



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

## **Facultad de Psicología**

### **INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL DE UNA USUARIA ADULTA CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

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

#### **AUTOR**

Maraví Ecurra, Angel David

#### **ASESORA**

Alva Cuba Jennifer

#### **JURADOS**

Dr. Julio Inga Aranda

Dr. Gorqui B.B. Castillo Gómez

Dra. Militza Alvarez Machuca

**Lima – Perú**

**2020**

**Dedicatoria**

A mis hijos por su inspiración y amor en sus miradas y caminar y a mi amada esposa por su constante amor incondicional.

A mis padres y hermanos porque siempre están presente en mi corazón.

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional Federico Villarreal y a los miembros del Concejo Regional del colegio de psicólogos de Piura (2016-2018), por facilitar nuestra formación profesional.

A mis colegas, compañeros y amigos de estudio de la especialidad que inspiraron continuar en esta especialidad de mucha trascendencia para mi formación integral.

Agradecido a nuestra Coordinadora Margarita Ríos, a mi Asesora Jennifer Alva y a todos los docentes de la Facultad de psicología de mi alma mater universidad Nacional Federico Villarreal (anexo 8)

## Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. Introducción.....	7
1.1. Descripción del problema .....	9
1.2. Antecedentes: .....	27
Estudios Nacionales:.....	27
Estudios Internacionales: .....	29
Basamento teórico científico de las dos variables: .....	31
1.3. Objetivos .....	66
1.4 Justificación .....	67
1.5 Impactos esperados del proyecto .....	68
II. Metodología .....	69
III. Resultados .....	110
IV. Conclusiones.....	116
V. Recomendaciones.....	117
VI. Referencias .....	118
Anexos .....	122

## Resumen

En este estudio de investigación, se presentará el caso de una mujer adulta, de 43 años de edad, quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se realiza en este caso un abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual bajo el diseño experimental de caso único multicondicional ABA. El objetivo de este estudio es mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la identificación y modificación de preocupaciones patológica y pensamientos distorsionados, además de la adquisición de nuevos estilos de pensamiento que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana, a través de la aplicación de técnicas cognitivo y conductuales y la aplicación de pruebas psicométricas, análisis funcional, análisis cognitivo, diagnóstico funcional y la mediciones antes, durante y después del proceso de intervención a través del uso de la línea base. Respecto a trastorno de ansiedad generalizada disminuyó la frecuencia de la preocupación lo que favoreció la disminución de la intensidad de la ansiedad de 54% a 14% de este caso de ansiedad generalizada.

**Palabras claves:** *Trastorno de ansiedad generalizada, TAG, terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, relajación, psicoeducación*

## Abstract

This research study will present the case of an adult, 43-year-old woman with generalized anxiety disorder (TAG). In this case, a therapeutic approach with behavioral cognitive focus is carried out under the experimental multi-conditional ABA single-case design. The objective of this study is to improve the emotional and affective state of the patient by identifying and modifying distorted thoughts, in addition to acquiring new thought styles that allow them to adapt and develop in their daily lives, through the application of cognitive and behavioral techniques and the application of psychometric tests, functional analysis, cognitive analysis, functional diagnosis and measurements before, during, during after the intervention process through the use of the baseline. Regarding generalized anxiety disorder decreased the frequency of concern which favored the decrease in anxiety intensity from 54% to 14%. of this case of widespread anxiety.

**Keywords:** *Generalized anxiety disorder, TAG, cognitive behavioral therapy, cognitive restructuring, relaxation, psychoeducation.*

## I. Introducción

Un trastorno de ansiedad se constituye como uno de los factores que afectan la salud integral generando un malestar subjetivo repercutiendo en diversas áreas en la vida de una persona y considerando las altas incidencias y prevalencias de este estado emocional, vemos que la ansiedad generalizada se constituye como un tipo dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad en la cual refiere que además de ser generalizada y persistente ni se limita en ninguna circunstancia ambiental, particular (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada, suelen padecer preocupación patológica que va de un tema a otro, la gente con TAG atiende de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores y, por lo general, anticipa resultados negativos a pesar de que existe una escasa probabilidad de que eso ocurra. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y preocupación no corresponden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Tan solo mencionar que es improbable la ocurrencia del acontecimiento temido, por lo general no altera la idea de la persona.

Este malestar genera en el paciente un desequilibrio en varias áreas de su vida y también en su salud generando un desgaste y un deterioro de sus relaciones personales, sociales, familiares, laborales y académicas. En el presente estudio, describimos a una paciente afectada por un trastorno de ansiedad, en este caso un trastorno de ansiedad generalizada, la paciente adulta se caracterizó por ser una mujer que vive con su esposo y dos hijas (Reyes, 2004).

El abordaje de este trastorno emocional se sostiene en el tratamiento cognitivo conductual, haciendo especial énfasis en la disminución de la preocupación, la dificultad para controlar y la angustia debido a ella.

Para la consecución de los datos y haber obtenido los resultados deseados, el estudio de caso se estructuró de la siguiente manera:

En la primera parte del estudio de caso podemos ver los aspectos teóricos que fundamentan la casuística presentada, dándonos amplitud en el contenido teórico que respaldan la técnica empleada además de hacer una revisión de las variables de estudio que implican lo relacionado al marco teórico del tema presentado.

En el segundo capítulo encontraremos la parte metodológica del estudio de caso que van desde el tipo de investigación hasta la evaluación psicológica, brindándonos información concerniente a la descripción clínica de la paciente como también la caracterización de su problema actual y las afectaciones en sus diferentes ámbitos en donde se desenvuelve la paciente.

En la tercera parte vemos la viabilidad del proyecto donde mostramos las situaciones y medios que nos permitieron desarrollar el estudio de caso.

En el cuarto apartado vemos, los productos conseguidos, que van desde la presentación, así como la descripción del procedimiento empleado hasta los resultados encontrados y como parte final las conclusiones.

En la quinta parte vemos recomendaciones, importante aspecto a considerar para el mantenimiento de la conducta adaptativa o estable sugiriendo realizar controles rutinarios hasta que la conducta disfuncional se extinga cerrando el estudio de caso con las referencias de todos los autores que sirvieron de sustento teórico y metodológico para esta investigación.

### **1.1. Descripción del problema**

La salud integral incluye nuestro bienestar biopsicosocial, que deben estar equilibradas para hacer frente a las adversidades de la vida, para desenvolverse de manera adecuada y productiva para contribuirse a sí mismo y a la comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz (González, Valle, Arce, & Fariña, 2010).

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de la vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener estilos de vida saludable (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Las enfermedades mentales son condiciones graves que pueden afectar la manera de pensar, su humor y su comportamiento afectando áreas en donde las personas mantienen relaciones interpersonales.

El abordaje de estados emocionales disfuncionales requerirá de intervenciones que van desde actividades preventivas hasta intervenciones terapéuticas (Universidad Industrial de Santander, 2014). La situación de la salud mental en nuestro contexto no se muestra apartada a la incidencia y prevalencia de estados emocionales disfuncionales y estas situaciones se reflejan en los datos estadísticos dados por la organización mundial de la salud, donde nos afirman que de 4 cada 10 peruanos padecen de alguna enfermedad mental, 11 millones de peruanos tendrían a lo largo de su vida un problema de salud mental (Infocop, 2019).

La prevalencia del trastorno de ansiedad es más frecuente en el adulto mayor que la depresión junto al suicidio tiene mayor prevalencia en la juventud y la adultez y la adultez un 7% de la población padece ansiedad, según datos estadísticos del ministerio de salud (Calderón, 2018).

Por lo expresado anteriormente se plantea el siguiente problema:

¿Cuál será el efecto de aplicar la terapia cognitiva conductual en una usuaria con trastorno de ansiedad generalizada?

### **Datos de Filiación**

- Nombre y Apellidos : P. A. H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Piura
- Grado de instrucción : Técnico superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 17, 23, 30 marzo 2019
- Lugar de entrevista : Hospital Cayetano Heredia EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Escurra

### **Motivo de Consulta**

La Patricia refiere “desde hace 6 años viene visitando a los médicos por que presenta, ansiedad (9) y preocupación (9) por su incapacidad para manejar las cosas tanto en su vida personal, conyugal y familiar, aunque ella atribuye sus síntomas a su infancia, y su tendencia a preocuparse de forma crónica por lo que le pasara más adelante, esto viene acompañado de problemas para dormir, inquietud, sudoración, e irritabilidad, he pensado que me voy a enfermar o me va pasar algo, y esto se incrementa cuando me preocupo por lo que me está pasando con mi pareja, mi hija mayor y otras cosas más, en estos últimos años a pesar que mi esposo me habla, me calmo pero me vuelve las preocupaciones, “no me puedo controlar en pensar lo que puede pasar en el futuro” “ puede ocurrir algo malo si no lo afronto ahora”, el problema es que no me comprenden, lo hago por el bien de toda mi familia, recuerdo que

esto empezó en lima cuando me preocupaba por mi matrimonio que fracasaría a pesar que sé que él( ex pareja) ponía de su parte y ahora con mi nueva pareja me está ocurriendo lo mismo”.

## **Problema Actual**

### Presentación Actual del Problema

Patricia manifiesta que cuando se acerca la fecha de pago de su cuota de la tarjeta saga, se preocupa(09) y empieza desesperarse en conseguir el dinero, porque imagina que en el trabajo no le van pagar puntual a pesar que si lo hacen , ella lo atribuye con que su jefa puede tomar esa represalia por qué no está llegando a la cuota de ventas, eso hace que su ansiedad (9) aumente y sienta un apretón en el cuello, tensión, fatiga, dificultad para concentrarse y no conciliar el sueño, camina luego se pone a llorar y se encierra en el baño, comienza a orar y le pide a Dios que la ayude, piensa “esto va empeorar mi situación económica, si retraso la cuota de mi tarjeta voy a pasar a Infocorp”, bajo al primer piso de la casa, le pido conversar a mi esposo para resolver la situación, él se molesta y me responde ya vas empezar con lo mismo me dice que ponga de mi parte, todo está en mí y que estoy enfermado a mis hijas porque me ven así de nerviosa y el insiste que no me va pasar nada , él se ríe y se burla, me pongo a llorar y le empieza a gritar y le digo que él no me entiende y que no sabe lo que paso con este problema. Esta conducta siempre se incrementa cada vez que intenta conversar sobre esta situación con su esposo.

Patricia después de tener una noche muy pesada y no poder dormir, se queda sola en casa por la mañana, su pareja se va a trabajar y sus hijas al colegio, empieza a preocuparse por las cosas que está pasando con su pareja y con las notas de sus hijas eso le genera ansiedad (9), y preocupación (9) excesiva que no la puede controlar, piensa “por todos estos problemas mi hija saldrá jalada en sus cursos” “sé que no ha tenido bajas notas pero estoy segura que le va

afectar” “ no puedo dejar de pensar en esto me estoy volviendo loca” tira su almohada , grita y se pone a llorar , se irrita diciendo mi esposo es un tarado que no me comprende , siente presión en el pecho, preocuparle por la situación económica de su familia y le mortifica la cuestión laboral le falta el aire no puedo respirar, y su pareja la llama por teléfono y le dice que está loca y que no le va pasar nada, ella llora se incrementa la angustia.

Patricia persiste en preocuparse (8) por la situación económica de su familia y le mortifica generándole una ansiedad (9)por la cuestión laboral a pesar que trabaja, ella piensa que el dinero no le va alcanzar y que su hija mayor abandonara la universidad porque no le va alcanzar para la cuota que le toca a ella dar para la pensión, empieza a sacar sus cuentas, y si le alcanza pero en ese momento recuerda que sería mejor juntar 100 soles a parte de los gastos porque se imagina que en el trabajo le pueden rescindir el contrato a pesar que es un tema que ella imagina esto es reforzado por que tiene dificultades para pedirle dinero a su pareja para la leche de su hija porque, él responde que no tiene dinero ella se pone triste y luego de un rato de discusión le da para una leche chica mientras que ella le pedía para una grande, luego ella le increpa gritando y vociferando. se dirigió a la tienda y comenzó a pensar “él siempre será así, no cambiara es un conformista, esto es mi culpa por haberme metido con este sonso” “no sé por qué sigo pensando en esto si ya se cómo es él”, se fatiga y se pone nerviosa corre al dormitorio a sacar sus pastillas que le receto el psiquiatra, le sube la presión va su vecina y le describe lo que le está pasando le toma la presión y esta normal, ella le dice a su vecina “ que en mi casa mi esposo no me comprende y que está pensando en separarse por que el es un tipo conformista” ella le pregunta si tiene algún problema económico y ella le responde que no, pero ella vuelve a decir, “es que nadie sabe lo que puede pasar mañana y hay que ser precavidos” la vecina le dice que se tranquilice , Patricia se calma cada vez que escucha algo similar a la actitud de su vecina, regresa a su casa y los pensamientos le siguen mortificando con respecto a la economía.

Patricia, cuando está en su trabajo y no entran clientes, empieza a preocuparse, se desespera y piensa “tengo que vender y llegar a la meta de 400 soles diarios”, experimentando intensa preocupación (9) y ansiedad (8). Inmediatamente piensa “Si no vendo no me van poder pagar y me despedirán por mi culpa, le empieza a doler la cabeza, siente fatiga, piensa “no sirvo para nada”, “no es la primera vez que me pasa”, “ya en el primer trabajo lo hice todo mal”, optando por colocarse en la puerta a entregar volantes e invitar a entrar a la gente en la tienda nuevamente. Se fatiga y esto viene acompañado de sudoración a nivel del rostro y del cuello, temblor de piernas, taquicardia, pérdida de aire. A medida que llegan clientes, dichos síntomas van desapareciendo, cuando está acumulando dinero de la venta, piensa “no es suficiente, tengo que llegar más que la meta para que me sigan contratando” eso le genera una ansiedad (8) y preocupación, (8) sintiendo temblor, tensión, dolor de cabeza e incapacidad para concentrarse.

Cuando le pagan su sueldo por partes, entra en un periodo de incomodidad, preocupación (9) e irritabilidad “no me va alcanzar este dinero”, “por mi culpa por no alcanzare la meta” “nunca hago bien las cosas” la ansiedad (8) va en aumento experimentando sudoración a nivel cuello, rostro y espalda, temblor de piernas, fatiga y los pensamientos persisten “cómo voy a realizar mis pagos”, “la gente es mala, ahora que le voy a decir a mi esposo de mi sueldo, seguro me va a decir que soy una tonta, que me he dejado engañar y que es mi culpa”, “tengo que regresar inmediatamente a mi casa”, por lo cual le expone a su jefa su incomodidad. Su jefa le dice que si vende le puede completar el pago.

Patricia, cuando sale sola de su casa para hacer compras está tranquila y de repente recuerda que su hija mayor no se ha comunicado en días, se pregunta si estará bien. Piensa: “no me llama y estoy segura que le ha pasado algo o ha tenido problemas con su pareja” decide llamarla por teléfono y no le contesta y al no recibir contestación reafirma su idea que algo

malo le ha pasado a su hija, al punto de ir a buscar a su hija donde ella vive, en el camino siente tensión, inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular y sentir respiraciones rápidas experimentando intensa ansiedad de (9) y preocupación (9) , al llegar a la casa de su hija ella le abre y le reclama porque no contesta, y la hija le dice que su celular está en reparación, ella se tranquiliza y al volver a casa se pregunta “me estará diciendo la verdad, voy a preguntar a su amiga puede que me esté ocultando algo.

### **Desarrollo cronológico del problema**

A la edad de 11 años: sus padres salían de compromiso, nos dejaban dormidas a hermana y a mi ella se despertaba para ir al baño y se daba cuenta que no estaba sus padres, empezaba la angustia, desesperación, entraba en preocupación por se imaginaba que le podía pasar algo a sus padres y quería salir corriendo, pero no podía porque estaba con llave la puerta y se quedaba en la venta esperando la llegada del carro de su papa, de tanto llorar me quedaba dormida, entre despierta y dormida escucha la voz de papa.

A la edad de 27 años: Patricia, termina su relación con el padre de su primera hija y viaja a Lima con su hija de 3 años, para vivir en casa de sus padres. En el proceso de buscar trabajo ya cumpliendo un mes viviendo en Lima, empieza a sentir mucha preocupación por que no tenía una carrera universitaria eso le generaba irritabilidad, nerviosismo cada vez que recordaba que había quedado sola con su hija o salía a la calle. Y cuando se enteró de que su ex pareja se había casado, cayó en cuadro de depresión y no tenía ganas de hacer nada y lloraba.

Luego se involucró en una relación en la cual tuvo problemas, su cuadro agudizo al punto que la llevaron al médico por cuadro de pánico y le derivaron aun psiquiatra.

A la edad de 31 años: Patricia, conoce a su actual pareja con la cual inicio relación y al cabo de 8 meses de convivencia empieza haber problemas lo que desencadena en una recaída

de ansiedad, de la nada se preguntaba si es que había tomado la mejor decisión a pesar que el trataba de calmarla pero imposible no preocuparse de la situación que vivía en pareja esto venia acompañado de tensión, vértigos, paraba llorando, estaba sensible, no tenía ganas de hacer nada y empezó a tener dolores de cabeza y problemas para conciliar el sueño, iba al neurólogo le sacaron una tomografía para lo cual mantuvo un año con dolores de cabeza continuamente encontrándole nada que le afecte físicamente.

