

B.3. Teoría social. Basado en la teoría cognitivo social de Bandura, donde destaca la idea de que gran parte del aprendizaje humano se da en el medio social, confirmando a los procesos cognitivos un papel fundamental vinculado con el aprendizaje y modificación de la conducta. Según esta teoría el aprendizaje social resalta el papel activo del individuo en su interacción con su entorno, es decir, el comportamiento está definido por procesos cognitivos (valoración de estímulos), variables ambientales (físicas y sociales) y patrones de respuesta que también modifican el propio medio. Asimismo, Bandura y Walters (1974), así como Bandura (1977, 1982), concibieron la idea de la ansiedad como resultado de la valoración de estímulos externos e internos, donde el desenlace disponía la intensidad, tipo y subsistencia de la experiencia emocional.

B.4. Teoría cognitivo conductual. Clark y Beck (2012) señalan que “La intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad” (p.70). Por ende, cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo. Según esto, la ansiedad pasa a ser valorada como un concepto multidimensional. (Sierra et al., 2003)

C. Sintomatología de la Ansiedad generalizada. Los trastornos de ansiedad generalizada, de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, incluyen la presencia de preocupaciones excesivas, hacia diversas actividades que duran al menos 6 meses, siendo las preocupaciones difíciles de controlar para quien lo padece ya que viene acompañada de síntomas físicos como temblor, náuseas, diarrea, tensión y dolor muscular. (APA, 2013 citado en Salinas, 2017).

Romero et al. (2019), la preocupación se da como una cadena de pensamientos catastróficos que son difícil de poder controlar y se orientan a sentir temor o sentir incertidumbre por el futuro. Los individuos que padecen el trastorno de ansiedad generalizada

tienden a preocuparse por situaciones que es poco probable que sucedan si en caso ocurriera los resultados pueden ser menos catastróficos y manejables.

García et al. (2012) define al trastorno de ansiedad generalizada que se caracteriza por un estado constante de ansiedad:

- Tensión motora. Aquí podemos encontrar síntomas como tensión, fatiga o dolores musculares.
- Hiperactividad. Presenta palpitaciones, mareos, sudoración, escalofríos.
- Temores o miedos constantes. Sensación de amenaza, temores, inseguridad, presentimientos que aparecen de manera impredecible que aparecen sin motivo.
- Estado constante de hipervigilancia. Se presenta con irritabilidad, problemas de atender y concentrarse, nerviosismo, insomnio.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Disminuir los niveles de ansiedad generalizada en una mujer adulta, a través de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada.
- b) Modificar los pensamientos distorsionados, por unos más adaptativos.
- c) Reducir las respuestas emocionales que generan malestar.
- d) Eliminar las conductas motoras que refuerzan la ansiedad.
- e) Aumentar las actividades de ocio.
- f) Instalar la comunicación asertiva mediante las técnicas de modelado y ensayo conductual.

1.4. Justificación

El presente estudio beneficiará a la evaluada con la cual se trabajó, ya que le permitirá un mejor afrontamiento ante las situaciones que le generen ansiedad, mejorando en su desenvolvimiento personal y familiar.

A su vez, se pretende contribuir con un aporte metodológico, dado que el presente trabajo servirá como una referencia para otros profesionales en psicología y/o estudiantes, que pretendan abordar casos psicológicos en Ansiedad Generalizada.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se espera disminuir la sintomatología ansiosa de la evaluada, mejorando su salud emocional y física. De esta manera, se reducirán los pensamientos irracionales que son desadaptativos, disminuirán las respuestas fisiológicas perturbadoras y las conductas de escape y evitación, llevándola a tener mejor calidad de vida. Finalmente, esta intervención podrá ser replicada en casos con sintomatología similar tomándolo como evidencia empírica.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El presente estudio corresponde al tipo de investigación aplicada, ya que es “La aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se deriven” (Sánchez y Reyes, 2015, p. 44).

Asimismo, se trata de un estudio con diseño experimental de caso único (pre experimental), porque se caracteriza por tener un solo sujeto (Hernández et al., 2014). En el presente estudio se busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada en una paciente mujer de 50 años.

Se utilizó el modelo sin retirada AB, por ser un tipo de diseño en el que no se puede retirar el tratamiento, donde la fase A implica observaciones de la línea base, y la fase B introduce la variable de tratamiento, para observar los cambios en la variable dependiente (Montero y León, 2007).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El desarrollo de la intervención psicológica de este caso clínico se ejecutó desde el mes de enero hasta junio del año 2024, comprendiendo 13 sesiones semanales de forma presencial en la consulta privada en el distrito de Miraflores, Lima y 3 sesiones mensuales de seguimiento de forma virtual, con duración de 45 minutos.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. *Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual*

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, se basa en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para hacer frente a sus problemas. Se encuentra conformada por técnicas e

intervenciones estructuradas que se ponen en práctica luego de una evaluación de la sintomatología del paciente.

2.3.2. Variable dependiente: Ansiedad Generalizada

La ansiedad según Clark y Beck (2012), implica un complejo patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes para nuestros intereses vitales.

Según el DSM-V TR (2022), las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son un ansiedad persistente y excesiva y una preocupación o temores exagerados sobre varios aspectos, como el trabajo, la salud, aspectos económicos y familiares, que la persona percibe difíciles de controlar, además el sujeto experimenta síntomas físicos como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. De acuerdo a los criterios diagnósticos se diagnostica cuando la ansiedad y preocupación excesiva se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

2.4. Participante/ Sujeto

Mujer de 58 años, casada, técnica en enfermería, ocupación ama de casa, residente del distrito de San Isidro, Lima, presenta sintomatología ansiosa relevante, relacionada con el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

A. Entrevista psicológica. Busca identificar las conductas objetivo de evaluar. Además, es el método para solicitar, el consentimiento informado, desarrollar el análisis funcional, la historia clínica, conocer la motivación del paciente o evaluar la efectividad de las intervenciones. (Ruiz et al., 2012).

B. Observación psicológica. Es un método requerido durante la intervención y su objetivo está dirigido a obtener información detallada acerca de las conductas problemáticas e identificarlas claramente (Ruiz et al., 2012).

2.5.2. Instrumentos

A. Inventario de depresión de Beck – II.

Ficha Técnica

- Nombre: Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).
- Autores: Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Año en la que se publicó: El cuestionario fue adaptado en Lima Sur por Espinosa Estrada Ángela (2016).
- Administración: Colectiva e Individual.
- Significación: Evaluar el nivel de Depresión.
- Tiempo de aplicación: 10 minutos como máximo.
- Grado de aplicación: Mayoría de edad.
- Características: El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre las cuatro alternativas lo que mejor le parezca según el estado de ánimo del cual se encuentre.
- Análisis psicométrico: Espinoza (2016), en una muestra de más de 1000 universitarios de Lima Sur, reportó en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esta población que hallan y componen el inventario; así mismo, evaluó la validez de constructo de BDI-II a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total.

B. Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Ficha Técnica

- Nombre: Inventario de Ansiedad de Beck.
- Nombre original: Beck Anxiety Inventory (BAI).
- Autores: Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer (1988).
- Duración: 10 – 30 minutos.
- Aplicación: Individual o colectiva.
- Edad de aplicación: Adolescentes y adultos.
- Finalidad: Concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.
- Análisis psicométrico: Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62. Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación r con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte, los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

C. Inventario clínico multiaxial de Millon II.

Ficha Técnica

- Abreviado: MCMI-II.
- Autor: Theodore Millon.
- Año de publicación: 2002.

- Significación: Evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales.
- Tipo de aplicación: individual, colectivo.
- Rango de aplicación: 18 años en adelante.
- Duración: Tiempo variable, entre 30 a 40 minutos.
- Adaptaciones o Baremos: Tasas bases para las puntuaciones directas.
- Descripción: Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración, relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico.

D. Inventario de pensamientos automáticos (IPA).

Ficha Técnica

- Nombre original: Inventario de pensamientos automáticos “IPA”.
- Autores: Ruiz y Lujan (1991).
- Administración: Individual, colectiva, autoaplicable.
- Duración: 30 - 45 minutos aproximadamente.
- Aplicación: 15 años en adelante.
- Significación: Distorsiones cognitivas presentes en la persona.

El inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan es un instrumento psicométrico para medir el tipo de distorsiones cognitivas más prevalentes. De entre 15 tipos de distorsiones que se plantean en el instrumento.

E. Registros: Registro de pensamientos automáticos (ver Anexo F).

2.5.3 Evaluación psicológica

A. Historia Psicológica

A.1. Datos de filiación

- Nombre : Elsa.
- Edad : 58 años.
- Sexo : Femenino.
- Fecha de nacimiento : 9 de abril de 1966.
- Lugar de nacimiento : Ancash.
- Lugar de residencia : San Isidro.
- Grado de instrucción : Técnica en Enfermería.
- Ocupación : Ama de casa.
- Estado civil : Casada.
- Con quienes vive : Esposo, hija, yerno, nieto y suegros.
- Número de hijos : 1.
- Número de hermanos : 3.
- Lugar que ocupa entre hermanos : Última hija.
- Religión : Católica.
- Fecha de evaluación : 13 de enero 2024.
- Evaluador : Psic. Moreno Olivar Dayana.

A.2. Observación psicológica. Paciente de sexo femenino, de tez clara, contextura robusta, de estatura 1.65 aproximadamente. Se encontraba vestida acorde a la situación y estación. Además, mostraba adecuada higiene y aliño personal.

Mostraba una postura semi encorvada, mantenía un contacto visual fijo, se la notó atenta a las indicaciones, aunque mostrando por momentos facies de preocupación. Su lenguaje

fue claro y su tono de voz adecuado. Mostró actitud colaboradora y respondió a todas las preguntas de la evaluadora.

A.3. Motivo de consulta. Mujer adulta asiste a consulta y refiere lo siguiente: "Vengo a pedir ayuda porque desde hace un par de semanas tengo dificultades para dormir, mi familia siempre me dice que me preocupo por todo, pero yo lo he notado más en estas últimas dos semanas".

A.4. Problema Actual. La evaluada menciona que desde hace 7 meses siente hormigueos en las piernas, acaloramiento en el cuerpo, sudoración en las manos, rostro y axilas y en algunas ocasiones ha sentido sus palpitaciones aceleradas. Esto a raíz de que su esposo fue diagnosticado con obesidad Tipo III, sintiendo temor de perderlo. Asimismo, menciona: "Llegué a pensar que estaba enferma de algo, pero fui al médico y no me encontraron nada, también descartaron el tema de la menopausia, porque el periodo se me fue hace más de 10 años, por eso me derivaron a psicología". La evaluada identifica que estos síntomas le suceden casi todo el tiempo, con una frecuencia de 5 días a la semana, con duración de 30 minutos a 1 hora por episodio, y manifiesta sentir preocupación (8/10), frustración (8/10) y miedo (9/10). Además, menciona que en algunas ocasiones ha intentado relajarse por su propia cuenta, pero no ha podido

Por otro lado, también refiere que suele perder la paciencia con sus suegros, ya que no la escuchan y teme que puedan caerse al realizar sus actividades cotidianas (ir al baño, subir y bajar las escaleras).

Por las noches siente preocupación por la salud de su esposo, cada vez que lo ve dormir piensa que se va a ahogar y ya no va a despertar, "¡se va a morir!" menciona. Tiene que estar moviéndolo para que no le pase nada, o cada vez que su esposo reniega o se altera por algo, piensa que le va a dar un ataque al corazón, como le ocurrió a su abuelo.

Además, refiere sentir miedo que algo malo le vaya a ocurrir a su hija en la calle y que no regrese a casa, más aún cuando ve en la televisión los asaltos y muertes en las noticias. Menciona sentir temor de recibir llamadas de algún número desconocido, porque piensa que es para darle una mala noticia o avisar que algo malo le pasó a su hija. Por las noches, sale a mirar por la ventana hasta que su hija llegue a casa, “ella me dice que me relaje, que me preocupo mucho, eso también me lo dice cuando le insisto para que pague a tiempo los servicios de luz, agua y teléfono, con tantas cosas que tiene que hacer pienso que se puede olvidar, porque ya se ha olvidado anteriormente y nos han cortado” menciona.

A.5. Desarrollo cronológico del problema. Refiere que a la edad de 14 años cuando estaba en 3ro de secundaria, le habían dejado como trabajo final, exponer en el curso de Historia del Perú. Sus notas habían bajado todo ese año, por lo que la profesora había mandado a llamar a su madre para informarle que si no aprobaba iba jalar ese curso, necesitaba un 17 de nota para aprobar. Comenta que la noche anterior no podía dormir pensando en la exposición; además le dolía la barriga y el corazón le latía muy fuerte. Cuando llegó al colegio la profesora la llamó para exponer, empezó a sudar, tuvo temblor en las manos y pies, su corazón latía cada vez más rápido y no pudo exponer. La docente la mandó a sentar, finalmente menciona que nunca antes había sentido miedo a exponer, cree que fue la presión por no querer desaprobar el curso.

Indica que cuando tenía 19 años su tía fue diagnosticada con diabetes, por ello su madre la invitó a vivir un tiempo en la casa. Menciona que su tía a veces se sentía mal después de cada comida, por ello cada vez que comían juntas en casa, siempre la miraba pensando en que algo malo le podría pasar. Sentía que su corazón latía rápido y se quedaba paralizada pensando: “seguro algo le va a pasar”, “no podría soportar que se muera”, debido a eso, empezó a llegar a casa después de cada comida para no verla comer.

A los 25 años de edad menciona un episodio en el que sintió mucha preocupación y angustia, porque creía que había quedado embarazada. Ella se encontraba estudiando una

carrera técnica y no se encontraba laborando. Comenta que se lo contó a su pareja y él le recomendó que esperaran 1 mes para que le puedan realizar los exámenes correspondientes. Indica que fue un mes muy complicado, presentando temblor en las manos, cefaleas, aumento de apetito y sensación de náuseas, también pensaba “mi mamá me va a botar de la casa”, “mi pareja me va a dejar”, “donde voy a vivir” y “cómo cuidare a mi hijo”, hasta que recibió los resultados negativos, sin embargo, esto afectó sus relaciones íntimas con su pareja porque pensaba que en cualquier momento podría quedar embarazada de verdad.

Cuando tenía 36 años su hija se extravió en un centro comercial por un pequeño descuido durante 10 minutos. Ella refiere que se sintió culpable de no haberla cuidado y protegido. En ese momento pensaba todo lo malo que le podría ocurrir a su hija, pensó que la habían secuestrado. Sentía angustia, desesperación y tristeza por lo que inmediatamente llamó a la policía e hizo un escándalo con el personal de seguridad para encontrarla. Manifiesta que cuando su hija apareció empezó a llorar y sintió un gran alivio, pero cuando llegó a casa no pudo dormir toda la noche por pensar en todo lo que le había pasado, le empezó a doler la cabeza y el ojo derecho le temblaba.

Cuando tenía 52 años, su hija fue víctima de robo, comenta que su hija fue a hacer compras al supermercado, y mientras caminaba se encontraba hablando con ella por teléfono, para coordinar que es lo que debía comprar, cuando de pronto le arrebatan el celular a su hija. Menciona que ella solo escuchó un grito fuerte y después se colgó la llamada, intentó volver a llamar, pero nadie contestaba, a los pocos minutos el celular fue apagado, comenta que sintió mucha angustia al no poder comunicarse con su hija, ni saber si le había ocurrido algo malo. Al ver que ya había pasado una hora y su hija no volvía a casa, su angustia se incrementó y decidió salir a buscarla, pero no la encontró. Al volver a casa, su hija ya había regresado y le comentó que se había demorado porque fue a la comisaría a poner la denuncia por el robo, ella se encontraba bien, luego de escucharla volvió a sentir alivio.

A los 54 años, cortaron el servicio de luz en casa, porque a su hija se le olvidó hacer el pago a tiempo. Comenta que ella era la encargada de hacer los pagos de manera presencial, pero por el tema de la pandemia, le pidió a su hija que se encargara de hacerlo por los aplicativos del celular. Indica que en marzo lo hizo correctamente, pero en abril y mayo se olvidó porque no estaba acostumbrada a hacerlo y ella no se lo recordó. Indica que cuando le cortaron la luz sintió enojo y nervios, porque no podía hacer las cosas a su ritmo, no podía usar la televisión para distraerse y esto la desesperaba. Aproximadamente una semana después le devolvieron el servicio de luz.

Cuando tenía 55 años, la evaluada menciona que empezó a tener síntomas de un resfriado, lo cual le dio mucho temor, ya que pensó que se había contagiado de Covid, y más aún por miedo a contagiar a algún miembro de su familia, ya que en su casa estaban sus suegros que son adultos mayores y su esposo que padece de obesidad. Esta situación le generó mucha ansiedad, tuvo que alejarse de su familia por unos días mientras se recuperaba, y buscar una clínica que pueda enviar personal, para realizar la prueba de descarte de Covid. El resultado fue negativo, lo que le devolvió tranquilidad, menciona que no sabe cómo se pudo resfriar, ya que era muy cuidadosa con los protocolos de prevención.

A los 57 años, preocupada por el peso y el estado de salud de su esposo, le dice que ya es momento de llevarlo a la clínica, y ante tanta insistencia su esposo accede. El médico realiza las evaluaciones del caso y le da el diagnóstico de Obesidad tipo III. La paciente menciona que desde que escuchó el diagnóstico y fue consciente de la enfermedad, su preocupación se intensificó, llegando a pensar el peor de los casos, sumado a que también su esposo era parte de la población de riesgo de la pandemia. Desde ese momento se percató que iniciaron los síntomas de sudoración y palpitaciones, llegando a ser cada vez más frecuentes.

En el mes de diciembre del año pasado, la evaluada decide asistir a medicina general con la idea de que estaba enferma de algo, ya que estaba presentando algunos síntomas físicos

(acaloramiento en el cuerpo, sudor en las manos, hormigueos en los miembros inferiores y en algunas ocasiones palpitaciones aceleradas) y problemas para conciliar el sueño, menciona que ya tenía tiempo con estos síntomas, e incluso había intentado relajarse por su cuenta mediante paseos, lecturas y música relajante, pero que no le había funcionado. El médico le informa que sus análisis están correctos y que quizás esté presentando síntomas somáticos de otro tipo de afección, lo cual le generó preocupación e incertidumbre por no saber qué era lo que le pasaba, es así que es derivada al consultorio de psicología.