A la edad de 41 años: la preocupación (9) es ya incontrolable por cualquier situación y lo que más le mortificaba era su relación conyugal al punto que argumentaba que su relación era toxica , experimentando sensación de estar atrapada, facilidad para fatigarse, falta de concentración, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño, dolor en el pecho pasando por todos los especialistas medicina general, cardiólogo, neurólogo, incluso presentando síntomas de inflamación urinaria lo cual le dijeron que era producto de una tensión de un musculo que se ubica en la vejiga debido al exceso de tensión y estrés, habiendo acudido a los especialistas según sus molestias llegaban a la conclusión que eran dolores psicósomáticos, derivándola al área de psicología y al mismo psiquiatría.

### **Historia Personal**

La examinada al consultar con su madre respecto a su nacimiento y posterior desarrollo evolutivo, manifiesta que su madre le menciona que no pudo quedar embarazada inmediatamente. Sino que logro hacerlo después de un año y que fue un embarazo tranquilo y el parto normal, en lo posterior no tuvo problemas relacionados al padecimiento de algún problema fisiológico como enuresis, encopresis, en cuanto a lo emocional sufría mucho por la diferencia entre sus padres por lo cual ameritaba ponerle atención, en su desarrollo psicomotor se desarrolló de manera adecuada, logro gatear antes del año, caminar con normalidad a la edad de 1 año y meses, hablar a la edad de 2 años.

Durante su crecimiento recuerda haber presentado problemas relacionados a su comportamiento, ya que refiere que no copiaba las tareas, se atrasaba, estaba distraída en las clases y se salía de las clases para esconderse en el baño, su madre tenía que ir a prestar cuaderno a sus compañeros para ponerse al día. En tercer grado de primaria sucedía lo mencionado debido a que sus padres tenían una relación conflictiva y esto le afectaba mucho.

Recuerda que cuando le llamaban la atención, la madre le castigaba físicamente, le pegaba con el zapato cuando ella se portaba mal o cuando no obedecía. Los maltratos por parte de su madre eran constantes cuando ella incurría en una falta. Recuerda también que cuando la enviaban al colegio el cual quedaba lejos de su casa tenía que ir en combi lo cual le causaba una gran incomodidad ya que refiere “los hombres se me rosaban y podía sentir su pene en mi cuerpo que estaba duro y yo me movía para otro lado tenía miedo, pero no decía nada porque pensaba que si decía algo para defenderme los hombres se iban a bajar donde yo me bajaba y me iban a hacer algo malo” esto le sucedía cuando estaba en la primaria.

### **Historia Familiar**

La relación con su padre hasta la edad de 17 años era buena, a raíz del divorcio de sus padres lo dejó de ver aproximadamente 4 años, cuando la volvió a ver se convirtió en una relación fría, distante, en la actualidad están distanciados totalmente, hace 3 años que no lo ve, debido a una discusión.

La relación con su madre refiere que todo el tiempo ha sido mala; nunca ha mostrado afecto y en la actualidad la ve muy esporádicamente y no comparten cosas ni afecto. La relación con sus hermanos no era buena, ya que se refiere que con su hermana peleaba continuamente por cualquier cosa y terminaban en agresión física, en cuanto a la relación con su hermano adoptado, solo convivió con él hasta que cumplió 3 años de edad ya que luego ella se comprometió; actualmente no hablan mucho.

La relación con su primera pareja era buena, se llevaba bien, empezaron las diferencias porque ella refiere que era demasiado celoso, cuando su hija tenía 3 años ella se separa de su primera pareja por infidelidad y eso le afectó mucho tiempo.

La relación con su primera hija de su primer compromiso (Alicia) desde el comienzo un poco distanciada debido al trabajo y no han tenido mucho acercamiento y actualmente llevan una mala relación.

Con la actual pareja en el primer año se llevaron bien después empezaron los problemas, agresión física y psicológica, no hay comunicación adecuada, actualmente continúan teniendo diferencias.

Relación con hija Daniela, es buena la relación, la escucha, le tiene confianza, sin embargo, cuando ella se enoja la hiere, la lastima, la castiga.

La relación con su tercera hija Micaela, la cuida, indica que es su alegría, le demuestra afecto.

La relación entre Patricia y su pareja se caracteriza porque discuten con una frecuencia de 3 veces por semana, después de cada discusión hay distanciamiento durante 15 días, ella se niega a tener relaciones sexuales, poniendo pretextos de salud como dolores de cabeza, malestar entre otras molestias. Su lenguaje verbal es sarcástico y ofensivo por ambas partes, por ejemplo: “Le saca en cara que la mantiene”, “Eres un fiasco”, “Que desgracia”, “Que se arrepiente de haberse casado”.

- Análisis funcional:

Tabla 01

*Análisis funcional: Trastorno de ansiedad generalizada*

<b>Antecedentes</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Consecuentes</b>
<b>Estímulos Discriminativos</b>	<b>Conducta Problema</b>	<b>Estimulo Reforzadores</b>
<u>E.D EXTERNOS:</u>	<u>RESPUESTA</u>	<u>E.R EXTERNOS:</u>
Cuando se acerca la cuota de su pago de la tarjeta.	<u>CONDUCTA FISIOLÓGICO:</u> Temblor en piernas, fatiga, sudoración de a	✓ Discuto con mi esposo: por que no me comprende y no me atiende.
Situación económica de su familia.	nivel cuello, rostro y espalda, fatiga, perdida	✓ Mi esposo me lleva y me trae a la
Pedir dinero a su pareja..	de aire, taquicardia, tensión, apretón en el	mayoria de los lugares donde acudo.
En el trabajo no vende.	cuello, dificultad para conciliar el sueño,	✓ Mi esposo no me da para la leche de
Cuando el medico no le dice exactamente de	llanto y colon irritable.	nuestra hija.
lo que tiene.	<u>CONDUCTA EMOCIONAL:</u>	✓ Su esposo le dice: siempre me pides
Cuando le pagan por partes su sueldo.	Ansiedad (9/10), Preocupación (9/10)	cuando no tengo deberias guardar
Cuando su hija mayor no se comunica con ella.	Irritabilidad(9/10), miedo (8/10)	algo de tu sueldo.

Los logros academicos de sus hijas.		✓ La jefa le exigen una meta de 400 soles diarios.
Discute con su esposo.	<u>CONDUCTA COGNITIVO:</u>	
Las calificaciones de sus hijas.	“Me preocupa que estoy a punto de perder mi trabajo”	✓ Hasta hora no has llegado a la meta y eso no es el acuerdo, tienes poner mas enpeño.
Cuando su jefa le dice que tiene que vender para poderle pagar.	“me preocupa que mi pareja no va cambiar”.	
<u>E.D INTERNOS</u>	“He pensado que voy a enfermar o me va pasar algo”	✓ La jefa le llámala atención ciendole si no vas a vender, ponte a limpiar.
Autovervalización:		
“pienso que debería dejar de depender mucho de su esposo”	“no puedo controlar en pensar lo que puede pasar en el futuro”	✓ Su esposo se burla de ella. ✓ Pide ayuda a su esposo y se ríe de ella
“mi esposo se burla de mi”	“Me preocupo que puede ocurrir algo malo si no afronto ahora”	dicendole estàs loca y nunca cambiaras.
“Esto va empeorar mi situación económica”	“El problema es que no me comprenden”	✓ Cuando no recibe su pago completo.
“Si retraso la cuota de mi tarjeta voy a pasar a Infocorp”	“Lo hago por el bien de toda mi familia”	<u>E.R INTERNOS</u>
Es muy dificil para mí concentrarme”	“Es que nadie sabe lo va ocurrir mañana, hay que ser precavidos”	Autoafirmaciones

---

“por todos estos problemas mi hija saldrá jalada en sus cursos”	“me preocupo por que nunca hago bien las cosas”	“piensa que puede pasar algo malo en el futuro”.
“sé que no ha tenido bajas notas, pero estoy segura le va afectar”	“Me preocupa que no haya elegido al hombre ideal”	“piensa que preocuparse la hace sentirse más tranquila”.
“Mi pareja le llama por teléfono y le dice que esta loca”	“Me estará diciendo la verdad, voy a preguntar a su amiga, mi hija me está ocultando algo”	“piensa que no sirve para nada”. “no entran clientes no vende nada” piensa que le pueden despedir del trabajo. “tengo que vender y llegar a la meta”.

CONDUCTUA MOTORA:

Borra informacion de su celular por temor a que su esposo le reclame por algo.

Bota el celular por temor a que le encuentren algo que el cause problema.

Baja al primer piso y vuelve al segundo piso, en repetidas ocasiones buscando a su esposo

---

---

Ella le increpa gritando y vociferando a su esposo.

Empieza a llamar al público y volanteo desde la entrada de la tienda y eso le molesta a la dueña.

No quiere salir solo y piden que lo acompañe cuando sale.

---

---

DIMENSIONES DE LA CONDUCTA:

Duración: Variable

Frecuencia: Todos los días de la semana

Intensidad: Ansiedad 8/10

Duración: Variable

Frecuencia: Todos los días de la semana

Intensidad: preocupación 8/10

---

- Análisis cognitivo

Tabla 02

*Análisis cognitivo: Trastorno de ansiedad generalizada*

<b>Situación</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>
Cuando se acerca el pago de su cuota	“No tengo dinero para pagar ahora”	Preocupación (9) Ansiedad (9)
Se queda sola en casa, su pareja se va a trabajar peleado y sus hijas al colegio	“empieza preocuparse por su familia y por ella misma”	Ansiedad (9/10) Preocupación (9/10)
Pedirle dinero a su pareja para comprar leche y le da para un tarro chico y empieza a preocuparse	“El siempre será así, no cambiara, esto es mi culpa y no tiene solución”	Ansiedad (9/10) Preocupación (9/10)
Cuando no vende nada en la tienda y empieza a preocuparse.	“Si no vendo no me van a poder pagar y me despedirán, por mi culpa, me empieza a doler la cabeza, fatiga, no sirvo para nada, no es la	Ansiedad (9/10) Preocupación (9/10)

---

	primera vez que me pasa, ya en el primer trabajo hice todo mal”	
Cuando no recibe su pago completo ella se preocupa si le alcanzara para pagar sus deudas	“La gente es mala, ahora que le voy a decir a mi esposo de mi sueldo, seguro me va a decir que soy una tonta, que me he dejado engañar y que es mi culpa”.	Ansiedad (10/10) Preocupación (10/10)
Cuando salgo sola de mi casa para hacer compras estoy tranquila y de repente recuerdo que mi hija mayor no se ha comunicado en días, me pregunto si estará bien.	“No me llama estoy segura que le ha pasado algo o ha tenido problemas con su pareja”	Ansiedad (10/10) Preocupación (10/10)

---

- Diagnostico funcional

Tabla 03

*Diagnostico funcional: Trastorno de ansiedad generalizada*

<b>Conducta</b>	<b>Exceso</b>	<b>Debilitamiento</b>	<b>Déficit</b>	<b>¿Qué hacer?</b>
Preocupación excesiva	<b>X</b>			
Toma su cartera y sale a tomar un mototaxi y le pide que la lleven al hospital Jorge Reategui.	<b>X</b>			
Pelear con esposo	<b>X</b>			
Anticipación a los hechos	<b>X</b>			
Sintomatología ansiosa (tensión muscular, problemas de sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, facilidad para fatigarse, inquietud motora)	<b>X</b>			Disminuir –Eliminar
Permanecer sola en casa		<b>X</b>		Incrementar
Salir sola por la noche			<b>X</b>	Instaurar

---

Habilidad para solucionar problemas	<b>X</b>	Incorporar
Conciliar el sueño	<b>X</b>	Instaurar
Tolerancia a situaciones estresoras	<b>X</b>	Incorporar
Asistir a reuniones sociales	<b>X</b>	Instaurar

---

## **1.2. Antecedentes:**

Con relación a los antecedentes de estudios, se han procedido a seleccionar tanto nacionales como internacionales, logrando encontrar diferentes trabajos de investigación que a continuación se detallan:

### **Estudios Nacionales:**

Vizcarra Huyhua (2018), Arequipa, Perú. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de psicología. Estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva a un paciente de 52 años, de sexo femenino, natural de Arequipa, ama de casa que a la edad de 15 años empieza a tener ataques de nervios y temor a que podría sufrir un infarto al corazón y morir, llegando a provocarle un estado de ánimo ansioso, e inestabilidad emocional, con dificultades para desenvolverse de una forma adecuada en el ámbito laboral y vida diaria, generándole un malestar físico y emocional, que no podía controlar. Se realizó el diagnóstico del trastorno, por medio de la observación, entrevista clínica y pruebas estandarizadas, así mismo se llevó a cabo una intervención basada en el entrenamiento cognitivo conductual. Y las técnicas utilizadas fueron : psicoeducación, reestructuración cognitiva resolución de problemas, Habilidades de afrontamiento por medio de la relajación de Jacobson, De acuerdo con el criterio clínico puede observarse un aumento de la funcionalidad del paciente respecto del inicio del tratamiento en donde se ha logrado un incremento de las tareas o responsabilidades para mejorar su percepción de eficacia, Puede observarse una disminución considerablemente significativa de los síntomas negativos descritos como la preocupación constante, tristeza, culpabilidad, pobre auto estima, entre otros. Finalmente, la paciente ha sido capaz de incorporar habilidades y estrategias de afrontamiento derivadas de la terapia cognitiva de manera eficaz en su vida diaria hacia el final del tratamiento. De acuerdo a los resultados obtenidos se logró entender y adherir a su vida diaria

el cuestionamiento y análisis de la validez empírica, funcional y lógica de sus pensamientos, Desarrollar habilidades para el manejo y modificación de la preocupación y ansiedad. Pudo comprender los mecanismos implicados tanto en la ansiedad como en la preocupación, desde el procesamiento de las señales de seguridad, la estimación de amenaza. se demostró la eficacia del tratamiento.

Vega (2017), Lima, Perú. Universidad Particular San Martín de Porres. Escuela profesional de psicología. Estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva. Da a conocer la evaluación y tratamiento de una paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), a una mujer de 26 años de edad, usando como principal referencia el modelo planteado por Clark y Beck para trastornos de ansiedad y otras propuestas como la terapia cognitiva para la depresión de Beck. Tanto la evidencia empírica asociada al modelo cognitivo, como los protocolos y manuales de intervención descritos suponen que esta sea una propuesta de psicoterapia de primera elección. De acuerdo con el criterio clínico puede observarse tres aspectos importantes a valorar: -Se puede evidenciar un aumento de la funcionalidad del paciente respecto del inicio del tratamiento en donde se ha logrado un incremento de las tareas o responsabilidades dentro de su hogar, mejorando su percepción de eficacia. -Puede verse una disminución considerablemente significativa de los síntomas negativos descritos como la preocupación constante, tristeza, culpabilidad, pobre auto estima, entre otros. -Finalmente, la paciente ha sido capaz de incorporar habilidades o estrategias de afrontamiento derivadas de la terapia cognitiva de manera eficaz en su vida diaria hacia el final del tratamiento de manera fluida. De acuerdo a los resultados obtenidos se logró entender y adherir a su vida diaria el cuestionamiento y análisis de la validez empírica, funcional y lógica de sus pensamientos, Desarrollar habilidades para el manejo y modificación de la preocupación y ansiedad, como la expresión repetida de la preocupación o la relajación progresiva de Jacobson. Pudo comprender los mecanismos

implicados tanto en la ansiedad como en la preocupación, desde el procesamiento de las señales de seguridad, la estimación de amenaza, vulnerabilidad percibida, entre otros. Logro recuperar muchas de las actividades que antes era capaz de hacer, devolviéndose su funcionalidad. Por lo tanto, se demostró la eficacia del tratamiento.

Ventura (2009) Lima, Perú. Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco. El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo – Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones semanales). Participaron 30 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 a 60 años, con ansiedad generalizada, las cuales fueron designadas a 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. El diseño metodológico fue Cuasi experimental con mediciones pre test y post test. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el Programa de intervención Grupal Cognitivo – Conductual logró disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

### **Estudios Internacionales:**

Rodríguez (2017) España, Universidad de Murcia. Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos. El objetivo principal ha sido analizar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos, administrado de manera individual a una muestra de N = 33 pacientes. El tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo es un programa de entrenamiento que se

centra en los cambios en los procesos cognitivos relacionados con la etiología y el mantenimiento del TAG. Está compuesto por seis módulos divididos en 14 sesiones, es un programa estructurado y directivo. Fue implementado por 14 terapeutas colaboradores licenciados en psicología, procedentes del Máster de Psicología Clínica y de la Salud. Los resultados de este estudio han permitido demostrar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la preocupación y la ansiedad. Además, su eficacia en la disminución de la intolerancia a la incertidumbre representa una aportación importante al enfoque trans diagnóstico y de trans terapia en psicología. En este sentido el Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo propuesto en este trabajo es un programa de intervención que podría aplicarse a un amplio rango de trastornos diferentes.

García y Saldaña (2012) Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada, Unitat de Teràpia de Conducta (Universitat de Barcelona) Se presenta el caso de una mujer de 36 años que solicitó ayuda por la presencia de crisis de angustia. Tras la evaluación se consideró que el foco central del problema era la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente. Se realizaron 43 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual, dos de ellas con el marido. Se abordaron las crisis de angustia mediante psicoeducación, entrenamiento en respiración controlada y reestructuración cognitiva; y las preocupaciones excesivas mediante control de estímulos, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, experimentos conductuales y exposición imaginal. Los informes de la paciente y los cuestionarios indicaron una mejora clínicamente significativa, en la que, creemos, los experimentos conductuales y la exposición imaginal jugaron un papel muy importante. Como resultado se produjo una reducción drástica y clínicamente significativa de la interferencia producida por los problemas de Sara y aumentó de manera muy notable su calidad de vida. Asimismo, Sara había dejado de tomar Diazepam, aunque seguía tomando una dosis muy baja (10 mg/día) de Citalopram. Finalmente, en una

sesión de seguimiento a los 3 meses, Sara afirmó mantener los logros conseguidos y seguir aplicando la resolución de problemas en vez de preocuparse excesivamente. el tratamiento fue eficaz para lograr los objetivos planteados.

Rodríguez (2006) Chile, Sociedad Chilena en Psicología Clínica. Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Adolescente con Trastorno de Ansiedad Generalizada El objetivo de este estudio es presentar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo–conductual en una adolescente que presenta un trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento incluyó una fase de explicación y reconceptualización del problema, otra de entrenamiento y una tercera de desvanecimiento del entrenamiento o “práctica programada”. Las pruebas de evaluación empleadas fueron la Entrevista Semiestructurada de los Trastornos de Ansiedad del DSM–IV–C y los registros diseñados específicamente para evaluar la intensidad del malestar generado por las preocupaciones sobre las diferentes áreas fuente de preocupación y los correlatos de este trastorno. Los resultados muestran mejoras significativas entre pretest y posttest que se mantuvieron en los seguimientos.

### **Basamento teórico científico de las dos variables:**

#### **Variable independiente: Terapia Cognitiva**

Bas (1992), hace referencia a que los precursores de la terapia cognitivo conductual, reconocieron abiertamente su insatisfacción con el psicoanálisis, luego de haberlo practicado en un ámbito clínico. Sin embargo, no dejan de reconocerse la influencia que tuvo en cada uno. Por otro lado, no se puede dejar de mencionar la influencia del conductismo, al proporcionar el uso del método científico dentro de la propuesta tal y como lo indica Freeman. Finalmente, tampoco desconocerse la influencia de la psicología cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

Así como los trabajos en el paradigma del procesamiento de la información. Al respecto a todo lo mencionado puede decirse que el modelo cognitivo no ha tenido una sola fuente o referencia para su desarrollo, sino muchas de ellas.

### **Terapia cognitiva de Beck**

El modelo cognitivo propone que los sujetos no responden de manera automática o inmediata ante los sucesos ambientales o estimulares, sino que en realidad ponen en marcha una serie de procesos que anteceden a la respuesta emocional, el citado proceso está en función de algo que el autor en mención denominado como esquema cognitivo. Si bien es cierto ya se ha indicado que el concepto de esquema es una idea que fue incorporada primero por Piaget, Beck le da una aplicación clínica (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

Oster y Freeman (2002) plantean que los esquemas son teorías o hipótesis que guían e influyen la manera de ordenar y estructurar información, además que, “afectan no solo a la codificación de la información, sino también a procesos de recuperación de la misma”.

Sin embargo, en el caso de las distorsiones cognitivas, puede darse el caso de que hay esquemas que se han vuelto permanentes e inflexibles, por lo que generan un nivel de vulnerabilidad a quien las tiene, al no permitir una adecuada adaptación. Otro aspecto a considerar es que los esquemas cognitivos no pueden solo ser producto de eventos vitales estresantes, sino que pueden ser en realidad parte de situaciones ambientales asumidas como normal, como la crianza que una persona ha recibido o las condiciones sociales y culturales alrededor de alguien (Caballo, Freeman, & Oster, 2007).

Los esquemas cognitivos están conformados por las creencias nucleares que son aquella parte más profunda de su composición, seguidas de las creencias intermedias, siendo estos dos

aspectos ligados a los productos cognitivos, o también denominados como pensamientos automáticos. Siguiendo con las autoras ya mencionadas, Beck propone que los errores en el procesamiento de la información lleven el nombre de distorsiones cognitivas. Estas distorsiones permiten que esquemas nocivos para los sujetos puedan perpetuarse indefinidamente. Si bien es cierto ha habido diferentes modificaciones al respecto, Yurica y DiTomaso, recogen las más usuales en la Tabla 04.

Tabla 04

*Distorsiones cognitivas*

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de otros	“Mi novio me dice que soy culta, seguro que tiene razón”
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que, aunque salga con amigos me sentiré mal”
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa	“Soy un fracasado”
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento	“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando	“Sé que mi papa, en el fondo, piensa que soy un inútil”

	negativamente de uno sin evidencia que la apoye	
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias	“Me han llamado los amigos cinco veces, pero podrían haberme llamado más”
Sobre generalización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias o aplicarla a una amplia gama de situaciones no relacionadas	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, sino es mejor no hacerlas”
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de otros cuando no hay evidencia que la apoye	“María y Juan se están riendo seguro que es de mí”
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”

---

	toda la situación en un contexto negativo	
Afirmación con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”

---

Fuente: Ruiz et al. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. (pp.374-375)

Este concepto de la triada cognitiva también se ha expuesto para trastornos como en el caso de la ansiedad, donde se distingue, la percepción de la imagen personal como vulnerable, del mundo como amenazante y del futuro como algo impredecible (Vega, 2017).

Para Freeman, Pretzel, Fleming y Simón, este concepto se vincula fuertemente a los pensamientos automáticos, mediante los cuales se pone de manifiesto de manera que los pacientes son usualmente incapaces de detectar este aspecto sin ayuda.

Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso Las técnicas utilizadas durante la intervención han sido de dos tipos, tanto cognitivas como conductuales:

## **Técnicas conductuales**

Para Beck et al. (2010), durante las primeras fases de la terapia cognitiva se hace necesario tanto el restablecimiento de la funcionalidad de la paciente como además el formar una base de evidencia empírica por sobre el cual se pueda debatir o cuestionar determinadas formas de pensar o verse así mismo. Al respecto, Clark y Beck (2012), quienes indican que el valor de las técnicas conductuales puede observarse en el efecto positivo que puedan tener por sobre la modificación de las cogniciones. Para Caro (2009), las técnicas conductuales brindan un efectivo aliviador respecto a los síntomas iniciales que presenta el paciente.

A continuación, se proceden a describir:

**Programación de actividades diarias:** Para Ruiz et al. (2012), esta es una de las técnicas más importantes dentro de la terapia cognitiva y supone la organización y delegación de actividades que van a efectuarse a diario, sin dejar de lado utilizar un sistema gradual en cuanto a la complejidad que estas puedan presentar. Dado que es importante generar el éxito es que se espera brindar la sensación o percepción se ha de ser acorde a lo que cada paciente puede efectuar.

Según Caro (2009), las consideraciones para la aplicación de esta técnica son las siguientes:

- En primer lugar, no se debe de exigir el cumplimiento de las tareas delegadas.
- Se debe de dar un énfasis en lo que se debe hacer más que en la cantidad o intensidad de lo que hace.
- Se debe de dar un especial valor hacia los intentos más que directamente hacia el éxito o las consecuencias que traiga la actividad.
- Es recomendable al inicio de la puesta en práctica en efectuar junto con el paciente la elaboración del programa.

**Visualización:** Para Leahy y Holland, la técnica de visualización implica el instruir a los pacientes en el uso de imágenes agradables para distraerlos de pensamientos que puedan estarles afectando el lograr adentrarlos en un estado de relajación. Esta técnica se ha utilizado para obtener mayores beneficios a la hora de aplicar la relajación progresiva de Jacobson.

**Entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson:** Supone generar una reducción de los niveles de activación a través de un descenso progresivo de la tensión muscular (Ruiz et al. 2012). Para ello se hace uso del reconocimiento de sensaciones vinculadas tanto a la tensión como a la relajación haciendo énfasis en la diferenciación que hay entre ambos. Durante el proceso de intervención se ha visto conveniente trabajar primero con 10 grupos musculares (Bernstein y Borkovec, 1973; Cautela y Groden, 1978, citados en Clark y Beck, 2012) que incluye: El brazo dominante, brazo no dominante, frente, ojos y nariz, mandíbula y cuello, hombros y espalda, pecho, estomago, pierna dominante y finalmente pierna no dominante. Luego se procedió a utilizar una versión abreviada, que incluye, 4 grupos musculares, ambos brazos, rostro y cuello, pecho y abdomen y ambas piernas.

La metodología a usar supone (Ruiz et al. 2012) seguir un orden concreto de las fases de relajación de cada grupo muscular, empezando por el brazo dominante y terminando por la pierna no dominante, además del uso de la técnica de visualización que permita un mejor desarrollo y adquisición de la relajación.

## **Técnicas cognitivas**

Beck et al. (2010), plantea que las técnicas cognitivas están diseñadas para brindar puntos de entrada en la estructura u organización cognitiva de la paciente. Para Caro (2009), las técnicas cognitivas permiten identificar las cogniciones o pensamientos que más dificultades causan en el momento presente. Para autora, de lo que se trata es hacer llegar al paciente ciertos aspectos que no suele prestar atención determinados pacientes debido a su estado o en su defecto mejorar la comprensión de lo que considera entiende de su alrededor. Tal y como expusimos en relación a las bases del modelo cognitivo, lo que interesa de la terapia cognitiva es el acercamiento al paciente a un conocimiento valido, que en otras palabras implicas algo que tenga una base sobre la realidad (Vega, 2017).

**Psicoeducación:** La terapia cognitiva se basa sobre un modelo educativo, es decir un modelo de cambio basando en el aprendizaje en reemplazo de una búsqueda exclusiva de control de los (Beck et al. 2010). Clark y Beck (2012), subrayan la importancia del formar o instruir a los clientes en el modelo cognitivo y los supuestos que propone en relación a la ansiedad. Este proceso formativo inicia con las primeras sesiones y cobra especial importancia en tanto permite una mejor adherencia al tratamiento. Otra referencia la brinda Leahy y Holland (2000, citados en Caro, 2009), quienes se refieren a la socialización de la paciente con la terapia cognitiva, incluyendo entre otros aspectos el uso de estrategias como la bibliotecaria, basada en la lectura de folletos o contenido divulgativo hacia el gran público. Se espera que los pacientes puedan integrarse al proceso de intervención no solo mediante el desarrollo de actividades, sino mediante la comprensión directa y permanente de cada actividad que realizan, comprendiendo sus fundamentos.

**Definir los términos (análisis semántico):** Implica consultar o preguntar al paciente por la definición de los términos que utiliza, como, por ejemplo, podría ser, el consultar por cuál es su definición de felicidad.

**Reatribución o técnica de reatribución cognitiva:** Consiste en que el terapeuta y el paciente puedan hacer una revisión objetiva de la responsabilidad o culpa de determinados aspectos que el paciente este malinterpretando. El objetivo no es lograr que los pacientes puedan liberarse de toda responsabilidad, sino lograr el análisis y la comprensión de que hay múltiples factores causales y pueden influenciar en una situación (Beck et al. 2010). Los pasos a seguir según estos autores, inician con una revisión de las circunstancias que han desencadenado en una autocrítica, poniendo de manifiesto los distintos criterios para asignarse la responsabilidad y valorando ejemplos de esa misma lógica, pero en el caso de la conducta de otras personas, finalizando con el cuestionamiento del nivel de seguridad de que es totalmente culpable en un 100%. Leahy y Holland (2000, citados en Caro, 2009), describen esta técnica las preguntas de sí puede haber otras causas para la situación y de ser así si puede el propio paciente asignar parte de la responsabilidad a esas causas.

**Búsqueda de respuestas alternativas:** Beck et al. (2010), plantea que los problemas que anteriormente podrían haber sido irresolubles, pueden ser reconceptualizados y sacados de una visión rígida e inflexible visto desde fuera. Lo que se intente lograr es poder brindar un enfoque que se separe de la sensación de desesperanza, permitiendo encontrar otras opciones que puedan eventualmente sustituir las conclusiones menos objetivas. La técnica suele incluir, tanto las respuestas iniciales de la paciente que usualmente son estimaciones erradas de la realidad, con sus respectivas consecuencias, seguido de la

presentación de otras respuestas más saludables y su consecuencia (Caro, 2009), el objetivo a lograr de lo mencionado es apoyar las sesiones de reestructuración cognitiva. Siempre y cuando los auto registros de la paciente tengan una aplicación o sean rellenados a partir de situaciones de la vida cotidiana. El llenado de las respuestas más adaptativas tiene que practicarse primero en las sesiones y ha de tener una preparación en la comprensión de lo que se está intentado hacer antes de ponerlo en práctica como tarea para la casa. Recordemos que para poder generar una respuesta alternativa primero se debe de reconocer los pensamientos automáticos.

**Auto registros:** Son elementos vitales que se suelen usar desde los inicios de la intervención y sirven para aportar datos sobre el paciente en su contexto natural que no es posible de ser observado entre sesiones por el terapeuta. Otra función importante es facilitar una descripción de cómo se encontraba al inicio que permitan comparar sus futuros progresos, o también llamado línea base (Ruiz et al. 2012). Clark y Beck (2012), proponen que una forma de introducir a los pacientes en el uso de los auto registros en la inducción a un estado de ansiedad dentro de la sesión por parte del terapeuta, sea haciendo que el paciente imagine alguna escena, pensamiento haga alguna conducta, como en el trastorno de pánico donde se puede simular un episodio de hiperventilación.

**Inducción de la preocupación y decatastrofización:** El objetivo de esta técnica según Clark y Beck (2012), es poder formar al paciente en ejercer la preocupación de manera intencionada en un determinado tema. La primera aproximación a esto se da cuando al paciente se le pide que realiza dicha actividad durante un periodo de entre 5 a 10 minutos dentro de la sesión, verbalizando en alto el proceso para lograr el estado de preocupación y valorando en una escala del 0 al 100 la intensidad la calidad del resultado. Usualmente esta técnica suele estar vinculada al uso del debate socrático o la técnica de la flecha

descendente, se espera que luego de la práctica con ayuda del terapeuta se pueda lograr un determinado guion que puedan usar ya en un contexto natural y que facilite el estado ansioso. La realización de esta técnica tiene por finalidad mostrar a los pacientes que la preocupación es menos incontrolable y genera menos ansiedad cuando se detienen los intentos por evitarla que cuando se hacen esfuerzos por oponerse, además de que la preocupación no tiene por qué ser tan incontrolable como se pensaba. La descripción del peor escenario debe de generar a su vez una respuesta hipotética de cómo hacer frente a dicha situación. Usando el esquema del plan de decatastrofización que incluye, una introducción respecto a lo que se busca con la técnica, seguido de la descripción de la catástrofe representada (peor escenario posible) y un plan de acción. Dicho plan de acción deberá ser utilizado siempre que se vaya a practicar la técnica. (Vega, 2017).

**Expresión repetida de la preocupación:** Clark y Beck (2012), exponen que el procedimiento tiene por finalidad entre otros aspectos prevenir determinadas estrategias inefectivas de control de la preocupación, cuestionar determinada tendencia cognitiva a valorar que la preocupación es nociva y no controlable, modificar la evitación de la catástrofe (peor escenario posible) y aumentar el nivel de confianza para el manejo de determinadas áreas de preocupación. Consiste en utilizar un momento del día, postergando cualquier necesidad de preocuparse, para efectuar la preocupación durante un periodo de 30 minutos exclusivamente. Si durante este periodo el paciente decide centrar su atención en otros aspectos que no sean la preocupación, se deberá volver a centrar su atención en la preocupación hasta que se cumpla el tiempo estimado, en el transcurso de la técnica no se debe de buscar decatastrofizar la preocupación, sino mantener la atención sobre el aspecto que lo genera. (Vega, 2017).

**Procesamiento de señales de seguridad:** Consiste en la búsqueda y reconocimiento de las señales de seguridad que evidentemente pueden no estar siendo observados por el paciente. Esta técnica requiere que no se busque de manera deliberada mostrar respuestas o señales de seguridad, sino que el propio paciente pueda ser guiado o el mismo encontrar dichos aspectos que han pasado de su atención (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

**Reestructuración de las creencias meta-cognitivas:** Un aspecto considerado de importancia a trabajar dentro del TAG son las creencias metacognitivas tanto a favor como en contra de la preocupación, se busca cuestionar de qué manera la preocupación es especialmente nociva, aunque puede agregarse también la idea de porque podría ser favorable. Para este caso Clark y Beck (2012) exponen que la experimentación conductual como por ejemplo, generar un estado de mayor ansiedad y pedir al paciente que verifique si tuvo o no un efecto positivo en lo que creyó iba a servir, en casos en que el paciente considere que la ansiedad es especialmente positiva para prevenir problemas, es una herramienta que puede utilizarse, aunque puede ocurrir lo mismo cuando se considera el papel de peligrosidad a la preocupación y su vinculación con intentos inadecuados de control sobre esta respuesta.

**Inoculación del riesgo e incertidumbre:** Robichaud y Dugas (2006, citados en Clark y Beck, 2012), plantean que un aspecto importante en el tratamiento del TAG es instruir al paciente en el papel que desempeña la intolerancia a la incertidumbre respecto del mantenimiento de la preocupación clínica. Al respecto, ambos autores mencionan que se debe de señalar que hay dos formas de afrontar este aspecto, el primero de ellos es la reducción de la incertidumbre, la cual ciertamente es imposible, dado que la incertidumbre es y será parte de nuestra vida siempre, y por otro lado, aumentar la tolerancia hacia la

incertidumbre que es más realista. Según Leahy (2005, citado en Clark y Beck, 2012), se puede ofrecer a los clientes el analizar tanto los beneficios como las consecuencias (costes) del poder aceptar la incertidumbre frente a eliminarla. La técnica procura exponer progresivamente a los clientes a cantidades mayores de incertidumbre en sus propias vidas (Robichaud y Dugas, 2006, citados en Clark y Beck, 2012).