La evaluada menciona sentirse preocupada por la situación actual del país, además siente tristeza por tantas personas asaltadas y asesinadas a diario, y miedo porque le pueda pasar algo a su hija en la calle, ya que ella asiste a la universidad de manera presencial y esto le genera mucha ansiedad, más aún cuando ve en la televisión las noticias. Por ello, se mantiene al pendiente de la hora de llegada de su hija y del celular para comunicarse con ella.

B. Historia Personal

B.1. Escolaridad. La evaluada manifiesta que ingresó a transición a la edad de 8 años, ya que en la sierra se acostumbraba a que los niños inicien la etapa escolar tarde, indica también que su rendimiento académico fue bueno y siempre se preocupaba por estudiar para cada examen, asimismo menciona que era una niña que se llevaba bien con sus compañeros y le gustaba jugar después de las clases con ellos. Con respecto al nivel primaria, su rendimiento también fue bueno y se llevaba bien con sus compañeros, sin embargo cuando tenía 10 años una compañera de clase la empezó a agredir sin motivo alguno físicamente y a diario, la evaluada indica que su carácter siempre fue tranquilo y le costaba defenderse, entonces se lo contó su hermano, él le aconsejó que no permita eso y aprenda a defenderse, al día siguiente la evaluada manifiesta que se armó de valor y cuando la compañera quiso volver a agredirla, ella le respondió de la misma manera, desde ese momento su compañera no la volvió a molestar más. Además, indica que en primaria su rendimiento y la relación con sus amistades se

mantenían de la misma manera, culminó sus estudios a los 18 años con los deseos de venir a Lima para estudiar enfermería. A los 20 años la evaluada ingresó a un instituto a estudiar enfermería técnica, su desarrollo académico y la relación con sus pares fueron adecuados, obtenía buenas calificaciones y nunca tuvo ningún problema con sus compañeros.

B.2. Adolescencia. La evaluada refiere que a los 12 años habló por primera vez con su padre, desde niña familiares suyos le habían indicado quién era él pero nunca se lo habían presentado, desde niña solo lo miraba algunas veces y de lejos ya que tenía vergüenza decirle algo porque se ponía a pensar en que si él era su padre por qué no se acercaba o por qué no le decía hija, entonces a los 12 años lo buscó y conversó con él, la evaluada recuerda que lo único que hizo su padre fue comprarle un par de zapatillas y luego desaparecer, menciona que siguió con su vida y que no le afectó, porque nunca había pasado tiempo con su padre. A los 19 años vino a Lima a la casa de su hermana para estudiar enfermería, ella menciona que se adaptó bien porque se puso a estudiar rápido qué es lo que ella deseaba, indica también que algunos días cuando despertaba por las mañanas se ponía a pensar en que su madre estaba lejos y la extrañaba, pero luego se iba a trabajar y luego estudiar, se distraía y ya no pensaba en eso. Con respecto a sus relaciones interpersonales, menciona que siempre fue una persona tímida y que le costaba expresarse o hablar en público, actualmente piensa que ha mejorado ya que ahora es capaz de hablar en voz alta y en público.

B.3. Relaciones sexuales y de pareja. Refiere que a los 13 años tuvo su primera menstruación, ella se sintió muy avergonzada con respecto a la idea de contárselo a su madre, debido a que recordó que un año atrás ella le gritó porque notó que sus senos se estaban desarrollando. A los 17 años tuvo su primer enamorado con el cual se llevaban bien y mantuvieron una relación de un año. Ya en Lima, a la edad de 19 años mantuvo otra relación con un hombre 11 años mayor que ella, comentó que el inicio solo se veían los domingos y la trataba muy bien, era muy educado y caballero, la llevó a su casa y le comentó que vivía solo,

al ver una mujer allí le preguntó por ella y él le dijo que era su empleada, tiempo después convivieron en casa de la evaluada durante 10 años, durante todo ese tiempo la evaluada descubrió que la supuesta empleada que había conocido era la esposa de su pareja, además que tenía cuatro parejas aparte de ella y ocho hijos de diferentes mujeres, también sufrió violencia física y psicológica, a pesar de todo eso, ella quería tener un hijo para que esté con ella en su vejez, su pareja no quería eso, entonces dejó de usar anticonceptivos sin que él lo sepa y salió embarazada, cuatro años después conoce un hombre en el trabajo, el cual la ayudó a escapar del problema que tenía con su ex pareja, se casó con ella, aceptó y crio a su hija como si fuera suya, actualmente llevan 14 años de casados, se llevan bien con excepción de que ahora su esposo se siente cansado y aburrido por los síntomas de ansiedad que tiene hace dos años y medio.

B.4. Vida Laboral. A los 8 años la evaluada trabajó por un año lavando pañales, indica que le gustaba mucho trabajar y ganar dinero, con la mitad se compraba lo que quería en ese momento y la otra mitad lo ahorra, asimismo siempre la felicitaban por su buen trabajo y responsabilidad. A los 15 años trabajó cuidando bebés, su desempeño se mantuvo, así como la relación adecuada con sus superiores. En Lima, a los 19 años trabajó como empleada para así poder pagar sus estudios, comenta que los dueños de la casa donde trabajaba la trataban muy bien y le daban facilidades para retirarse temprano para que vaya a estudiar, así mismo ella se desempeñaba bien en su trabajo y tenía una comunicación constante con sus patrones. A los 22 años trabajó como enfermera en una clínica durante 3 años, para así pagar sus estudios dos años, su desempeño se mantuvo, asimismo sus relaciones sociales con sus compañeros. A los 26 años trabajó cuidando ancianos durante 3 años, luego dio a luz y dejó el trabajo para dedicarse por completo a su hija.

B.5. Vida Social. La evaluada indica que le gusta realizar labores domésticas, jugar con su nieto e ir a los programas que tiene su municipalidad, así como a sesiones de masajes y ejercicios de psicología.

Tabla 1

Historia Familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Dedicación
Padre	Enrique	Falleció a los 52 años.	Técnico.	Carpintero
Madre	Victoria	Falleció a los 95 años.	Secundaria completa.	Ama de casa
Hermano 1	Oswaldo	66 años.	Secundaria completa.	Chofer
Hermano 2	Julia	Falleció a los 40 años.	Técnico.	Ama de casa
Hermano 3	Jaime	Falleció a los 35 años.	Técnico.	Albañil
Esposo	Héctor	64 años.	Superior.	Jubilado.
Hija	Rosa	26 años.	Superior.	Estudiante universitaria.

Relaciones familiares. La evaluada refiere que solo tuvo una oportunidad de conversar con su padre, era un hombre de pocas palabras, no demostraba afecto y percibió que tenía poco interés hacia ella. Su madre era una mujer preocupada, responsable y trabajadora, se llevaba bien con todos. Su hermano Oswaldo es una persona trabajadora, siempre se apoyaron para ayudar a su madre, aunque a veces peleaban porque era un poco irresponsable. Llevó una buena relación con su hermana Julia, era protectora, pegada a las normas y de carácter fuerte. Mientras que con su hermano Jaime era con el que tenía una mejor relación, era una persona alegre, trabajadora y amorosa. Tiene una buena relación con su esposo, menciona que es una persona

recta y responsable, aunque no es muy expresivo afectivamente. Además, lleva una relación adecuada con su hija, mantienen comunicación constante y se apoyan mutuamente.

Tabla 2

Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas fisiológicos de ansiedad. • Pensamientos catastróficos. • Esperar junto a la ventana durante las noches, para ver si llega su hija. • Revisar constantemente el celular para comprobar si su hija se comunica. • Vigilar constantemente a su esposo mientras duerme por temor a que se ahogue. • Permanecer alerta a los movimientos de sus suegros, por temor a que les vaya a ocurrir algo malo. 	Actividades de ocio. Frecuentar amistades, salir a pasear a centros comerciales, ir a misa.	Comunicación asertiva. Reconoce no saber expresar sus pensamientos o emociones de forma efectiva.

Tabla 3*Análisis Funcional de la conducta*

Estímulo discriminativo	Respuesta	Estímulo reforzador
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando ve que sus suegros se levantan o caminan solos por la casa. - Cuando ve dormir a su esposo. - Cada vez que ve a su esposo renegar o alterarse. - Cuando ve salir a su hija a la calle. - Cuando ve en las noticias los asaltos y asesinatos. <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando recuerda que su hija se olvidó de pagar los servicios. - Cuando recuerda el fallecimiento de su abuelo. - Cuando recuerda la muerte de su abuelo por un infarto al corazón. 	<p>Fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio. - Hormigueos en las piernas. - Acaloramiento en el cuerpo. - Sudoración en las manos, rostro y axilas. - Palpitaciones aceleradas. <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo (9/10). - Preocupación (8/10). - Frustración (8/10). - Enojo (7/10). - Tristeza (8/10). <p>Cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“En cualquier momento se va a ahogar y ya no va a despertar”.</i> - <i>“Le va a dar un ataque al corazón”.</i> - <i>“Le va a ocurrir algo malo en la calle”.</i> - <i>“Se van a caer y va a ser mi culpa”.</i> - <i>“Me van a llamar diciendo que algo malo le pasó a mi hija”.</i> <p>Motor / Conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar constantemente a su esposo mientras duerme por temor a que se ahogue. - Esperar junto a la ventana durante las noches, para ver si llega su hija. - Revisar constantemente el celular para comprobar si su hija se comunica. - Permanecer alerta a los movimientos de sus suegros, por temor a que les vaya a ocurrir algo malo. 	<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su familia le dice que se preocupa por todo. - El médico no le encontró un problema de salud. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Debo estar enferma de algo”.</i> - <i>“No puedo relajarme”.</i>

Tabla 4*Análisis Cognitivo de la conducta*

Situación (a)	Pensamiento (b)	Emoción y conducta (c)
Cuando ve que sus suegros se levantan o caminan solos por la casa.	<i>“Se van a caer y va a ser mi culpa”.</i>	- Preocupación (8/10). - Miedo (9/10).
Cuando ve dormir a su esposo.	<i>“En cualquier momento se va a ahogar y ya no va a despertar”.</i>	- Miedo (9/10). - Preocupación (9/10)
Cada vez que ve a su esposo renegar o alterarse.	<i>“Le va a dar un ataque al corazón”.</i>	- Frustración (8/10). - Preocupación (8/10).
Cuando se pone nerviosa o se siente muy preocupada.	<i>“Debo estar enferma”.</i>	- Miedo (9/10).
Cuando ve salir a su hija a la calle.	<i>“Le va a ocurrir algo malo y no va a regresar a casa”.</i>	- Preocupación (8/10).
Cuando ve en las noticias los asaltos y asesinatos.	<i>“Me van a llamar diciendo que algo malo le pasó a mi hija”.</i>	- Preocupación (8/10). - Miedo (8/10).
Cuando recuerda que su hija se olvidó de pagar los servicios.	<i>“Se va a olvidar de pagar de nuevo, ya nos cortaron una vez la luz”.</i>	- Preocupación (8/10). - Enojo (7/10).

Tabla 5*Diagnóstico Tradicional: (DSM V - TR)*

Criterios DSM V – TR	Presentes en la paciente
A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	Presenta preocupación excesiva por más de un año.
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación	La evaluada ha intentado relajarse por su propia cuenta y no ha podido.
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):	
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.	Presenta palpitaciones aceleradas y sudoración en las manos.
2. Fácilmente fatigado.	Refiere cansancio mental por estar constantemente alerta a las situaciones.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.	Refiere no poder realizar su actividades con normalidad debido a la preocupación.
4. Irritabilidad.	Se ha notado sensible e irritable al no poder controlar su estado de ánimo.

5. Tensión muscular.	Presenta acaloramiento en el cuerpo y hormigueos en las piernas.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).	Presenta insomnio.
D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Ha dejado de asistir a reuniones sociales y realizar sus actividades con regularidad.
E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).	No presenta afecciones médicas ni consumo de sustancias psicoactivas.
F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.	No presenta otro trastorno mental.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

A. Inventario de depresión de Beck.

Datos de filiación

- Nombre: Elsa.
- Edad: 58 años.
- Lugar de nacimiento: Ancash.
- Lugar de residencia: San Isidro.
- Grado de instrucción: Técnica en Enfermería.
- Ocupación: Ama de casa.
- Fecha de evaluación: 13/01/2024
- Fecha de informe: 14/01/2024

Motivo de evaluación

Medir el nivel de depresión.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck

Resultados

Puntaje: 12 puntos.

Categoría: Mínima depresión.

Interpretación

Según los resultados obtenidos la evaluada obtuvo un puntaje de 12 lo cual la ubica en la categoría mínima depresión, caracterizándola por presentar altibajos considerados como normales en su vida cotidiana, en algunas ocasiones presenta sentimientos de tristeza, desánimo, irritabilidad, y dificultad para dormir.

Conclusiones

No se encuentran signos relevantes de depresión.

B. Inventario de ansiedad de Beck

Datos de filiación

- Nombre: Elsa.
- Edad: 58 años.
- Lugar de nacimiento: Ancash.
- Lugar de residencia: San Isidro.
- Grado de instrucción: Técnica en Enfermería.
- Ocupación: Ama de casa.
- Fecha de evaluación: 17/01/2024
- Fecha de informe: 18/01/201/24

Motivo de evaluación

Medir el nivel de ansiedad.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario de ansiedad de Beck.

Resultados

Puntaje: 34 puntos.

Categoría: Ansiedad severa.

Interpretación

Según los resultados obtenidos la evaluada obtuvo un puntaje de 34 lo cual la ubica en la categoría ansiedad severa, caracterizándola por presentar parestesias en las piernas, acaloramiento en el cuerpo, nerviosismo, pensamientos con contenido catastrófico en relación al futuro, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración en manos, rostro y axilas.

Conclusiones

El grado de ansiedad que presenta la evaluada es de 34 puntos lo cual la ubica en la categoría de ansiedad severa.

Recomendaciones

Iniciar tratamiento especializado para disminuir los síntomas de ansiedad.

C. Inventario multiaxial de Millon II

Datos de filiación

- Nombre: Elsa.
- Edad: 58 años.
- Lugar de nacimiento: Ancash.
- Lugar de residencia: San Isidro.
- Grado de instrucción: Técnica en Enfermería.
- Ocupación: Ama de casa.
- Fecha de evaluación: 24/01/2024
- Fecha de informe: 25/01/2024

Motivo de evaluación

Identificar patrones clínicos de la personalidad.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica.
- Inventario multiaxial de Millon II.

Resultados

Patrones clínicos de la personalidad

- Evitativo: 78 puntos.
- Compulsivo: 79 puntos.
- Autoderrotista: 75 puntos.

Síndromes Clínicos

- Ansiedad: 86 puntos.

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación del inventario multiaxial de Millón II, se encontró que la prueba era válida y se respondió con honestidad. Dentro de los patrones clínicos de personalidad, la evaluada obtuvo indicadores moderados en evitativo, compulsivo y auto derrotista la cual se caracteriza por experimentar pocos refuerzos positivos tanto de sí misma como de los otros, permanece vigilante, sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás, además se muestra como una persona que se sobre exige y exige a los demás, también tiende a relacionarse con los demás de una manera auto sacrificada. Por otro lado, no presenta patologías severas de la personalidad, sin embargo, dentro de los síndromes clínicos, la evaluada presenta indicadores elevados de ansiedad.

Conclusiones

La evaluada presenta patrones clínicos de la personalidad evitativos, compulsivos y autoderrotistas en nivel moderado.

Recomendaciones

Iniciar tratamiento especializado para disminuir los síntomas de ansiedad.

D. Inventario de pensamientos automáticos (IPA)

Datos de filiación

- Nombre: Elsa.
- Edad: 58 años.
- Lugar de nacimiento: Ancash.
- Lugar de residencia: San Isidro.
- Grado de instrucción: Técnica en Enfermería.
- Ocupación: Ama de casa.

- Fecha de evaluación: 31/01/2024

- Fecha de informe: 01/02/2024

Motivo de evaluación

Identificar las distorsiones cognitivas presentes en la evaluada.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario de pensamientos automáticos (IPA).

Tabla 6

Resultados del IPA

Pensamiento automático	Puntaje
Interpretación del pensamiento	8 – Severo.
Filtraje	9 – Severo.
Visión catastrófica	9 – Severo.

Interpretación

La evaluada obtuvo puntaje elevado en interpretación del pensamiento, filtraje y visión catastrófica, lo que la lleva a tener pensamientos en “visión de túnel” es decir que observa un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no toma en cuenta otros aspectos que la contradicen. Generalmente se filtra lo negativo y lo positivo generalmente se olvida. Asimismo, tiende a imaginar, especular y rumiar el peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible de tolerar, cuando en realidad es incómoda, esto se relaciona con la baja tolerancia a la frustración.

Conclusiones

La evaluada se desenvuelve en su vida cotidiana con interpretación del pensamiento, filtraje y visión catastrófica.

Recomendaciones

Participar en un programa de intervención cognitivo conductual para modificar las distorsiones cognitivas.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Datos de filiación

- Nombre: Elsa.
- Edad: 58 años.
- Lugar de nacimiento: Ancash.
- Lugar de residencia: San Isidro.
- Grado de instrucción: Técnica en Enfermería.
- Ocupación: Ama de casa.
- Fecha de evaluación: 31/01/2024
- Fecha de informe: 01/02/2024

Motivo de evaluación

Perfil psicológico

Técnicas e instrumentos utilizados

- Observación psicológica.
- Entrevista psicológica.
- Inventario de depresión de Beck (BDI).
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI).
- Inventario multiaxial de Millon II.
- Inventario de pensamientos automáticos (IPA).
- Registro de pensamientos.

Resultados

La evaluada presenta una ansiedad severa, caracterizándola por presentar parestesias en las piernas, acaloramiento en el cuerpo, nerviosismo, pensamientos con contenido catastrófico en relación al futuro, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración en manos, rostro y axilas. Asimismo, presenta una depresión leve, caracterizándola por presentar altibajos considerados como normales en su vida cotidiana, en algunas ocasiones presenta sentimientos de tristeza, desánimo, irritabilidad, y dificultad para dormir.