**Entrenamiento en resolución constructiva de problemas:** Robichaud y Dugas (2006, citados en Clark y Beck, 2012), incluyen intervenciones en reestructuración cognitiva para trabajar las creencias o patrones inadecuadas que llevan a dudas sobre la capacidad propia para poder solucionar problemas, verlos como amenazantes o mantener altos niveles de pesimismo respecto a los resultados. Se busca cambiar la valoración de amenaza por una de oportunidad o reto. Lo mencionado se sigue del uso de la resolución de problemas con los pasos consignados por D'Zurila y Nezu (2007, citados en Clark y Beck, 2012) que consistente en la definición del problema y sus respectivos objetivos, la generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y poner en práctica la solución y su verificación.

**Procesamiento elaborativo del presente:** Destinado para las últimas sesiones según Clark y Beck (2012), busca centrar la atención en el momento presente como mecanismo frente a la preocupación (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004, citados en Clark y Beck, 2012). Los pasos descritos por dichos autores consisten en instruir a los pacientes en que sus estimaciones negativas sobre el futuro son en su gran mayoría poco exactas por lo que puede usarse en sustitución alternativas más realistas. Seguido de ello, puede plantearse que no hay forma o manera de que una predicción sea totalmente segura, por lo que puede optarse por una alternativa alejada de las expectativas. Una vez centrados estos aspectos

se puede pasar a centrarse en el momento presente, haciendo una especial cercanía con las terapias basadas en la atención plena.

**Evidencia empírica:** La terapia cognitiva ha estado sujeto a varias investigaciones desde sus inicios. Según Butler, Chapman, Foreman y Beck (2006, citados en Ruiz et al., 2012), existen unas 300 publicaciones sobre investigaciones de resultados de la terapia cognitiva y otras 16 de tipo meta-analítico que comparan grupos con tratamiento placebo de lista de espera con la terapia cognitiva, mostrándose que la terapia cognitiva es más efectiva en alteraciones como la depresión unipolar, ansiedad, depresión infantil y una cantidad significativa de trastornos de ansiedad específicos, donde se incluye al TAG. Beck (2005, citado en Ruiz et al. 2012) se refiere a los estudios de Chambless y Gilss (1993, citados en Ruiz et al. 2012), planteando que la terapia cognitiva y la terapia cognitivo conductual mejoran gran parte de las alteraciones de ansiedad incluidas en el DSM IV-TR. Una situación parecida ocurre en el meta análisis efectuado por Abramowitz (2004, citado en Ruiz et al. 2012).

En un sentido más específico respecto al TAG, Dirham y Turvey (1987, citados en Clark y Beck, 2012), refieren que la terapia cognitiva y la terapia conductual, muestran mejorías similares en una proporción aproximada de entre 50 a 60%, una vez finalizado el tratamiento, sin embargo, pasados 6 meses en un seguimiento se pudo observar que los beneficios de la terapia cognitiva se elevan a un 62%.

Respecto a la prevención de recaída, Butler, Fennel, Robson y Gelder (2006, citados en Ruiz et al. 2012), informan un nivel menor de recaídas y mantenimiento de los beneficios obtenidos durante el proceso de intervención bajo este modelo en alteraciones que incluyen tanto a la depresión unipolar como a varios trastornos de ansiedad.

**Modelo cognitivo de la Ansiedad:**

Clark y Beck, en la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en el siguiente diagrama:

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

Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Considere, por ejemplo, cómo se siente en el período previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que el examen sea difícil y usted duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Lo mismo ocurriría con respecto a hablar en público. Si evalúa a su audiencia como amable y receptiva hacia su discurso, su ansiedad será inferior que, si evalúa a la audiencia como crítica, aburrida o con actitud de rechazo hacia su presentación. En cada ejemplo no es la situación (p. ej., escribir un examen, dar una conferencia o mantener una conversación informal) lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos. La perspectiva cognitiva puede ayudarnos a entender algunas contradicciones visibles en los trastornos de ansiedad. ¿Cómo es posible que sienta tanta ansiedad ante una amenaza irracional y tan improbable (p. ej., que pueda dejar

de respirar), y sin embargo reaccionar con comodidad y sin aparente ansiedad ante peligros más realistas (p. ej., desarrollar cáncer de pulmón por una adicción crónica a la nicotina)?  
 ¿Cómo se explica la naturaleza tan selectiva y específica de las situaciones de la ansiedad?  
 ¿Por qué es tan persistente a pesar de la repetida no ocurrencia de la amenaza anticipada?

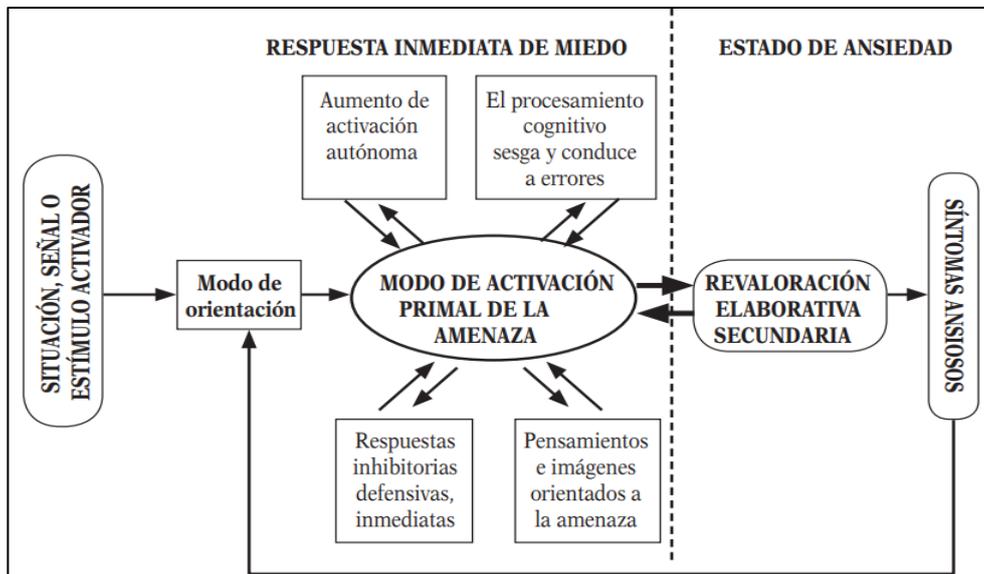


Figura 01. Modelo cognitivo de la ansiedad

### Variable dependiente: Ansiedad

#### Definición

Para Clark y Beck (2012) la ansiedad se define como:

Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p.22)

Para Cia (2007), la ansiedad:

Es una emoción de carácter psicobiológico, cuya particularidad es ser elementalmente adaptativa. Lo que quiere decir 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 llamada ansiedad patológica (también llamada mórbida o clínica) para aquellas reacciones en las que las respuestas tanto en intensidad y duración son incongruentes con los estímulos que las provocan. (p.34)

Sadock y Sadock (2007), se refieren a la ansiedad clínica como: “un sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro, que puede ser interno o externo”. (p.21)

De acuerdo con Clark y Beck (2012), existen 5 características que harían posible identificar a la ansiedad de carácter clínico (o patológico):

1. Cognición disfuncional: Se asume que en la ansiedad clínica hay una valoración equivocada que no puede ser apoyada por la verificación empírica (observación directa).
2. Deterioro del funcionamiento: El sujeto que la experimenta ve su funcionamiento habitual alterado, disminuyendo su efectividad en diferentes contextos, desde interpersonales, laborales, entre otros.
3. Persistencia: El estado de ansiedad clínica puede permanecer durante tiempo prolongados se tengan o no motivos para valorar que haya una real amenaza en el contexto actual.
4. Falsa alarma: Según Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012), se denomina también “miedo invisible”, pues ocurren en ausencia de estímulos que lo generen o incluso ante

una mínima (casi inexistente) señal de peligro. Siendo el mejor ejemplo, en los cuadros de ataque de pánico (APA, 2014)

5. Hipersensibilidad a los estímulos: La ansiedad mórbida es originada o activada por una amplia gama de estímulos y contextos diversos, que evidentemente no serían amenazantes para una persona sin dicha afección.

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

De acuerdo con el DSM V (APA, 2014), los trastornos de ansiedad son un grupo reconocible de alteraciones, lo que quiere decir que tienen una categoría separada de otras afecciones igualmente identificables. Respecto de versiones anteriores como el DSM IV TR, en donde Sadock y Sadock (2007), ubica un total de 11 diagnósticos diferentes, se han observado a la actualidad diferencias entre las que se incluye la exclusión tanto de trastorno obsesivo compulsivo como el trastorno por estrés post traumático. Otra situación la observamos en alteraciones como el mutismo selectivo y el trastorno por separación los cuales han sido incluidos, en otros aspectos tanto la agorafobia como el trastorno de pánico han sido claramente diferenciados. Según refiere Tortella-Feliu (2014), situación diferente a la versión anterior en donde observábamos diagnósticos que incluso podrían incluir a ambos.

Así mismo se mantiene el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social o fobia social, el trastorno de pánico y la agorafobia ambos ya citados, la fobia específica, el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el trastorno de ansiedad no especificado y otros trastornos de ansiedad especificados. (APA, 2014)

En el caso del CIE 10 (OMS, 2000), este sistema de clasificación agrupa a los trastornos de ansiedad bajo el nombre de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, en el cual se incluyen grupos de alteraciones que en el DSM V se han visto claramente diferenciadas como los trastornos obsesivos, disociativos, vinculados a traumas y situaciones estresantes, así como las alteraciones de síntomas somáticos.

Puede decirse en conclusión que mientras el CIE 10 propone una clasificación que agrupa un amplio espectro de alteraciones muchas de las cuales son consideradas por el DSM V como claramente heterogéneas, este último propone en reemplazo una mayor especificidad y menos cantidad de cuadros dentro del grupo que incluyen a los trastornos de ansiedad.

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

El Trastorno de ansiedad generalizada que denominaremos bajo las siglas TAG, se pueden ubicar en el concepto de neurosis de ansiedad, como mencionan Roemer, Orsillo y Barlow (2002, citados en Beck & Clark, 2012). Siendo dicha denominación recogida en la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la asociación psiquiátrica americana bajo la denominación de DSM-II, (APA, 1968) en donde puede observarse que no se efectúan aclaraciones entorno a si es una afección ansiosa crónica o de aparición intensa y transitoria (crisis de angustia) tal y como refieren Mennin et al. (2002 citado en Beck & Clark, 2012)

Desde el DSM-III, el TAG pasa a ser una categoría diagnóstica identificable, pero residual, es decir, posible de ser diagnosticada en ausencia de síntomas que definan otra alteración (APA, 1980). A falta de criterios más específicos que lo diferencien de manera clara de otras alteraciones ya en la edición revisada del DSM-III (DSM-III-R), el TAG pasa a ser

ubicado como una categoría diagnóstica principal, teniendo como elemento más importante la presencia de una constante y excesiva preocupación. La definición brindada en esta edición propone que el diagnóstico ha de efectuarse de poder ubicar un total de 6 de 18 síntomas fisiológicos, divididos en 3 categorías, tensión motora, hiperactividad autónoma e hipervigilancia, además de definir el periodo de duración mínimo de los síntomas a 6 meses (APA, 1987).

Ya en versiones siguientes como el DSM-IV y su versión revisada (DSM-IV-R), el TAG pasa a reducir la cantidad de síntomas fisiológicos considerados para su diagnóstico de 18 (anteriormente mencionados) a 6, disminuyendo la dificultad de diferenciarlo con otros cuadros. A este respecto, se indica que la preocupación, rasgo característico del TAG, se origina incluso ante eventos de menor importancia, siendo especialmente difícil controlar el flujo de los pensamientos negativos una vez han empezado, tal y como lo mencionan Roemer, Orsillo y Barlow (2002 citado en Montorio et al., 2011).

#### Criterio diagnóstico del TAG

Hoy en día los criterios para el diagnóstico del TAG no han visto modificaciones en el DSM V (APA, 2014), respecto de la versión anterior, el DSM IV-TR. Mientras que en el caso del CIE 10 (OMS, 2000), el manual diagnóstico sigue vigente y utilizándose a la espera de una versión más actualizada. En la Tabla 05, se procede a describir, los criterios para el diagnóstico del TAG, en según el DSM V:

Tabla 05

*Criterios diagnóstico según el DSM V y el 10 sobre el TAG*

<b>DSM V</b>	<b>CIE -10</b>
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.</li> <li>2. Facilidad para fatigarse.</li> <li>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</li> </ol>	<p>A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.</p> <p>B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4: Síntomas autónomos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.</li> <li>2. Sudoración.</li> <li>3. Temblor o sacudidas.</li> <li>4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).</li> </ol> <p>Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Dificultad para respirar.</li> </ol>

- 
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- 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.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. (por ejemplo: hipertiroidismo). La alteración no se explica por otro trastorno mental (por ejemplo: Ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico , valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo
6. Sensación de ahogo.
7. Dolor o malestar en el pecho.
8. Náuseas o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto).
- Síntomas relacionados con el estado mental:
9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir. Síntomas generales:
13. Sofocos de calor o escalofríos
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares. 16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental.
-

- 
- de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés post traumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar. Otros síntomas no específicos:
19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o dejar la “mente en blanco” a causa de la preocupación de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- C. El trastorno no cumple con los criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondriaco.
23. El trastorno de ansiedad no e debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico o trastorno relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

Sadock y Sadock (2007), señala que en el TAG se evidencia una preocupación desmesurada por distintos eventos, experiencias o circunstancias que transcurren en la vida diaria. Para estos autores los síntomas de este trastorno pueden variar o confundirse con los de otras alteraciones, tanto médicas como psiquiátricas. Esto último puede observarse en lo mencionado por Bradwejn, Berner y Shaw (1992, citados en Dugas y Ladouceur, 2002), quienes indican que los pacientes con TAG suelen acudir al médico general, por síntomas somáticos como la fatiga e insomnio. Además de que los síntomas presentados en estos pacientes son menores en comparación con otros trastornos de ansiedad y de que el nivel de afectación social es menos pronunciado según Noyes et al. (1992, citados en Dugas y Lodouceur, 2002).

Debido a que los síntomas pueden no ser tan connotados o específicos como en otras alteraciones, muchos de los pacientes con este trastorno, suelen postergar su visita a un profesional (Rapee, 1991, citado en Dugas y Lodouceur, 2002), además de observarse que un 80% de los pacientes no recuerdan las primeras manifestaciones del cuadro y refieren haber estado ansiosos y preocupados desde siempre (Barlow, 1988; Rapee, 1991, citados en Dugas y Lodouceur, 2002).

Otra característica a considerar es el de la preocupación como característica central del TAG. Para Montorio et al. (2011), el tipo de preocupación observada en estos pacientes, tiene por característica el referirse a un amplio espectro de eventos y actividades, sin limitarse o vincularse a algo en particular. Además, según el autor en mención, prácticamente cualquier situación, incluso aspectos menores pueden desencadenar las manifestaciones del cuadro, observándose una mayor cantidad de preocupaciones vinculadas a eventos no reales o actuales. Para Clark y Beck (2012), la preocupación en el TAG tiene por característica ser crónica y desproporcionada, pero adicionalmente puede decirse que:

Es una estrategia mal adaptativa y autoperpetuante que contribuye a la persistencia de la ansiedad (1) magnificando una interpretación sesgada de la amenaza anticipada; (2) generando una falsa sensación de control, previsión y certidumbre; (3) garantizando la atribución errónea de que no ocurra el resultado temido al proceso de preocupación; (4) culminando en los intentos frustrados de establecer una sensación de seguridad. (p.653)

Para Dugas y Ladoceur (2002), los sujetos con una preocupación desmedida, además de ser capaces de encontrar temas de preocupación recurrente, son incapaces de darles solución o confrontarlos adecuadamente. Además de que las personas con TAG, expresan más preocupaciones sobre eventos de menor importancia respecto de otros grupos clínicos de tipo ansioso.

Deffenbacher (2002), afirma que, a diferencia de una solución eficaz, en donde se sopesa tanto resultados a favor como en contra, una persona con esta condición clínica, es decir el TAG, aportará una mayor atención en la identificación de los aspectos exclusivamente negativos. Puede decirse entonces, que se observa una limitación en las primeras etapas de la solución de un problema. (Deffenbacher y Suin 1987, citados en Deffenbacher, 2002). Esta primera etapa consistente solo en el planteamiento del problema más no en su solución (Dugas y Ladoceur, 2002). De acuerdo con la teoría de la preocupación como evitación cognitiva, propuesta por Borkovec, Ray y Stober (1998, citados en Montorio, et al. 2011), se define a la preocupación como: “una vivencia de carácter fundamentalmente verbal y lingüístico, que está relacionado con la disminución de imágenes mentales”. Observándose un mecanismo de reforzamiento negativo, al evitarse la exposición a las imágenes mentales, a través de la atención hacia el contenido verbal. Como se sabe las manifestaciones conductuales en el TAG

no son claras, debido a que no hay un énfasis de la preocupación hacia un aspecto en particular, por lo que la evitación característica de un cuadro ansioso, es de tipo cognitivo (Montorio et al. 2011).

Las personas con TAG, experimentan las preocupaciones de tipo 1 (no cognitivas), lo harán hasta que logren su resolución o que algo más logre captar su atención, sin embargo, si ninguno de estos dos eventos ocurre, sucede que el estado de ansiedad aumenta. Dada esta situación es que se activan las preocupaciones de tipo 2, generándose una intensificación de las preocupaciones de tipo 1, prolongándose el estado ansiógeno. Finalmente, el trastorno se mantiene debido a que los sujetos que la experimentan intentan evitar las consecuencias derivadas de la exposición hacia la preocupación, además de observarse tanto la necesidad de preocuparse, como de intentar evitar hacerlo, siendo esto último infructuoso (Montorio et al. 2011).