De igual manera, presenta indicadores moderados de personalidad evitativa, compulsiva y auto derrotista, asimismo, no presenta patologías graves de la personalidad, sin embargo, dentro de los síndromes clínicos, la evaluada presenta trastorno de Ansiedad.

Además, se manifiesta una tendencia a enfocarse en lo negativo y tener pensamientos en "visión de túnel", es decir que observa un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no toma en cuenta otros aspectos que la contradicen.

Asimismo, tiende a imaginar, especular y rumiar el peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible de tolerar, cuando en realidad es incómoda, esto se relaciona con la baja tolerancia a la frustración.

Conclusiones

- Ansiedad severa, basada en la sintomatología, puntajes obtenidos en las pruebas aplicadas y los criterios diagnósticos del DSM V – TR.
- Síntomas fisiológicos como insomnio, hormigueos en las piernas, acaloramiento en el cuerpo, palpitaciones aceleradas, sudoración en las manos, rostro y axilas.
- Distorsiones cognitivas de tipo filtraje, interpretación del pensamiento y visión catastrófica, que afectan y aumentan la sintomatología ansiosa de la evaluada.

- Conductas evitativas y compulsivas, que refuerzan la ansiedad, tales como, vigilar constantemente a su esposo mientras duerme, esperar junto a la ventana durante las noches, revisar constantemente el celular, permanecer alerta a los movimientos de sus suegros.

Recomendaciones

- Entrenamiento en relajación y respiración progresiva, para disminuir los síntomas de ansiedad.
- Reestructuración cognitiva, para modificar y reducir las distorsiones cognitivas que presenta la evaluada.
- Modelado y ensayo conductual, con la finalidad de reducir las conductas de evitación.

2.6. Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 7

Calendarización

	Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
Evaluación	Sesión n°1	13 - 01 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Observación conductual. Entrevista psicológica. Inventario de depresión de Beck.
	Sesión n°2	17 - 01 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Observación conductual. Entrevista psicológica. Inventario de ansiedad de Beck.
	Sesión n°3	24 - 01 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Observación conductual. Entrevista psicológica. Inventario multiaxial de Millon II.
	Sesión n°4	31 - 01 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Observación conductual. Entrevista psicológica. Inventario de Pensamientos automáticos (IPA).
Intervención	Sesión n°5	07 - 02 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Psicoeducación en ansiedad y técnicas de respiración.
	Sesión n°6	14 - 02 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Respiración diafragmática. Relajación muscular de Jacobson.
	Sesión n°7	21 - 02 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Reestructuración cognitiva. Autorregistros.
	Sesión n°8	28 - 02 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Reestructuración cognitiva. Técnica de las tres columnas.
	Sesión n°9	06 - 03 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Reestructuración cognitiva. Parada de pensamiento y autoinstrucciones.

Seguimiento	Sesión n°10	13 - 03 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Psicoeducación en emociones. Formato de evaluación del estado de ánimo diario.
	Sesión n°11	20 - 03 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Solución de problemas.
	Sesión n°12	27 - 03 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Psicoeducación en estilos de comunicación.
	Sesión n°13	03 - 04 - 24	60 minutos	Semanal	Usuaría de 58 años	Modelado y ensayo conductual.
	Sesión n°14	24 - 04 - 24	45 minutos	Mensual	Usuaría de 58 años	Virtual.
	Sesión n°15	22 - 05 - 24	45 minutos	Mensual	Usuaría de 58 años	Virtual.
	Sesión n°16	19 - 06 - 24	45 minutos	Mensual	Usuaría de 58 años	Virtual.

2.6.2. Programa de intervención

A. Etapa de evaluación

Tabla 8

Sesiones de evaluación

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad
Sesión Nº 1	Determinar el motivo de consulta y problema actual.	Entrevista y observación psicológica. Inventario de depresión de Beck.	Se recogen datos generales y se recopila información acerca del motivo de consulta y problema actual, además se aplica el inventario de depresión de Beck.
Sesión Nº 2	Definir el desarrollo cronológico del problema.	Entrevista y observación psicológica. Inventario de ansiedad de Beck.	Se recogen datos relevantes sobre la historia de vida de la evaluada, además se aplica la inventario de ansiedad de Beck.
Sesión Nº 3	Conocer la historia personal y familiar de la evaluada.	Entrevista y observación psicológica. Inventario multiaxial de Millon.	Se recogen datos relevantes sobre la historia de vida de la evaluada, además se aplica la inventario multiaxial de Millon.

Sesión Nº 4	Conocer la historia personal y familiar de la evaluada.	Entrevista y observación psicológica. Inventario de pensamientos automáticos.	Se recogen datos relevantes sobre la historia de vida de la evaluada, además se aplica la inventario de pensamientos automáticos.
----------------	---	--	---

B. Etapa de intervención

Tabla 9

Sesiones del primer objetivo

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 5	Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada.	Psicoeducación en ansiedad y técnicas de respiración.	Se le dio el primer alcance a la evaluada con respecto a la TCC y se enfatizó en la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento. Se le explicó la importancia y beneficios de la respiración diafragmática, también se le enseñó a la paciente que se siente en la silla con el cuerpo derecho, que inhale lentamente por la nariz y exhale lentamente por la boca.	Realizar la actividad en casa con música relajante.
Sesión Nº 6		Respiración diafragmática y relajación muscular de Jacobson.	Se le pidió a la paciente que realice respiraciones profundas y se le enseñó a trabajar la relajación progresiva muscular de Jacobson con el grupo de músculos superiores e inferiores.	Practicar la actividad en casa y registrar sensaciones antes y después de realizar la técnica.

Tabla 10*Sesiones del segundo objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 7		Reestructuración cognitiva. Autorregistros.	Se le explicó el origen de los miedos y las alternativas para superarlos a través del esquema A-B-C, así como también la aparición de la ansiedad. Se le enseñó el uso de los autorregistros de pensamientos para poder identificarlos y luego debatirlos.	Registrar el A-B-C ante situaciones de ansiedad (situación-emoción-consecuencia)
Sesión Nº 8	Modificar los pensamientos distorsionados por unos más adaptativos.	Reestructuración cognitiva. Técnica de las 3 columnas.	Se practicó con diferentes situaciones(A) que conlleva a la emoción (B) y consecuencia (C). Luego se le enseñó a debatir (D) sus creencias irracionales, haciéndose las preguntas aclaratorias, en torno a supuestos y si existe evidencia respecto a ellas.	Practicar reestructuración ante pensamientos distorsionados y registrar en formatos ABCDE.
Sesión Nº 9		Reestructuración cognitiva. Parada de pensamiento y autoinstrucciones.	Se le indicaron estrategias de parada de pensamiento y autoinstrucciones para reducir la ansiedad, reconociendo el acontecimiento activador, emoción, creencia irracional, y autoinstrucción racional.	Continuar cuestionando los pensamientos distorsionados. Extraer ideas y escribirlas en su cuaderno, para debatirlos y analizarlos.

Tabla 11*Sesiones del tercer objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 10		Psicoeducación en emociones. Formato de evaluación del estado de ánimo diario.	Se le brindó información sobre las emociones negativas y como interfieren en nuestro sistema y en las relaciones interpersonales. Y se le enseñó el uso del registro de estado de ánimo diario. Se realizó un listado de las actividades recreativas y ocio, en el orden que más le agradan.	Realizar una actividad de ocio o disfrute.
Sesión Nº 11	Reducir las respuestas emocionales que generan malestar.	Solución de problemas.	Se le enseñó a la evaluada a tomar opciones asertivas ante conductas evitativas, usando la técnica de solución de problemas, enseñándole los siguientes pasos: definir el problema, generar posibles soluciones, elaborar una lista de alternativas identificando pros y contras y tomar una alternativa. Se realizó un listado de las actividades recreativas y ocio, en el orden que más le agradan.	Practicar en casa con otras situaciones que le generen conflicto. Realizar una actividad de ocio o disfrute.

Tabla 12*Sesiones del cuarto objetivo*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad	Actividades para la casa
Sesión Nº 12	Instalar la comunicación asertiva mediante las técnicas de modelado y ensayo conductual.	Psicoeducación en estilos de comunicación.	Se le enseñó los estilos de comunicación, y se le brindó pautas de cómo mantener una comunicación asertiva. Se le hace un modelado para que observe conductas, gestos, tono de voz y mirada al momento de hablar, finalmente se le pidió que lo repita.	Practicar frente a un espejo cómo podría responder con asertividad.
Sesión Nº 13		Modelado y ensayo conductual.	Se recrearon situaciones problemáticas de su vida cotidiana, ante las cuales se realizó un modelado conductual, luego se intercambian roles.	Practicar la comunicación asertiva con familiares y amistades.

C. Etapa de seguimiento**Tabla 13***Sesiones de seguimiento*

Nº de sesiones	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas	Desarrollo de la actividad
Sesión Nº 14	Seguimiento.	Entrevista psicológica.	Supervisar el uso de técnicas o habilidades aprendidas durante la etapa de intervención.
Sesión Nº 15			
Sesión Nº 16			Trabajar con la paciente en el manejo de posibles recaídas.

2.7 Procedimiento

El proceso de evaluación e intervención se llevó a cabo en 13 sesiones de 60 minutos, cada una con una frecuencia semanal, y las sesiones de seguimiento fueron tres, con una duración de 45 minutos, una vez al mes y de manera virtual.

La etapa de evaluación se dio en las cuatro primeras sesiones, donde se exploró los datos de filiación, motivo de consulta y problema actual, realizando la entrevista psicológica y la aplicación de pruebas e instrumentos. Al finalizar la etapa de evaluación, se procedió a solicitar el consentimiento informado y el contrato terapéutico.

La etapa de intervención se desarrolló desde la sesión número 5 hasta la sesión número 13, donde se trabajó con la terapia cognitivo conductual teniendo como base los objetivos planteados, empezando por la disminución de los niveles de ansiedad, a través de la técnica de respiración diafragmática y relajación de Jacobson, posteriormente se trabajó en reestructurar cognitivamente los pensamientos distorsionados, a través de los autoregistros, técnica de las 3 columnas, parada de pensamiento y autoinstrucciones, también en reducir las respuestas emocionales que generaban malestar en la evaluada y finalmente se implementó la comunicación asertiva mediante las técnicas de modelado y ensayo conductual.

En la fase de seguimiento se reforzó lo aprendido durante las sesiones de intervención y también se aplicaron las evaluaciones psicológicas post test para medir los efectos del programa de intervención.

2.8 Consideraciones éticas

Para el presente estudio de caso se amparó en la “Declaración de Principios del Colegio de Psicólogos del Perú”, sobre el Código de Ética, en los Títulos y Artículos concernientes a la Confidencialidad, Bienestar del cliente, Utilización de técnicas de diagnóstico, Actividades de investigación, y otros que sean pertinentes. Previo al inicio del programa de intervención, se le informó a la evaluada acerca del objetivo del presente estudio de caso, para ello se le entregó el consentimiento informado, dando su aprobación voluntaria para ser parte de este trabajo académico, además, se le informó sobre el respeto a la confidencialidad, la reserva su nombre y cualquier otro dato que la pueda identificar. Por ende, la presente investigación no representa ningún riesgo ético.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de los resultados

Figura 1

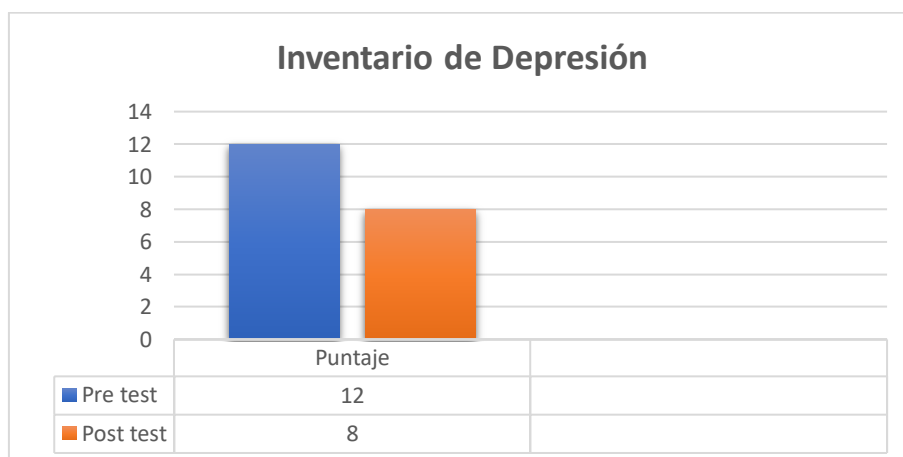
Resultados del inventario de ansiedad de Beck



En la figura 1, se evidencia una reducción significativa de la ansiedad, en el pre test obtiene un puntaje de 34 que corresponde a una ansiedad severa y en el post test obtiene un puntaje de 10 que corresponde a ansiedad leve.

Figura 2

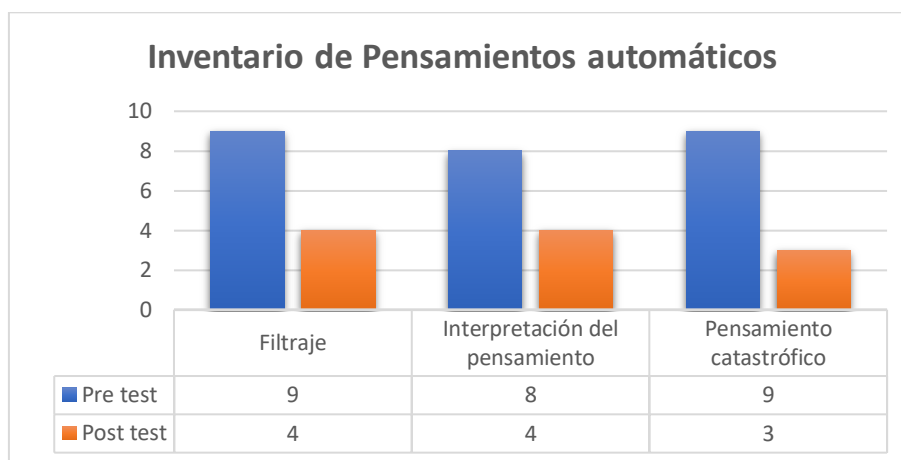
Resultados del inventario de depresión de Beck



En la figura 2, se evidencia reducción en la escala de depresión, el pre test obtiene un puntaje de 12, y el post test obtiene un puntaje de 8, en ambos casos el resultado corresponde a depresión leve.

Figura 3

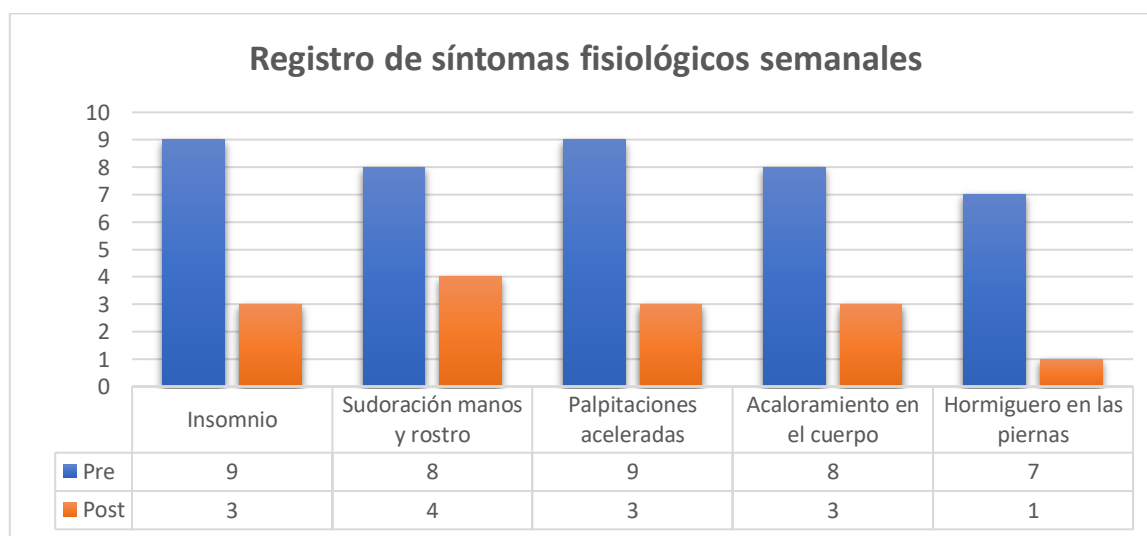
Resultados del inventario de pensamientos automáticos



En la figura 3, se observa una disminución relevante en los pensamientos automáticos que más puntaje obtuvieron en el pre test, filtraje (4), interpretación del pensamiento (4) y pensamiento catastrófico (3).

Figura 4

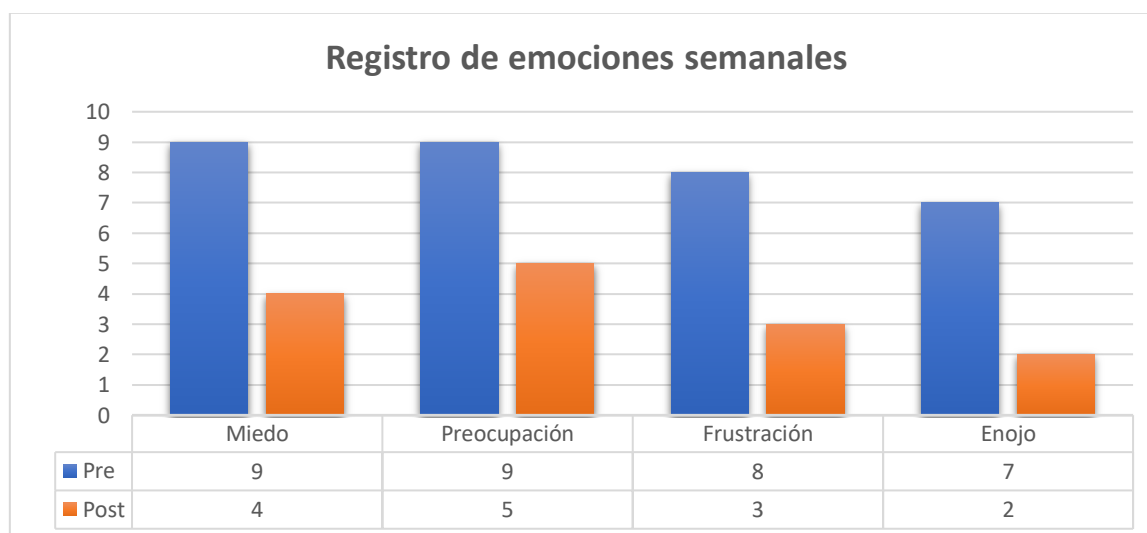
Registro de frecuencia de síntomas fisiológicos de ansiedad



En la figura 4, se observa una disminución significativa en la frecuencia de los síntomas fisiológicos de la ansiedad que presentaba la evaluada antes y después del programa de intervención.