Otro es el caso del modelo de intolerancia hacia la incertidumbre (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998, citados en Montorio et al.2011), desde donde se plantea a la intolerancia hacia la incertidumbre como un elemento principal vinculado al TAG, expresándose en manifestaciones negativas en diferentes canales, tanto emocional, cognitivo como conductual y presentándose frente a situaciones imprecisas o inciertas (Dugas, Bhur y Ladouceur, 2004, citados en Montorio et al. 2011). Esta tendencia negativa hacia este aspecto natural en todo problema, puesto que no podemos generar un control absoluto nunca, hace que los sujetos generen intentos fallidos o un control infructuoso (Montorio et al. 2011). Por otro lado, esta intolerancia hacia la incertidumbre, muestra una relación indirecta con tres variables, propuestas por Dugas et al. (1998, citado en Montorio et al. 2011):

Por un lado, tenemos a las presunciones positivas sobre la preocupación, que son cogniciones que asumen a la preocupación, como generadora de mejores soluciones o medidas para prevenir emociones no deseadas (Freeston, Rhéume, Latetarte, Dugas y Lodouceur, 1994, citados en Montorio et al. 2011). Siendo este tipo de creencia reforzado tanto positivamente cuando los problemas suelen encontrar alguna solución o aparecen consecuencias positivas como negativamente cuando sencillamente las imágenes de los problemas temidos nunca ocurren en la realidad.

Así mismo, tenemos a la orientación negativa hacia los problemas, que es la segunda variable citada por estos autores, de donde se desprende el concepto, tanto la insuficiente confianza o falta de esta respecto a los recursos para hacer afrontar un problema, como de la presunción de que estos son una amenaza (D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1998, citados en Montorio et al. 2011).

Finalmente tenemos a la evitación cognitiva, que es básicamente el mecanismo utilizado frente a la intensificación tanto de las imágenes mentales y de sus consecuencias a nivel de síntomas de ansiedad, que son contrarrestados o regulados por la preocupación que es de carácter principalmente verbal. Una teoría, descrita igualmente por Montorio et al. (2011), como relativamente reciente y que requiere mayor evidencia empírica, es el modelo de déficit de regulación emocional (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2002, citados en Montorio et al. 2011), que recoge el concepto de la preocupación como evitación cognitiva (Borkovec, et al. 1998, citados en Montorio et al. 2011), introduciendo el proceso de regulación emocional como un elemento indispensable en la comprensión clínica del TAG.

Desde esta perspectiva la regulación emocional es toda conducta voluntaria para intentar modificar cuando y como se dan las emociones. Los autores que proponen este modelo

informan que, en los pacientes con TAG, se da un déficit a este nivel, por lo que experimentan las emociones de una forma bastante intensa, además de que no son capaces de comprenderlas. Generando reacciones negativas ante la emoción, como el miedo y mostrar una regulación limitadamente adaptativa. Warren (1999), agrega que el TAG tiene por característica tanto una mayor frecuencia como variedad entorno a sus preocupaciones, además de presentarse contra la voluntad del sujeto.

Etiología de acuerdo con Barlow (1988, citado en Warren, 1999) y su modelo de desarrollo y mantenimiento del TAG, al estar presente tanto una vulnerabilidad biológica como psicológica, los sujetos se predisponen a generar reacciones a nivel neurológico de intensidad considerable, sea ante eventos negativos como ante demandas o exigencias vitales. De igual forma, eventos experimentados como imprevisibles o incontrolables pueden generar un proceso de generalización hacia eventos inocuos o neutrales para la mayoría de personas. Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012), hace referencias a la vulnerabilidad biológica, planteándola desde una perspectiva más vinculada al ámbito de la heredabilidad, expresándose en una elevación de los rasgos temperamentales como el neuroticismo o la ansiedad rasgo.

El autor Eysenck (1975, citado en Clark y Beck, 2012) solo supone presencia en un estimado del 30 al 40% de todos los trastornos de ansiedad. Eysenck (1975, citado en Clark y Beck, 2012), se refieren al neuroticismo como una tendencia a tener entre otros aspectos respuestas ansiosas o vinculadas a sentirse agobiado por las preocupaciones, esto último que puede observarse especialmente en el TAG. El autor indica que los sujetos especialmente introvertidos presentan mayor tendencia a generar posiblemente ansiedad, al tener un sistema límbico bastante reactivo, generando mayores respuestas emocionales condicionadas.

Para Montorio et al. (2011) no hay evidencia que sustente que el TAG tiene a los factores genéticos como aspectos determinantes en la generación del cuadro. Sin embargo, este autor subraya el papel contextual, en especial a nivel intrafamiliar, desde donde podría esgrimirse una posible causa para el desarrollo posterior del trastorno.

Epidemiología Brown, O' Leary, Barlow (1993, citados en Warren 1999), refieren que hay pacientes con TAG que pueden llegar a identificar su preocupación como parte de su forma de ser o comportarse, pues existen casos en que la edad de aparición es bastante temprana. Para Sadock y Sadock (2007), a pesar de que la edad de aparición puede variar, esta puede asociarse a la adultez temprana. Por otro lado, según esos mismos autores, por cada dos mujeres con TAG hay un hombre que presenta igualmente el cuadro. Esta información va en consonancia a lo mencionado por Lieb, Becker y Altamura (2005, citados en Montorio et al. (2011), quienes indican que el riesgo de contraer TAG identificado en distintos estudios europeos, concluye que dos o tres veces mayor en mujeres que en hombres. Montorio et al. (2011) mencionan que existe una alta variabilidad en la prevalencia del TAG pues esta depende tanto de los lugares donde se han desarrollado los estudios como de los criterios para el diagnóstico empleados.

Al respecto en los estudios realizados en Estados Unidos por Kessler et al. (2008, citados en Montorio et al. 2011) la prevalencia a lo largo de la vida era del 5%, mientras que en los últimos 12 meses era del 3%. Mientras que en los estudios en países europeos a cargo de Lieb, Becker y Altamura (2005, citados en Montorio et al. (2011), la prevalencia en los últimos 12 meses es aproximadamente superior al 2 %. Finalmente, en un estudio efectuado en varios países que incluyen a España, Montorio et al. (2011), refiere una prevalencia del 2.8%. Por otro lado, de acuerdo con los datos proporcionados por Barlow (1988, citado en Warren, 1999) solo el 10% de los afectados por el TAG solicitan ayuda, mientras que el 4% de la población general presenta el trastorno, siendo considerado una de las alteraciones de tipo

ansioso más comunes. La idea de que es una de las alteraciones más comunes en el grupo de los trastornos de ansiedad, es avalada también por Sadock y Sadock (2007), quienes refieren una prevalencia de entre el 3% al 8% de la población, solo siendo superada por la Fobia específica a la que se le asocia aproximadamente un 10%.

La Comorbilidad para Warren (1999), la mayoría de pacientes que tienen un diagnóstico de TAG, presentan algún otro tipo de alteración mental, entre lo que destaca la fobia social y la fobia específica. Sadock y Sadock (2007), indican que con el tiempo los pacientes con este cuadro pueden generar una depresión secundaria, esta idea es reforzada al indicar estos mismos autores en que entre un 50% al 70% de los pacientes con un trastorno depresivo generan algún tipo de trastorno ansioso o pensamientos obsesivos. Dugas y Ladouceur (2002), refieren la existencia de diversos estudios que avalan una elevada frecuencia de casos con TAG con algún tipo de comorbilidad. Entre los estudios mencionados se refieren a la fobia social, el trastorno de pánico, la distimia y la fobia específica como las alteraciones más frecuentes que se presentan en pacientes con TAG. Además de lo mencionado, refieren también que la comorbilidad del TAG al presentarse como diagnóstico secundario también es elevada. Por ejemplo, Sanderson, Beck y Beck (1990, citados en Dugas y Ladouceur, 2002), informan que en casos de depresión o de distimia tanto el TAG como la fobia específica eran las alteraciones más frecuentes que acompañaban a dichos cuadros.

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

-Modelo de la "aprensión ansiosa" de Barlow

El modelo de Barlow (1988) concibe a la aprensión ansiosa, como un proceso presente en todos los trastornos de ansiedad como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por ataques de pánico y las fobias. En el modelo se propone que el proceso de

aprensión ansiosa inicia cuando el individuo percibe una situación estimular (como por ejemplo ciertos contextos situacionales o algún aumento del arousal inexplicado) que evoca proposiciones ansiosas que se han almacenado en la memoria a largo plazo. A continuación, a consecuencia de lo anterior se desencadenará un estado de ánimo con un elevado afecto negativo caracterizado por una emoción difusa dominada por sensaciones de impredecibilidad, incontrolabilidad, incapacidad y una activación del estado fisiológico. Como consecuencia, ocurrirá un cambio atencional donde el individuo se centrará en sí mismo y realizará autoevaluaciones, principalmente respecto a su fisiología, lo cual aumentará su activación (arousal) de manera crónica. Los elevados niveles de activación darán lugar a un estrechamiento atencional del individuo hacia sí mismo lo cual lo conduce a un estado de hipervigilancia. Barlow (1988) señala que paralelamente se activa el esquema cognitivo aprensivo en el cual aumenta la percepción de amenaza en el individuo a la vez que disminuye su percepción de control, lo cual se refleja en su percepción de incapacidad de afrontamiento. A consecuencia de lo descrito anteriormente, el autor apunta que disminuirá el rendimiento del individuo en aquellas actividades que requieran de atención sostenida y de concentración. Finalmente, el modelo señala la posibilidad de que ocurra la evitación de situaciones potencialmente evocadoras o del afecto. Desde este modelo la preocupación es considerada como patológica es concebida como una actividad incontrolable que surge tras la activación de un “esquema cognitivo de incapacidad” en el que inciden diversos factores como el estrechamiento de la atencional que interfiere con actividades importantes para la persona.

-Modelo de la Evitación cognitiva” de Borkovec

El modelo de Borkovec (1994 citado en Borkovec, Alcaine & Behar, 2004) apunta que la preocupación es un intento predominantemente verbal-lingüístico que pretende evitar imágenes catastróficas referidas a posibles eventos aversivos. Señala también que el proceso

de la preocupación implica la interacción de algunos sistemas humanos como el conceptual, imaginativo, afectivo, atencional, de memoria representacional, comportamental y fisiológico. De acuerdo con el modelo de Borkovec (1994) la preocupación supone una motivación, derivada de la necesidad de actuar frente a la amenaza percibida y así encontrar una solución al problema. Sin embargo, apunta que la preocupación se torna patológica cuando al preocuparse, el individuo recupera con facilidad aquellas imágenes aversivas que paradójicamente desea evitar. Al mismo tiempo, su activación se eleva (junto otros signos como aumento de la tasa cardíaca, tensión muscular, etc.) y se fomenta la creación de un círculo vicioso donde se favorece la emergencia de imágenes ansiógenas. Según la propuesta del modelo, debido a la irrealidad de la amenaza, la preocupación patológica se caracteriza por ser un proceso que da pie a una inhibición simpática del organismo ya que se suprimen los aspectos somáticos y fisiológicos característicos de la experiencia ansiosa como por ejemplo de la sudoración y de frecuencia cardíaca. De modo que, al no tratarse de una amenaza real, el organismo no prepara ninguna respuesta motora.

Se subraya que durante la preocupación patológica ocurre una respuesta de evitación cognitiva interna. La cual es definida como una respuesta conceptual compuesta por una serie de pensamientos incontrolables sobre cómo afrontar amenazas futuras. Estos pensamientos también implican ciertas creencias sobre los beneficios sobre el hecho de preocuparse, como por ejemplo que al preocuparse se disminuirán las probabilidades de que suceda lo temido e incluso que ayudará a la persona a prevenirlo o a solucionar el problema de una mejor manera. Cabe señalar que, según el modelo, la preocupación patológica se mantendrá presente ya que será seguida de un reforzamiento negativo percibido por el sujeto, al no cumplirse ninguna de las amenazas detectadas por el individuo. En cuanto al origen de la preocupación patológica, el modelo señala que suele emerger en aquellos individuos que tienen una tendencia

a percibir el mundo de forma distorsionada y difusa, lo ven como un lugar peligroso junto con creencias de que no serán capaces de afrontar algunas situaciones amenazantes futuras. También se señala la asociación de la preocupación patológica con frecuentes traumas almacenados en la memoria o relacionados con un apego inseguro o excesivo hacia el cuidador primario durante la infancia.

-Modelo metacognitivo de la preocupación y del trastorno de ansiedad generalizada de Wells.

El modelo de Wells (2006) propone que la preocupación patológica surge en principio por la formación y mantenimiento de creencias metacognitivas positivas referidas al mismo proceso de preocupación (como, por ejemplo; “cuanto más preocupe mejor me irá”). Éstas a su vez emergen como consecuencia de dos tipos de procesos previos, 1) aprendizaje modelado por figuras parentales (preocupadizas) y 2) reforzamiento negativo que aparece cuando tras la preocupación no se experimentan las amenazas temidas. Sin embargo, el modelo postula que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la aparición de un segundo tipo de meta-cogniciones, a las que denomina meta-preocupaciones “preocuparse de estar preocupado”. Éstas consisten en la valoración de la preocupación como incontrolable y peligrosa, el individuo cree que sus preocupaciones pueden llegar a dañarlo lo cual es un motivo de preocupación, por ejemplo; “si sigo preocupándome voy a tener un ataque al corazón... o me voy a volver loco”. Las meta-preocupaciones tienen como consecuencia que la persona trata de evitar preocuparse, y son concebidas como pensamientos que se presentan de forma intrusiva. Lo cual provoca un efecto paradójico descrito ya por Wenzlaff y Wegner (2000), aumentando la frecuencia de preocupaciones, llevando a la persona a creer que no puede controlar la preocupación. Como consecuencia se incrementan los signos de ansiedad y a modo de círculo vicioso favorece el mantenimiento y exacerbación de la meta-preocupación.

## -Modelo de intolerancia a la incertidumbre

Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998) relacionan estrechamente la etiología y el mantenimiento de la preocupación excesiva con la intolerancia a la incertidumbre, la cual conciben como un constructo que representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de incertidumbre. En el modelo se define la intolerancia a la incertidumbre como una predisposición del individuo a reaccionar negativamente ante cualquier evento o situación de índole incierta, independientemente de su probabilidad de ocurrencia y consecuencias asociadas (Ladouceur, Gosselin & Dugas, 2000). Los autores destacan la importancia que juega el rol de la evaluación subjetiva de la situación dentro de la intolerancia a la incertidumbre. Por ejemplo, señalan que en comparación con alguien tolerante, un individuo que es intolerante a la incertidumbre evaluará una situación incierta futura como inquietante e inaceptable. Además, el modelo indica que entre más elevado sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, mayor será el número de reacciones, entre ellas una elevada activación emocional, hipervigilancia y un estado de evitación cognitiva donde se suprimen las imágenes catastróficas y amenazantes. En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, se consideran algunas variables importantes para su desarrollo y por lo tanto para la aparición de la preocupación patológica en las personas. Indican que la primera variable es la intolerancia a la incertidumbre ya que fomenta el surgimiento de las preguntas “¿Y si...?”, por ejemplo ¿Y si no logro realizar mis metas?, ¿Y si no puedo enfrentar el problema? Mencionan que la segunda variable son las creencias que la persona tiene sobre la preocupación, por ejemplo si cree que al preocuparse logrará proteger a sus seres más queridos o bien que le ayudarán a evitar decepciones o a encontrar una mejor manera para realizar las cosas (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998) Otro elemento clave en el modelo es la pobre orientación del individuo hacia el

problema. La pobre orientación hacia el problema es definida como un conjunto de procesos metacognitivos que reflejan la baja consciencia y la poca reflexión de los problemas diarios, así como de la pobre capacidad para resolverlos (Dugas, Marchand y Ladouceur, 2005). Desde el modelo se señala que tales procesos metacognitivos incluyen los procesos de percepción, valoración y atribución que la persona tiene sobre el problema, así como las creencias sobre su propio control personal.

-Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey.

Davey (2006) señala que algunas teorías contemporáneas (Borkovec, 1994; Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998; Wells, 2006) han explicado el TAG y la preocupación patológica señalando el papel de factores personales disposicionales como el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la responsabilidad excesiva, así como las creencias sobre la funcionalidad o utilidad de preocuparse. Por otro lado, concibe la preocupación (patológica) como un intento infructuoso de solución de problemas. Sin embargo, señala que el elemento crítico que diferencia a las personas “preocupadizas” no es tanto el déficit de habilidades para solucionar problemas si no la baja confianza para resolverlos.

Davey (2006) mencionan que la principal característica que define a la preocupación patológica es una perseverancia cognitiva disfuncional que favorece, entre otros aspectos, la baja autoconfianza y la valoración positiva de las preocupaciones, ya que las concibe como proceso de solución de problemas (que continuamente se nutre de la información proporcionada del propio estado de ánimo) generándose de esta manera un círculo vicioso. También en el modelo se señala que dicha perseverancia cognitiva es característica no sólo de trastornos de ansiedad (como el TAG) si no también presente en otros trastornos como la depresión. Además, el modelo propone que el proceso preocupación perseverativa, aparece

cuando la persona genera mentalmente el mayor número de posibles eventos negativos que puedan interferir con los objetivos y metas personales, en un futuro.