Figura 5*Registro de frecuencia de pensamientos distorsionados*

En la figura 4, se observa una relevante disminución en la frecuencia de los pensamientos distorsionados, lo cuales generaban y reforzaban la ansiedad de la evaluada.

Figura 6*Registro de intensidad emocional de ansiedad*

En la figura 5, se observa el registro de intensidad emocional de ansiedad, antes y después del programa de intervención, evidenciándose reducción los niveles más relevantes y la efectividad del programa.

3.2 Discusión de resultados

El presente estudio de caso consiste en mostrar los resultados de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual, cuyo objetivo fue disminuir los niveles de ansiedad generalizada de una mujer de 58 años. Al culminar las sesiones del programa, se logró una disminución significativa de los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada, como insomnio, acaloramiento en el cuerpo, palpitaciones aceleradas, sudoración en las manos y rostro, mediante la aplicación de técnicas como la respiración diafragmática, relajación muscular de Jacobson, reestructuración cognitiva, etc. De igual manera, se logró disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos de filtraje, interpretación del pensamiento y pensamiento catastrófico, a través de la técnica de las tres columnas, parada de pensamiento y autoinstrucciones, de igual manera, se redujo la intensidad de las emociones como el miedo, preocupación, frustración y enojo, a través de la psicoeducación en emociones y el formato de registro diario de emociones, logrando así, que la evaluada pueda desenvolverse mejor en sus actividades personales y familiares. Estos resultados coinciden con la investigación de Maravi (2020), quien realizó un estudio en una mujer de 43 años con ansiedad generalizada, donde su objetivo fue identificar y modificar las preocupaciones patológicas y pensamientos distorsionados para que adquiriera nuevos estilos de pensamiento, a través de las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y relajación progresiva de Jacobson, favoreciendo la disminución de ansiedad que le permitieron adaptarse a la vida cotidiana, en donde logró reducir la ansiedad del 54% al 14%. Por lo tanto, se concluye que las técnicas cognitivas conductuales son efectivas en el tratamiento de la ansiedad generalizada, siendo recomendada para otros psicólogos que se dediquen a la intervención de casos similares.

En relación al primer objetivo específico, se logró disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada, tales como, insomnio (de 9 a 3), acaloramiento en el cuerpo (de 8 a 3), palpitaciones aceleradas (de 9 a 3), hormigueo en las piernas de (de 7 a 1), sudoración en

las manos y rostro (de 8 a 4), a través del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática y la relajación de Jacobson, cabe resaltar que la evaluada mostró colaboración y se notó satisfecha con los ejercicios aprendidos, estos resultados son similares a los descritos por Maravi (2020) y Espinoza (2019) quienes aplicaron la técnica de respiración y relajación de Jacobson, obteniendo como resultado un descenso significativo en los síntomas fisiológicos, asimismo, la paciente mejoró durante el desarrollo de los ejercicios de respiración.

En relación al segundo objetivo específico, se logró modificar los pensamientos automáticos por otros más adaptativos, a través de la reestructuración cognitiva, parada de pensamiento y autoinstrucciones, cabe mencionar que la paciente inicialmente mostró dificultad para poder identificar sus pensamientos automáticos, ya que muchas veces no recordaba lo que pasaba por su “mente” y se enfocaba más en cómo se sentía a nivel corporal y emocional; sin embargo, posteriormente con la ayuda de los autoregistros escritos logró identificarlos y luego modificarlos. Estos resultados son similares a los presentados por Pérez y Graña (2019) en España, quienes lograron una mejoría significativa en la modificación de pensamientos automáticos y la incorporación de pensamientos adaptativos, en una mujer de 45 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Concluyendo así, que la técnica de reestructuración cognitiva es adecuada y eficaz para modificar pensamientos automáticos.

En función al tercer objetivo específico, se logró reducir las respuestas emocionales que generaban malestar en la evaluada, tales como, miedo (de 9 a 4), preocupación (de 9 a 5), frustración (de 8 a 3) y enojo (de 7 a 2), a través de la psicoeducación en emociones y la técnica de solución de problemas. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Sotomayor (2023), quien logró reducir los niveles de ansiedad generalizada en sus dimensiones emocionales, fisiológicas y cognitivas, en una mujer de 34 años con ansiedad generalizada, mediante la utilización de técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, modelo ABC y modelo ABCDE, debate socrático, autoinstrucciones, autorregistros, respiración diafragmática,

relajación muscular, modelado, role playing, biblioterapia, resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, actividades lúdicas y ocio, demostrando así la efectividad del tratamiento propuesto.

Finalmente se logró reducir las conductas motoras que reforzaban la ansiedad, tales como, vigilar constantemente a su esposo mientras duerme, esperar junto a la ventana durante las noches para ver si llega su hija, revisar constantemente el celular para comprobar si su hija se comunica, permanecer alerta a los movimientos de sus suegros, por temor a que les vaya a ocurrir algo malo, mediante la psicoeducación y la técnica de las 3 columnas; asimismo, se aumentaron las actividades de ocio mediante la programación gradual de tareas; estas actividades fueron beneficiosas para la evaluada, ya que pudo relajarse, distraerse y mantenerse centrada en sus amistades y los momentos de ocio. Además, se logró instalar la comunicación asertiva, mediante las técnicas de modelado y ensayo conductual. Estos resultados son también descritos por Collado (2020) en España, al lograr reducir la frecuencia, duración e intensidad de las preocupaciones, disminuir los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad y mejorar las habilidades sociales de un paciente adulto de 39 años con ansiedad generalizada, a través de técnicas como psicoeducación, relajación progresiva muscular, planificación de actividades agradables, exposición en imaginación; hábitos y técnicas de estudio, y entrenamiento en asertividad / habilidades sociales. Concluyéndose así, que las técnicas de intervención cognitivo conductual, fueron eficientes para los objetivos planteados por el programa.

3.3 Seguimiento

La etapa de seguimiento se realizó de manera virtual, después de terminada la aplicación del programa y constó de 3 sesiones. La primera, se realizó después de quince días de haber aplicado el post test, la segunda, después de treinta días y la última, al siguiente mes. En esta etapa se reforzó el entrenamiento en parada de pensamiento y autoinstrucciones,

solución de problemas y ensayo conductual, para el manejo del miedo hacia su situación actual de salud, temor a la caída de sus suegros, el miedo al ahogamiento de su esposo, así como al robo o asalto a su hija en la calle, finalizando así el cumplimiento de los objetivos del programa. Además, la evaluada refirió sentirse más aliviada y controlada a nivel personal y familiar, finalmente se mostró agradecida con el apoyo terapéutico y lo aprendido durante las sesiones.

IV. CONCLUSIONES

- a) La intervención cognitivo conductual expuesta en el presente estudio de caso, resultó eficaz, ya que permitió reducir la ansiedad generalizada en una mujer adulta.
- b) Se lograron disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada que le causaban malestar, tales como, acaloramiento en el cuerpo, hormigueo en las piernas, palpitaciones aceleradas y sudoración en manos, rostro y axilas, la evaluada aprendió a respirar y relajarse en momentos que sentía preocupación y tensión.
- c) Se modificaron los pensamientos distorsionados por unos más adaptativos, referidos a su salud, la de su esposo, hija y suegros, logrando controlarlos y utilizando pensamientos más funcionales.
- d) Se lograron reducir las respuestas emocionales que le generaban malestar, disminuyendo los niveles de ansiedad, miedos y preocupaciones constantes sobre su salud, el temor a la caída de sus suegros, el miedo al ahogamiento de su esposo y el robo o asalto a su hija en calle.
- e) Se redujo la frecuencia en las conductas motoras de evitación que reforzaban la ansiedad, tales como, vigilar a su esposo mientras duerme, esperar junto a la ventana a que llegue su hija, revisar constantemente el celular y permanecer alerta a los movimientos de sus suegros.
- f) Se consiguió aumentar las actividades de ocio, tales como, ir a misa, salir con amistades a almorzar y participar de actividades recreacionales en su distrito, lo cual favoreció a cambios de hábitos en la vida de la usuaria.
- g) Se incorporaron habilidades comunicativas como la asertividad y solución de situaciones problema, a través de las técnicas de modelado y ensayo conductual, para mejorar el afrontamiento de la ansiedad, ante situaciones de conflicto con su familia.

V. RECOMENDACIONES

- a) Continuar practicando ejercicios de relajación, de igual forma que siga participando de actividades recreativas y ocio que le permitan regular fisiológicamente la ansiedad.
- b) Seguir trabajando e identificando los pensamientos distorsionados, cada vez que se presenten y generen ansiedad.
- c) Realizar psicoeducación familiar, que permita que los efectos de la aplicación de la intervención se mantengan en el tiempo.
- d) Acudir a talleres grupales, para fortalecer las habilidades sociales y relacionarse con las demás personas, además poder expresarse de manera asertiva.
- e) Ampliar investigaciones relacionadas con la ansiedad generalizada, que permitan aportar antecedentes y evidencias del modelo cognitivo conductual a futuras investigaciones.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – 5 – TR*. (5ª ed.)
- Asto, J. (2021), *Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo terapia cognitivo conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio académico de la USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9760>
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial. <https://www.conducteam.com/recursos-libros/aprendizaje-social-y-desarrollo-de-la-personalidad/>
- Bandura, A. (1977). Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento. *Revisión psicológica*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Mecanismo de autoeficacia en la agencia humana. *Psicólogo estadounidense*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.37.2.122>
- Clark, D y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee De Brouwer. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Terapia-cognitiva-para-trastornos-de-ansiedad-Clark-y-Beck.pdf>
- Collado, S. (2020). *Evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada*. [Trabajo de fin de máster, Universidad de Jaén]. CREA Repositorio Institucional UJA. <https://hdl.handle.net/10953.1/14075>
- Dewinta, P. y Menaldi, A. (2018). Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Case Study of Arrhythmia Patient. *Humaniora*, 9(2), 161-171. <https://doi.org/10.21512/humaniora.v9i2.4715>

- Díaz, P. (2021). *Evaluación e Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual Del Trastorno de Ansiedad Generalizada en un niño de 10 Años: Estudio de caso único*. [Trabajo académico de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/9659>
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. (2ª ed.). Polemos. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/biblio-983220>
- Espinoza, G. (2019). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual*. [Tesis para optar el título profesional de Psicología, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio académico de la USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5873/ESPINOZA_RG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Eysenck, H. (1980). The bio-social model of man and unification of psychology. En A. Chapman y D. Jones (Eds), *Models of Man* (pp. 49-62). British Psychological Society.
- Fernández, O., Jiménez, B., Regla, A., Sabina, D. y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466-479. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Frías, L. (14 de marzo de 2019). Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/>
- Fullana, M., Fernández De La Cruz, L., Bulbena, A., Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

- García, S., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/121148/1/614524.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). McGraw-Hill.
https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental [INSM]. (2021). *El 57.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia de la COVID-19*.
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/021.html>
- Jiménez, J. (2018). *Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo-conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio digital de la UTMACH.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12199>
- Mallqui, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4399>
- Maravi, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/4492>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021(En el contexto covid-19)*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2149352/Estudio%20Comparativo.pdf>

Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2 de octubre de 2021). *Ministerio de Salud atendió 813 426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542324-ministerio-de-salud-atendio-813-426-casos-de-salud-mental-entre-enero-y-agosto-de-2021>

Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (6 de octubre de 2021). *Minsa: Una de cada ocho personas ha sufrido algún trastorno mental en Lima debido a la COVID-19.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542921-minsa-una-de-cada-ocho-personas-ha-sufrido-algun-trastorno-mental-en-lima-debido-a-la-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.*

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (28 de septiembre de 2020). *Salud mental del adolescente.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.*

https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Pabuena, M. (2019). *Evaluación e Intervención Clínica de un Paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el Modelo Cognitivo Conductual.* [Trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB.

https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pérez, M. y Graña, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 99-126. <https://masterforense.ucm.es/pdf/2019/2019art5.pdf>
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Rojas, P. (2021). *Caso clínico de trastorno generalizado de ansiedad* [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/811>
- Romero, O., Islas, A. y Tortoriello, J. (2019) Uso de plantas medicinales en pacientes con ansiedad generalizada. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(6), 364-370. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im196g.pdf>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). Metodología y Diseños en la Investigación Científica. (5ª ed.). Business Support Anneth. https://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=3qroxJAAAAAJ&citation_for_view=3qroxJAAAAAJ:pyW8ca7W8N0C
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Salinas, E. (2017). *Retroalimentación biológica e Intervención cognitivo conductual: Efecto de dos tratamientos para el trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis Doctoral,

Universidad autónoma de México]. Repositorio UNAM.

<http://132.248.9.195/ptd2017/junio/0761019/0761019.pdf>

Sotomayor, K. (2023). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7505>

Vega, J. (2017). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio académico de la USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2842>

VII. ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elsa de 58 años, con sexo femenino, identificado(a) con N° DNI xxxxxxxx con domicilio en el distrito de San Isidro.

Manifiesto que:

- 1.- He recibido de la psicóloga Dayana Moreno Olivar registrada con numero de colegiatura 34960, la información necesaria, de forma clara y comprensible sobre el trabajo académico titulado “Terapia cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada en una mujer adulta”, el cual tiene como objetivo disminuir los niveles de ansiedad generalizada en una mujer adulta, a través de un programa de intervención cognitivo conductual.
- 2.- El tratamiento se desarrollará desde el mes de enero hasta junio del año 2024, comprendiendo 13 sesiones semanales de forma presencial en la consulta privada en el distrito de Miraflores, Lima y 3 sesiones mensuales de seguimiento de forma virtual, con duración de 45 minutos.
- 3.- Asimismo, tengo conocimiento que los riesgos en la intervención son mínimos porque la profesional es una persona capacitada en el acompañamiento clínico, por eso si existe algún riesgo de crisis como posibles activaciones emocionales negativas, comprendo que, aunque son parte del proceso podrán generar complicaciones a nivel comportamental y anímico éste será orientado y abordado de forma profesional.
- 4.- La información que brinde, se mantendrá bajo confidencialidad y solo será utilizada para fines de investigación. De igual manera, mi identidad quedará bajo anonimato.
- 7.- En cualquier momento podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento dirigiéndose por escrito a profesional de psicología antes indicado en la dirección del correo electrónico dmpsicologaclinica@gmail.com
- 8.- Mi decisión de participar en el estudio es voluntaria.

Tomando en cuenta el presente documento expresamente **AUTORIZO** y **ME COMPROMETO** con la psicóloga Dayana Moreno Olivar para realizar la citada intervención profesional y otorgó mi expreso **CONSENTIMIENTO** para que realice las indicadas intervenciones y para participar de manera libre y voluntaria del presente estudio.

Firma del paciente

Firma del psicólogo

Miraflores, 13 de enero del 2024

Anexo B

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Elena Estado Civil: casada Edad: 58 Sexo: F.
Ocupación: Amia de casa Educación: Técnica Fecha: 13-01-2024

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

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- ☒ 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- ☒ 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- ☒ 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- ☒ 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- ☒ 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Auto crítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- ☒ 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Puntaje Total: 12 puntos → mínima depresión

Anexo C

Elsa
58a
17-01-2024

CUESTIONARIO

	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Torpe o entumecido -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Acalorado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Con temblor en las piernas -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relajarse -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Mareado, o que se le va la cabeza -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inestable -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atemorizado o asustado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Nervioso -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Con sensación de bloqueo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Con temblores en las manos -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inquieto, inseguro -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Con miedo a perder el control -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con sensación de ahogo -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Con temor a morir -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Con miedo -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Con problemas digestivos -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Con desvanecimientos -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con rubor facial -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Con sudores, fríos o calientes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Puntaje: 34 puntos → Ansiedad severa.

[illegible]

Anexo E

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrarás una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se te presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3
ITEMS			
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.			X
2. Solamente me pasan cosas malas	X		
3. Todo lo que hago me sale mal	X		
4. Sé que piensan mal de mí			X
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?			X
6. Soy inferior a la gente en casi todo	X		
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor		X	
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	X		
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	X		
10. Mis problemas dependen de los que me rodean		X	
11. Soy un desastre como persona	X		
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	X		
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas		X	
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	X		
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	X		
16. Es horrible que me pase esto			X
17. Mi vida es un continuo fracaso	X		
18. Siempre tendré este problema	X		
19. Sé que me están mintiendo y engañando			X
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?			X
21. Soy superior a la gente en casi todo	X		
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	X		
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	X		
24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo	X		
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	X		
26. Alguien que conozco es un imbécil	X		
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	X		
28. No debería de cometer estos errores	X		
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	X		
30. Ya vendrán mejores tiempos	X		
31. Es insoportable no puedo aguantar más			X
32. Soy incompetente e inútil	X		
33. Nunca podré salir de esta situación	X		
34. Quieren hacerme daño		X	
35. Y, ¿si les pasa algo malo a las personas que quiero?			X
36. La gente hace las cosas mejor que yo	X		
37. Soy una víctima de mis circunstancias	X		
38. No me tratan como deberían hacerlo y me lo merezco	X		
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	X		
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	X		
41. Soy un neurótico	X		
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	X		
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	X		
44. Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana	X		
45. Tarde o temprano irán las cosas mejor	X		

Anexo F

Registro diario de pensamientos automáticos