La persona valora de forma positiva dicho modo de proceder y por ello se mantiene la preocupación patológica de forma análoga a la propuesta por Wells (2006). El modelo señala también que las personas con preocupación patológica frecuentemente realizan evaluaciones sobre el cumplimiento de sus objetivos. Menciona además que aquellas personas que padecen de preocupación perseverativa interpretarán un bajo cumplimiento de los mismos (aun cuando sea lo contrario) debido a la influencia del estado de ánimo negativo (crónico). De modo que éstas comenzarán a pensar que al no haber tenido los resultados esperados referidos a sus objetivos, deberán perseverar más en las preocupaciones de lo que hicieron.

### **1.3. Objetivos**

- Objetivo general
  - Disminuir la ansiedad generalizada en una usuaria adulta mediante un programa de intervención cognitivo conductual.
  
- Objetivos específicos
  - Disminuir la preocupación excesiva en relación al entorno familiar, social, económico y de pareja a través de la reestructuración cognitiva.
  - Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento de relajación de Jacobson y respiración diafragmática.

- Modificar los pensamientos y creencias irracionales e incorporar el uso de un pensamiento más enfocado en el presente a través de el entrenamiento en auto instrucciones racionales.
- Incrementar comportamiento en habilidades sociales, a través de las estrategias interpersonales.

#### **1.4 Justificación**

En la información recogida durante la evaluación, la paciente evidencia distorsiones cognitivas que repercuten en el aspecto emocional, afectivo, lo cual se ve representado en una excesiva preocupación aprehensiva como síntoma principal de su funcionalidad, acompañado de un nivel de ansiedad alto y una depresión moderada, dicha sintomatología alterando en diferentes áreas de la vida como a nivel social, familiar, pareja, laboral y económico, además de generar un nivel de malestar significativo a nivel de su conducta por duración que es variable, por frecuencia todos los días de la semana, por intensidad de la Ansiedad 8/10 lo que la obliga a solicitar ayuda psiquiátrica y psicológica. Como ya se ha explicado en los anteriores capítulos, la terapia cognitiva es un tratamiento de primera elección debido a la evidencia empírica que la avala. Es especialmente importante generar una sensación de progreso en el paciente sea a través de las técnicas cognitivas conductuales y revisión de los auto registros o mediante la búsqueda de evidencia empírica que avale los avances en las principales áreas que este considere deben ser tratadas, este aspecto de ser bien forjado puede traer como consecuencia una mejor adherencia al tratamiento. En el modelo cognitivo nos interesa la forma que tienen las personas de estructurar y organizar su experiencia en base a sus creencias, preceptos o cogniciones, sin embargo, no es suficiente con solo hacer una discusión activa sesión a sesión de lo que se piensa, sino que se necesita poder aplicarlo en un contexto natural, fuera de las sesiones de psicoterapia. En los pacientes con TAG la terapia cognitiva ofrece la

maleabilidad necesaria de educar en estrategias de afrontamiento que puedan usarse como recursos que puedan permanecer a largo plazo advirtiendo la incidencia de recaídas. La adquisición tanto de estrategias de afrontamiento, como de habilidades u otras técnicas, requiere una participación de colaboración permanente entre el profesional que interviene y el paciente, se espera que las tareas para la casa sean los elementos que puedan otorgar o desmitificar las creencias, mostrándose así de parte de la terapia cognitiva un especial interés por el adiestramiento de la paciente, por encima del mejoramiento de sus síntomas (Beck et al., 2010).

### **1.5 Impactos esperados del proyecto**

Reafirmar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad y en especial de ansiedad generalizada.

A nivel individual, la remisión en forma total de la sintomatología presentada de la ansiedad generalizada.

## II. Metodología

En el presente caso se empleará una Investigación de tipo experimental Aplicada por la aplicación de una variable y ver los efectos en la otra (Kerlinger, 1975), el diseño es de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

Es un diseño un variable multicondicional ABA, por ser un diseño experimental que solamente es explora una variable independiente y que en esta estrategia de análisis experimental la variable de tratamiento después de aplicar, es retirada.

### Informe psicológico: Test de matrices progresivas de Raven

#### Datos de Afiliación

- Nombre y Apellidos : Patricia de los Milagros Aguilar Huertas
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 27 agosto 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Escurra

#### Motivo de Evaluación

Evaluación del Coeficiente Intelectual

#### Técnicas e Instrumentos Aplicados

Entrevista

Test de matrices progresivas de Raven

### **Resultados**

Patricia obtuvo un puntaje de 51 respuestas correctas, presento un percentil de 75 que la ubica en rango II con diagnostico superior al término medio. Teniendo en cuenta que la discrepancia debe no ser mayor a 2 la prueba resulto ser consistente.

### **Conclusiones**

Patricia tiene un nivel superior al término medio, con rango II

### **Informe psicológico Registro de Opiniones – Forma A**

#### **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P. A. H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 agosto 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Ecurra

#### **Motivo de Evaluación**

Conocer creencias irracionales.

#### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Registro de Opiniones – Forma A

**Resultados**

Escala	Creencia irracional	Racional	Tendencia racional	Tendencia irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno	0-3 1	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes eficaces en todos los aspectos posibles	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no son malos si no que son condenables o viles y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada	0-2	3	4	5-10 5
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10 6
E	La infidelidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10 5

F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10 6
---	---	-----	---	---	-----------

La examinada tiende a sentir por diversas situaciones en la que su esposo le hace sentir que actúa de manera inadecuada lo cual le genera una incomodidad muy grande y hasta le surgen pensamientos de como el la juzga si el tampoco no actúa bien realiza actos que también cree que el también debería ser señalado por su doble moral.

Generalmente su comportamiento obedece al esquema de pensamientos de que “ciertos actos no son solo malos si no que son condenables o viles y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”

Cuando las cosas no le salen como espera, o no están de acuerdo con su opinión o no tiene los resultados programados, tiende a experimentar colera y ansiedad, es así que cuando su esposo toma alguna decisión sin consultarle y la ejecuta se enoja y le increpa, discute, luego espera a que su esposo se retire deja de hablarle por unas horas no le contesta el teléfono, procede a echarse en su cuarto por que le empieza un dolor de cabeza insoportable y empieza a experimentar bochornos y malestares, palpitaciones y falta de aire. Esta emoción esta presente debido a que su pensamiento gira en torno a “no puedo soportar que las cosas y la gente no sean como me gustaría que fueran”.

Patricia cree que no es feliz debido a que cosas que le pasan y culpa en este caso a su esposo debido a que las acciones que él toma muchas veces hacen que de alguna manera ella salga afectada o lastimada al igual que piensa que sus hijas son manipuladas por su pareja para hacerla quedar mal lo cual hace que ella se sienta mal y culpe a actores y personas externas de

su felicidad. Todo ello se debe a su esquema de pensamiento. “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos”.

Patricia continuamente recuerda lo malo que le ha pasado hasta ahora, como la trataron sus padres en especial a su padre y como la trata su actual pareja relacionándolo todo con su dificultad de la ansiedad por lo que esos pensamientos obedecen al esquema de pensamiento. “Si algo afecto alguna vez mi vida, siempre seguirá afectándome”.

### **Conclusiones**

La examinada presenta las siguientes creencias irracionales:

- “Ciertos actos no solo son malos si no que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”.
- “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gusta que fueran”.
- “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.
- “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.

### **Recomendaciones**

Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

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

<b>PENSAMIENTO AUTORMATICO</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>INDICADOR</b>
Sobre generalización	6	Produce sufrimiento emocional
Visión Catastrófica	6	Produce sufrimiento emocional
Filtraje	5	Produce emociones negativas importantes en mi vida
Interpretación del pensamiento	5	Produce emociones negativas importantes en mi vida
Falacia de Justicia	5	Produce emociones negativas importantes en mi vida
Culpabilidad	5	Produce emociones negativas importantes en mi vida
Debería	5	Produce emociones negativas importantes en mi vida

Falacia de Razón	5	Produce emociones negativas importantes en mi vida
------------------	---	--

## **Informe psicológico Test de Pensamientos Automáticos A.Beck**

### **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Ecurra

### **Motivo de Evaluación**

Identificación de Pensamientos Automáticos.

### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista Psicológica

Test de Pensamientos Automáticos de Aarón Beck

### **Resultados**

Patricia con respecto a sus pensamientos automáticos, se observa que cuando sucede ciertos acontecimientos, que no le agradan, tiende a magnificar los hechos negativos dejando de lado la experiencia agradable. Como, por ejemplo, cada vez que a Patricia le empieza a dar una crisis por la preocupación excesiva, inmediatamente le viene pensamientos automáticos, como que nunca va a dejar de sentir ese malestar y que siempre va a tener ese problema (sobre generalización) y que cada vez se pone cada vez peor (visión catastrófica) la relación que tiene

con su esposos es últimamente conflictiva y siente que no le ayuda con su problema y le surgen pensamientos de que todo es malo, nada es positivo (filtraje).

Presenta características de saber que piensan los demás con respecto a su persona, en relación con los parientes de su esposo y su terapia psicológica como, por ejemplo, no pude llegar a mi cita con el psicólogo va a pensar que soy una irresponsable, cada vez que voy a la casa de mis suegros pienso que ellos piensan que soy una aburrida, una mala esposa, ya que nunca me llaman para tomarme fotos con ellos en las reuniones (interpretación del pensamiento). Llegando a tener pensamientos automáticos de que no es justo que la ignoren de esa manera no tienen derecho a juzgarme (falacia de justicia).

En ocasiones cuando su hija no se comunica con ella o no la llama en varios días, piensa mi hija está enojada conmigo aun por conflictos que hemos tenido en el pasado, por mi culpa mi hija no tiene una buena relación conmigo (culpabilidad) lo que la lleva inmediatamente a pensar debo de tratar de acercarme a ella, no debo meterme en su vida ya es adulta, debería ser una mejor madre (debería).

Cree que sus suegros y la demás familia aun quisieran que el este con su anterior pareja porque en algunas oportunidades delante de ella le han preguntado por ella lo cual lo refuerza sus creencias que su familia estima más a su interior pareja que a ella pensando siempre sé que estoy en lo cierto, tengo la razón (falacia de razón) lo cual le genera conflictos con su pareja debido a que cree que tiene la razón siempre.

## **Conclusiones**

- Filtraje: Todo es negativo, nada es positivo.
- Sobre generalización: Siempre fracasare.

- Visión Catastrófica: Va suceder esto...Que suele ser lo peor.
- Falacia de Justicia: No hay derecho que, es injusto que.
- Culpabilidad: Por mi culpa, por su culpa.
- Debería: Debo de...No debo de.
- Falacia de Razón: Tengo la razón Se que estoy en lo cierto.

### **Recomendaciones**

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

- Filtraje
- Sobre Generalización
- Interpretación del Pensamiento
- Visión Catastrófica
- Falacia de Justicia
- Culpabilidad
- Debería
- Falacia de Razón

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

#### **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento: Piura

- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Ecurra

### **Motivo de Evaluación**

Medir los niveles de ansiedad de estado y rasgo.

### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

### **Resultados**

Ansiedad de estado A-E 71 puntos ALTO

Ansiedad de rasgo A-R 50 puntos ALTO

### **Interpretación**

Ansiedad de estado síntomas fisiológicos como: tensión, cansancio, contracción, aturdida y sobreexcitada, A nivel emocional: se siente angustiada triste, desesperada e insatisfacción y a nivel conductual: contrariada, incomoda, cansada, des comfortable, con poca confianza en sí misma y a nivel de pensamiento está preocupada por posibles desgracias futuras, oprimida y no se siente bien.

Ansiedad de rasgo síntomas fisiológicos: se cansa rápidamente, llanto, tensión y agitación; a nivel emocional, desasosegada, intranquila, falta de confianza en sí misma, insegura, triste, melancólica, y con fuerte inestabilidad emocional; a nivel conductual: suele tomar las cosas muy en serio y evita afrontar las crisis y dificultades; pensamiento: le rondan pensamientos sin importancia y piensa sobre asuntos y preocupaciones actuales sin importancia.

### **Conclusiones**

Persona con ansiedad de rasgo y estado alto.

### **Recomendaciones**

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

Reestructuración cognitiva.

Intervención psicológica.

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

#### **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019

- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Escurra

### **Motivo de Evaluación**

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

### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

### **Resultados**

Escala de ansiedad: de 36 a +: Ansiedad severa (54)

### **Interpretación**

La intensidad más frecuente de ansiedad en la paciente, es de moderado a severo, presentando los siguientes síntomas fisiológicos:

Acaloramiento, temblor en las piernas incapaz de relajarse, mareos o que se le va la cabeza. Latidos de corazón fuerte y acelerado, temblor en las manos, sensación de ahogo, problemas digestivos, desvanecimiento, rubor facial y sudoración.

A nivel emocional, presenta temor a que ocurra lo peor, inestabilidad, atemorizada o asustada, nerviosa, inseguridad, inquietud, miedo a perder el control, y esto viene acompañado con sensaciones de bloqueo y miedo a morir.

### **Conclusiones**

Persona con ansiedad y preocupación excesiva, que le produce alteración en diversos sucesos y actividades y le es imposible controlar la preocupación: inquietud, fatiga, irritabilidad, sensaciones de ahogo, tensión muscular.

### **Recomendaciones**

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

Intervención psicológica.

### **Informe psicológico Inventario de depresión de Beck (BDI)**

- **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Ecurra

### **Motivo de Evaluación**

Medir los niveles de depresión a través Inventario de depresión de Beck (BDI)

### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Inventario de depresión de Beck (BDI)

### **Resultados**

Depresión moderada, puntaje 21

### **Interpretación**

De acuerdo a los resultados Patricia evidencia una Depresión moderada; constantemente esta melancólica y triste, no puede superarlo, se siente desanimada con respecto al futuro, no disfruta las cosas como antes, se siente culpable y esta disgustada consigo misma como una manera de protegerse, trata de no tomar decisiones y se cansa fácilmente.

### **Conclusiones**

Paciente con depresión moderada producto por presentar pensamientos irracionales.

### **Recomendaciones**

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

Terapia cognitiva y reestructuración cognitiva.

Intervención psicológica.

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

#### **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría

- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Escurra

### **Motivo de Evaluación**

Perfil Psicológico

### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R

### **Resultados**

Extroversión: 55

Neuroticismo: 60

Psicoticismo: 20

### **Interpretación**

En la dimensión (E) encontramos rasgos que forman parte de esta dimensión: sociable, dominante, activa, vivaz e impulsiva.

En la dimensión (N) encontramos rasgos que forman parte de esta dimensión: ansiosa, depresiva, sentimientos de culpa, baja autoestima, irracional, tensa, triste y emotiva.

En la dimensión (P) encontramos rasgos que forman parte de esta dimensión: impulsiva, baja empatía, rígida, egocéntrica.

### **Conclusiones**

Paciente con estructura de personalidad de extroversión y neuroticismo.

### **Recomendaciones**

Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento a situaciones adversas.

### **Informe psicológico Inventario Clínico Multiaxial de Millon III**

- **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Ecurra

#### **Motivo de Evaluación**

Evaluar rasgos de Personalidad

#### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

#### **Resultados**

Patrones clínicos de la personalidad: Con un puntaje de 66 indicador sugestivo NEGATIVISTA (pasivo-agresivo).

Patología severa de la personalidad: con un puntaje de 62 indicador sugestivo Paranoide.

Síndromes clínicos: con un puntaje de 85 indicador elevado en Trastornos de ansiedad.

Síndromes clínicos graves: con un puntaje de 63 **indicador sugestivo** en Depresión mayor.

### **Interpretación**

La paciente se ajusta a los siguientes rasgos de personalidad negativista

En el área de síndromes clínicos la paciente presenta rasgo de alta puntuación en Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Lo cual refiere que la paciente es poco consistente y pesimista, este paciente puede esperar que la traten de manera incorrecta o que le lastimen, incluso por personas bien intencionadas, sensible a mensajes de desaprobación y falta de interés, puede quejarse excesivamente, ser irritable e imprevisible, en sus relaciones.

La paciente muestra un Trastorno de ansiedad ya puede estar sintiendo que los problemas diarios le desbordan y es posible que no se sienta con fuerzas para afrontarlos; consecuentemente tenderá a alejarse de situaciones que le provoquen niveles de ansiedad medios o elevados. Cuando no consiga evitarlas, sentirá un malestar o ansiedad significativa que pueden reflejarse en sensaciones de tensión, inquietud desasosiego e inseguridad. A veces, la persona presenta quejas físicas referidas a distintas partes del cuerpo como palpitaciones, cefaleas, dolores en las articulaciones y otro tipo de molestias inespecíficas. Podría también tener dificultades para dormir. Es frecuente, por tanto, que tenga imposibilidad de relajarse y que reaccione de forma exagerada ante estímulos de baja intensidad, mostrando excesiva sudoración en las manos y una opresión en el pecho y el estómago. Suele exhibir una hipervigilancia generalizada de su entorno y tiende a interpretar los conflictos de la vida diaria de forma distorsionada y con gran susceptibilidad.

### **Conclusiones**

Según inventario clínico multiaxial millón III Persona con trastorno de ansiedad.

### **Recomendaciones**

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

Reestructuración cognitiva

Intervención psicológica.

### **Informe psicológico Inventario SCL-90**

#### **Datos de Afiliación**

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 27 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Escurra

#### **Motivo de Evaluación**

Perfil Psicológico

#### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Entrevista

Inventario SCL-90

### Resultados

SOMATIZACIÓN	3.5	POSITIVO
OBSESIVO-COMPULSIVO	2.8	POSITIVO
SENSITIVISMO INTERPERSONAL	2.555555556	POSITIVO
DEPRESIÓN	2.53846153	POSITIVO
ANSIEDAD	3.5	POSITIVO
HOSTILIDAD	2.333333333	POSITIVO
ANSIEDAD FÓBICA	2.857142857	POSITIVO
IDEACIÓN PARANOIDE	2.166666667	POSITIVO
PSICOTICISMO	1.7	POSITIVO

### Interpretación

Patricia refleja el malestar que percibe de sus disfunciones corporales, tiene tendencia a reaccionar de forma ansiosa, obsesiva compulsiva, que le hace percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y en ocasiones mostrándose hostil y paranoica y esto más bien aumentando sus niveles de ansiedad fóbica.

### Conclusiones

Paciente que presenta somatizaciones y conductas obsesivas compulsivas que hacen que aumente sus niveles de ansiedad elevada producto por presentar pensamientos irracionales.

❖ **Informe psicológico final de los instrumentos aplicados:**

### Datos de Afiliación

- Nombre y Apellidos : P.A.H
- Edad : 42 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Piura
- Grado de Instrucción : Técnico Superior
- Derivado por : Psiquiatría
- Dirección : Piura
- Fecha de entrevista : 20 de agosto del 2019
- Lugar de Entrevista : Hospital José Cayetano Heredia -  
EsSalud Piura
- Terapeuta : Ángel Maravi Escurra

### **Motivo de Evaluación**

Evaluación integral

### **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

- Entrevista psicológica.
- Test de matrices progresivas de Raven.
- Registro de Opiniones – Forma A.
- Test de Pensamientos Automáticos de Aarón 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.
- Inventario SCL-90.

### **Resultados**

En el área intelectual, Patricia obtuvo un puntaje de 51 respuestas correctas, presento un percentil de 75 que la ubica en rango II con diagnostico superior al término medio. Teniendo en cuenta que la discrepancia debe no ser mayor a 2 la prueba resulto ser consistente.

En el área de síndromes clínicos del paciente se evidencia Trastorno de Ansiedad Generalizada, lo cual refiere que la paciente es poco consistente y pesimista, este paciente puede esperar que la traten de manera incorrecta o que le lastimen, incluso por personas bien intencionadas, sensible a mensajes de desaprobación y falta de interés, puede quejarse excesivamente, ser irritable e imprevisible, en sus relaciones.

La paciente muestra un Trastorno de ansiedad ya puede estar sintiendo que los problemas diarios le desbordan y es posible que no se sienta con fuerzas para afrontarlos; consecuentemente tenderá a alejarse de situaciones que le provoquen niveles de ansiedad medios o elevados. Cuando no consiga evitarlas, sentirá un malestar o ansiedad significativa que pueden reflejarse en sensaciones de tensión, inquietud desasosiego e inseguridad. A veces, la persona presenta quejas físicas referidas a distintas partes del cuerpo como palpitaciones, cefaleas, dolores en las articulaciones y otro tipo de molestias inespecíficas. Podría también tener dificultades para dormir. Es frecuente, por tanto, que tenga imposibilidad de relajarse y que reaccione de forma exagerada ante estímulos de baja intensidad, mostrando excesiva sudoración en las manos y una opresión en el pecho y el estómago. Suele exhibir una hipervigilancia generalizada de su entorno y tiende a interpretar los conflictos de la vida diaria de forma distorsionada y con gran susceptibilidad.

Patricia, presenta características de personalidad extrovertida, es decir es sociable, dominante, activa, vivaz, impulsiva. Por otro lado, es muy ansiosa, depresiva, posee sentimientos de culpa, posee baja autoestima, es emotiva debido a niveles altos de ansiedad que experimenta.

Patricia refleja el malestar que percibe de sus disfunciones corporales, tiene tendencia a reaccionar de forma ansiosa, obsesiva compulsiva, que le hace percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y en ocasiones mostrándose hostil y paranoica y esto más bien aumentando sus niveles de ansiedad fóbica.

En ocasiones se muestra vigilante, en guardia frente a reacciones sintomáticas generándole inmediatamente niveles de ansiedad altos por presentar rasgos propios de ansiedad.

Así mismo sus diálogos internos son muy constantes acompañados de pensamientos catastróficos generándole estados de melancolía y tristeza.

### **Conclusiones**

Paciente con personalidad inestable con rasgos de extroversión y neuroticismo.

Niveles de ansiedad de estado – rasgo son altos.

Episodio depresivo moderado.

Paciente que presenta somatizaciones y ansiedad elevada producto por presentar pensamientos irracionales.

Trastorno de ansiedad Generalizada.

### **Recomendaciones**

Seguir un programa de manejo emocional para ansiedad.

Psicoeducación.

Entrenamiento en reestructuración cognitiva.

Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

Reducir el comportamiento evitativo

Aminorar los síntomas físicos de ansiedad a través de la relajación progresiva de Jacobson y respiración diafragmática.

**Diagnóstico (CIE-10)**

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada

## Intervención Psicológica

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO Y DESARROLLO DE LAS SESIONES				
SESIÓN	TECNICAS	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS	ACCIONES Y COMPROMISOS
Sesión N° 01 Fecha:22/7/19	Psicoeducación. Programación actividades.	Alterar las de metacogniciones desadaptativas.	Análisis funcional: Informar a Patricia acerca del problema. ¿Qué es la ansiedad? ¿Qué es la ansiedad generalizada? Papel de los pensamientos y preocupaciones en el TAG. Comentar resultados de la evaluación, observar autorregistros y mostrar los objetivos terapéuticos. . Elaboración de cronograma de actividades de lunes a domingo	Identificar y Registrar pensamientos y situaciones causantes de la ansiedad (en la tarde como una actividad de su programación escribirlo en un cuadro de registro los pensamientos automáticos y detectar en que situaciones.

Sesión N° 02				Traer para la próxima sesión en físico
Fecha: 26/7/19	Psicoeducación en T.C.C y Entrenamiento en Reestructuración Cognitiva. Dialogo expositivo. Programación de Actividades.	Introducir a la paciente al modelo cognitivo conductual. Explicar en qué consiste la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1989) y la funcionalidad del ABC. Unir sus pensamientos y emociones con sus conductas.	<b>Revisión de la sesión anterior.</b> (cuadro de registros y presenta cronograma de actividades) Exposición del modelo de Albert Ellis : Explicación de la relación entre situación pensamiento y conducta motora, fisiológica y emocional. Mostrar el esquema del A, B, C didácticamente, para la	el cuadro de registro brindado. Identificar sus propias creencias para el entendimiento del A, B, C

		comprensión del origen de su problema (creencia)
Sesión N° 03 Fecha: 29/7/19	Automonitoreo	<p>Repaso de la sesión anterior. Ofrece más información (cuadro de registros y sobre síntomas / conozcan presenta cronograma de más de sus preocupaciones actividades y tarea del ABC.</p> <p>Disminuir la intolerancia a la incertidumbre</p> <p>Introducir y explicar que los TAG reportan el nivel más alto de intolerancia a la incertidumbre. Presentación de la técnica de automonitoreo. Enseñar a la paciente a identificar la señales o estímulos que desatan la ansiedad (señales internas y externas)</p> <p>2da practica breve de identificación de sus creencias en una situación A, sus creencias de la situación B y desencadenantes motor, fisiológicos y emocionales C.</p> <p>Se le deja una tarea para casa a identificar señales.</p> <p>Pensamientos y situaciones identificadas:</p> <p>Social: Una reunión en el colegio de mi hija y me</p>

---

imaginé que me iban a dar malas noticias de sus notas.

Física:

Me fui de compras y empecé a sentir dolor en el pecho, falta de aire, tensión en el cuello, manos frías.

Familia:

Hice una llamada por teléfono al papa de mi primera hija.

Económico:

Cuando tengo que hacer un pago.

Pareja:

Discutir con mi esposo.

---

Sesión N° 04	Terapia de exposición	Reducir	el	Repaso de la sesión anterior.
Fecha: 2/8/19		comportamiento	(Revisión y tareas de registros)	Se fomenta autodeclaraciones positivas.
		evitativo	La paciente debe identificar 2 o	Usar la proyección temporal.
			3 preocupaciones previstas, se	Como sentirá en una hora después al hacer esto

---

---

determina imágenes vividas para cada situación (cogniciones, emociones, comportamientos),

Situación - Pareja:

Discutir con mi esposo.

Situación - Física:

Me fui de compras y empecé a sentir dolor en el pecho, falta de aire, tensión en el cuello, manos frías.

Situación - Económico:

Cuando tengo que hacer un pago.

Se le pide que se concentre en la preocupación y sus imágenes correspondientes durante un periodo de 25 a 30 minutos sus temores el cual le permite experimentar sus temores, en el cual el paciente

---

---

				analiza y procesa lo que le hace sentir ansiosa.	
Sesión N° 05 Fecha: 5/8/19	Terapia de resolución de problemas (1)	Alterar las metacogniciones desadaptativas	Repaso de la sesión anterior	Ayudar a la paciente que definan mejor sus problemas y generar soluciones alternas para restablecer respuestas de afrontamiento más adaptativas.	Resolver la lista de problemas d' Zurrilla y Marvin G. Continuar en casa la lista de problemas de d' zurilla y Marvin G. (2da parte de resolución de problemas)
Sesión N° 06 Fecha: 8/8/19	Técnicas de Relajación. Entrenamiento en relajación (1)	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.	Repaso de la sesión anterior	Observar lista de problemas. Entrenamiento en relajación. Respiración diafragmática de Benson (1975). Enseñar cómo hay que respirar para relajarse. Cautela y Groden (1985).	Practicarlos en casa dentro su cronograma de actividades que está construyendo.

---

Sesión N° 07 Fecha: 12/8/19	Reestructuración cognitiva	Alterar las metacogniciones	Repaso de sesión anterior (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones y relajación) Se centra en identificar los pensamientos automáticos distorsionados, catastrófico, sobre generalización, falacia, de justicia y falacia de razón, deberías, filtraje. Etc.	Identificar pensamientos automáticos distorsionados y suposiciones disfuncionales
Sesión N° 08 Fecha: 16/8/19	Programación de actividades diarias.	Organizar y finiquitar sus actividades diarias con sus compromisos y acuerdos	Repaso de sesión anterior. (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones y relajación) Enseñar la importancia de la organización de sus actividades para disminuir la ansiedad	Concretamos su cronograma de actividades en físico y en un lugar visible.

Sesión N° 09	Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson (completa)(2)	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	Continuar con la revisión de la programación (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones y relajación) Entrenamiento en el reconocimiento de las partes de su cuerpo a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson	Continuar con la programación de actividades. entrega del Registro semanal de Relajación Muscular Progresiva
Sesión N° 10	Reestructuración Cognitiva	Identificar las metacogniciones desadaptativas	Continuar con la revisión de la programación (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones y relajación) reforzar el autorregistro Pensamientos automáticos	Registrar pensamientos con alternativas de pensamientos positivos. Se deja tarea y amplié registros con pensamientos positivos.

Sesión N° 11	Técnicas de Relajación. Entrenamiento en relajación (3)	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	Revisar y verificar la Continuidad del uso de programación de su cronograma de actividades diarias (caminar 25 minutos Inter diario, ejercicios de respiración, salir a visitar en la tarde a unas amigas, ir al parque con su hija, ir al cine 2 veces por semana, ir a terapia de grupo los miércoles, lunes a terapia persona, ...etc) Completar la práctica de entrenamiento de relajación progresiva de Jacobson.	Incluir la relajación progresiva de Jacobson en su cronograma de actividades 2 veces al día.
Fecha: 26/8/19				
Sesión N° 12	Terapia de resolución de problemas (2)	Alterar las metacogniciones desadaptativas	En esta sesión se pone énfasis en la lista de problemas de d' zurilla y Marvin G. Perfilar la respuesta.	Rellenar la hoja de perfil de respuesta: 1. Situación, 2. Respuesta
Fecha: 30/8/19				

---

				Completar un cuestionario el cual contiene preguntas puntuales acerca de desarrollo del problema.
Sesión N° 13 Fecha: 2/9/19	. Restructuración cognitiva	Registro de pensamientos	de	Revisar la sesión anterior . Realizar autorregistros. Repasar el concepto de pensamientos distorsionados, incluyendo autoafirmaciones se le pide que transforme sus pensamientos negativos en pensamientos positivos y que los anote en unas tarjetas y cuando le venga esos pensamientos negativos leer las tarjetas.
Sesión N° 14 Fecha: 6/9/19	Relajación progresiva de Jacobson abreviada (4)	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	.	Supervisar el uso de programación (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, Llenar registro semanal de relajación muscular progresiva (abreviado)

---

---

			preocupaciones y relajación).	
			Introducir el uso de la versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson.	
Sesión N° 15 Fecha: 9/9/19	Control de estímulos	Disminuir intolerancia a la incertidumbre	la . revisión. de sesión a la anterior. (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones y relajación)	Cumplir con el acuerdo de reservar la intranquilidad para el horario programado.
			Se instruye a patricia para que reserve un horario y lugar específico para inquietarse, así las preocupaciones se retrasaran hasta la hora programada, momento en el	

---

---

				cual se asigna la labor de estar intranquilo.
Sesión N° 16 Fecha: 13/9/19	Resolución de problemas (3)	Identificar las metacogniciones desadaptativas	Revisar sesión anterior: (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones, relajación y la hoja de perfil de respuesta del programa de resolución de problemas) Hacer una lista con alternativas y dar 10 estrategias alternativas a los tres objetivos identificados en el paso 2	Rellenar la lista de los 3 objetivos y las 10 estrategias para cada uno

---

Sesión N° 17 Fecha: 16/9/19	Ensayos conductuales	Reducir el comportamiento evitativo	Revisar sesión anterior: (registros y cronograma de actividades de identificación de pensamientos automáticos, preocupaciones y relajación) se instruye a patricia a ver sus pensamientos con hipótesis y no como hechos	Se busca evidencia q las apoye o las descarte, valora el resultado real en comparación con las hipótesis (dialécticamente)
Sesión N° 18 Fecha: 20/9/19	Resolución de problemas (4)	Lograr un mejor afrontamiento a los problemas mirando las consecuencias	Revisión de sesión anterior. Valoración de las consecuencias a través de una estrategia positiva y negativa	Rellenar el formato de valoración de consecuencias.
Sesión N° 19 Fecha: 23/9/19	. Resolución de problemas (5)	Lograr un mejor afrontamiento a los problemas evaluando los resultados	Se ha seleccionado nuevas respuestas a un problema antiguo.	Se pone en práctica las decisiones

Sesión N° 20	Entrenamiento en higiene	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	Instruir a Patricia para que elabore un programa de sueño regular, (es decir, acostarse y levantarse diario a la misma hora, incluso los fines de semana, establecer una correspondencia condicionada entre cama y el sueño, la cama solo se usa para dormir y tener relaciones y no son para leer o ver televisión).	Elaborar el cronograma de sueño para incluirlo en el registro de sus actividades diarias.
Fecha: 27/9/19	para dormir			
Sesión N° 21	Estrategias interpersonales	Disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales	Revisión y supervisión en general desde la necesidad del paciente como una manera de favorecer la toma de decisiones parte del inicio del entrenamiento en habilidades sociales comunicación, asertividad	Mejorar las relaciones interpersonales
Fecha: 30/9/19				

Sesión N° 22	Estrategias interpersonales	Disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales	<p>Brindar últimos alcances sobre el uso de registro de pensamiento completo.</p> <p>Mejorar las relaciones interpersonales</p> <p>Supervisar la técnica de resolución constructiva de problemas.</p> <p>Entrenar a la paciente en el asertividad.</p> <p>Repasar con la paciente sobre un pensamiento enfocado en el presente.</p> <p>Seguir preparando a la paciente para la finalización del tratamiento.</p>
Fecha: 4/10/19			
Sesión N° 22			<p>Programar con la paciente la primera sesión de seguimiento</p> <p>Dar por finalizado el tratamiento</p>
Fecha: 4/10/19			
Sesión N° 23(sesión de psicoeducación seguimiento)			<p>Evaluar y comentar el estado actual del paciente</p>

Fecha: 7/10/19		Supervisar el uso de técnicas o habilidades aprendidas en el proceso Trabajar con la paciente en el manejo de posibles recaídas
Sesión N° 24 (sesión de seguimiento) Fecha: 11/10/19	Psicoeducación Dialogo expositivo	Evaluar y comentar el estado actual del paciente Supervisar el uso de técnicas o habilidades aprendidas en el proceso Trabajar con la paciente en el manejo de posibles recaídas
Sesión N° 25 (sesión de post test ) Fecha: 11/10/19	Evaluación de post test	Comprobar la evolución del tratamiento a través de, la aplicación de pruebas psicológicas y aplicación de línea base Estado registro de IDARE Registro de opiniones Línea base Monitoreo de preocupaciones

Sesión N° 26 (sesión de post test ) Fecha: 11/10/19	Evaluación de post test	Comprobar la evolución del tratamiento a través de, la aplicación de pruebas psicológicas y aplicación de línea base	la Test Depresión IDB del Test de ansiedad BAI Línea base de situaciones ansiosa
Sesión N° 27 (sesión de post test) Fecha: 11/10/19	Evaluación de post test Cierre del programa	Comprobar la evolución del tratamiento a través de, la aplicación de pruebas psicológicas y aplicación de línea base	Síntomas patológicos SCL 90 Inventario de pensamientos automáticos Línea base de relajación progresiva de Jacobson

### III. Resultados

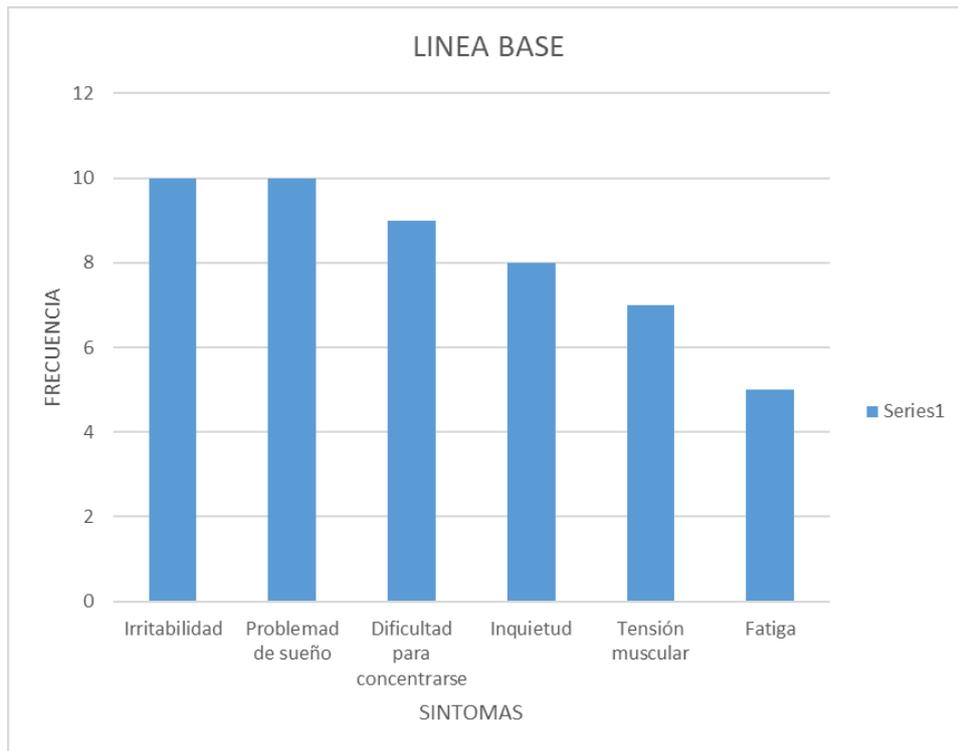


Figura 2. Línea Base .

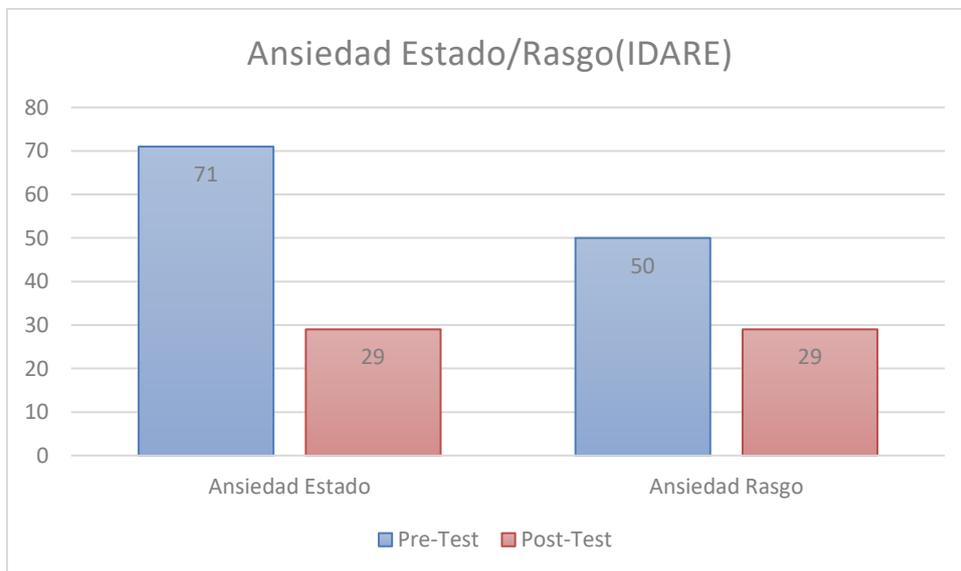
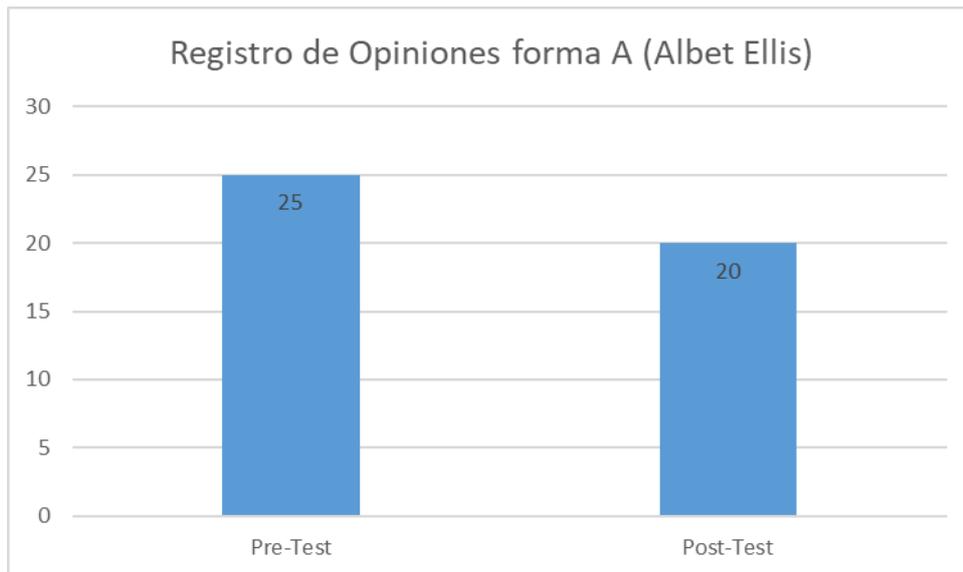
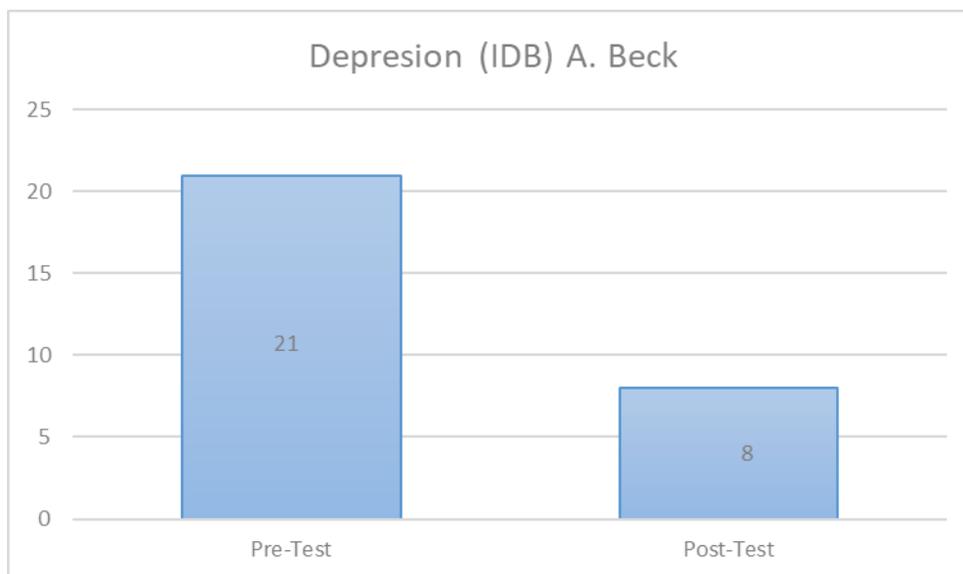


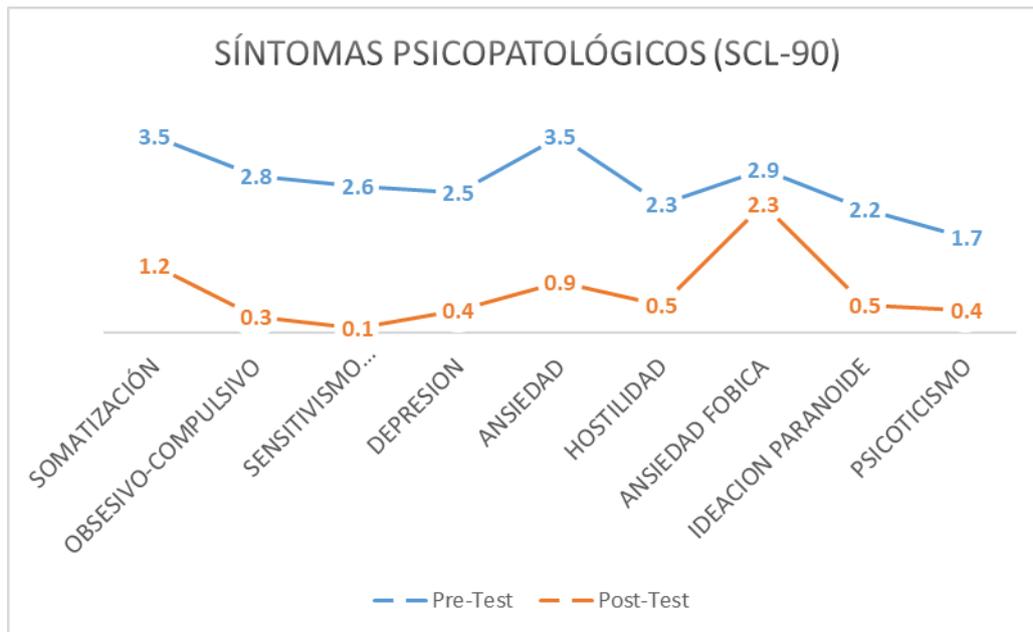
Figura 3. Nivel de Ansiedad Pre y post Tratamiento.



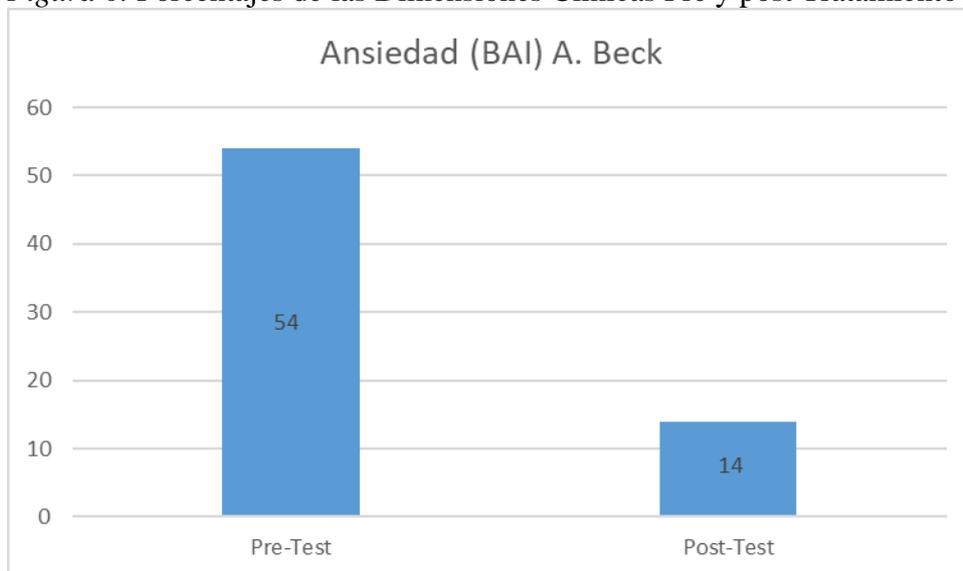
*Figura 4.* Puntuación general de Creencias Irracionales Pre y post Tratamiento.



*Figura .5* Nivel de Depresión Pre y Post Tratamiento.



*Figura 6. Porcentajes de las Dimensiones Clínicas Pre y post Tratamiento*



*Figura 7. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Pre y post Tratamiento*

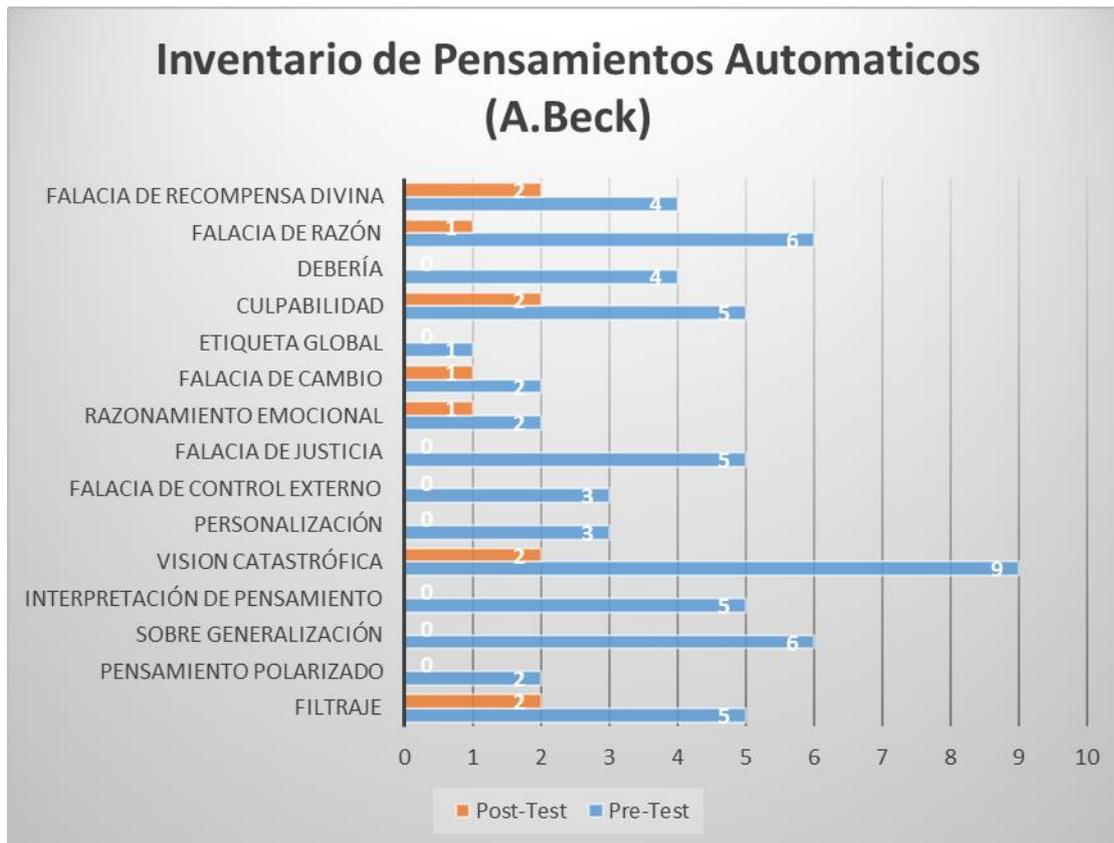


Figura 8. Test de pensamientos automáticos A. Beck Pre y post Tratamiento

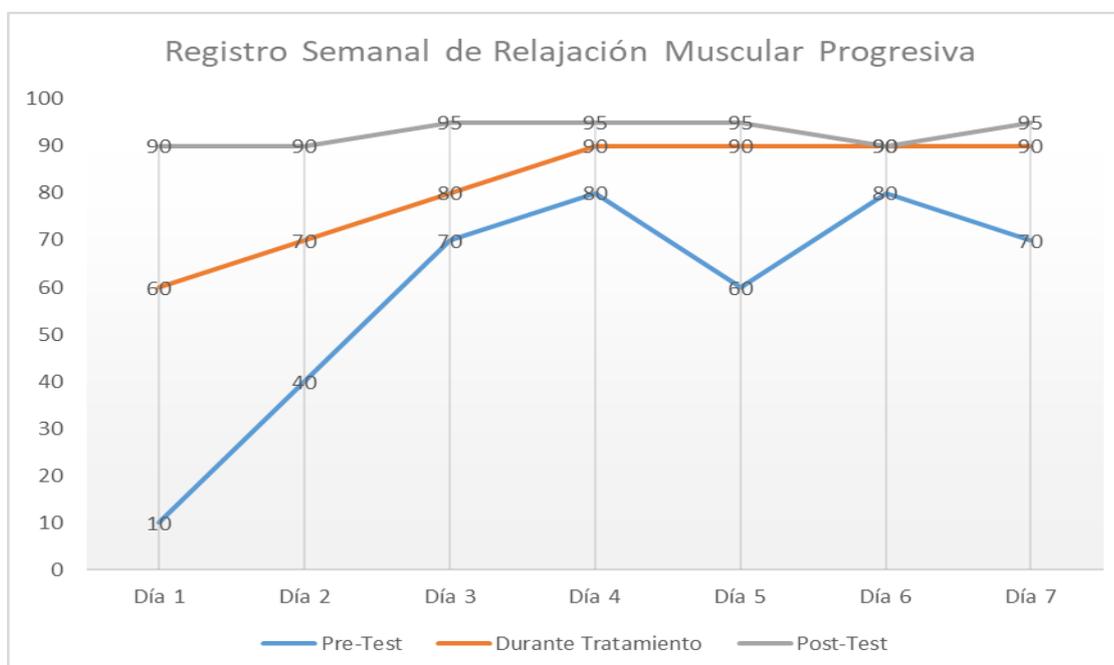


Figura 9. Registro semanal de relajación muscular progresiva Jacobson Pre, durante tratamiento y post Tratamiento

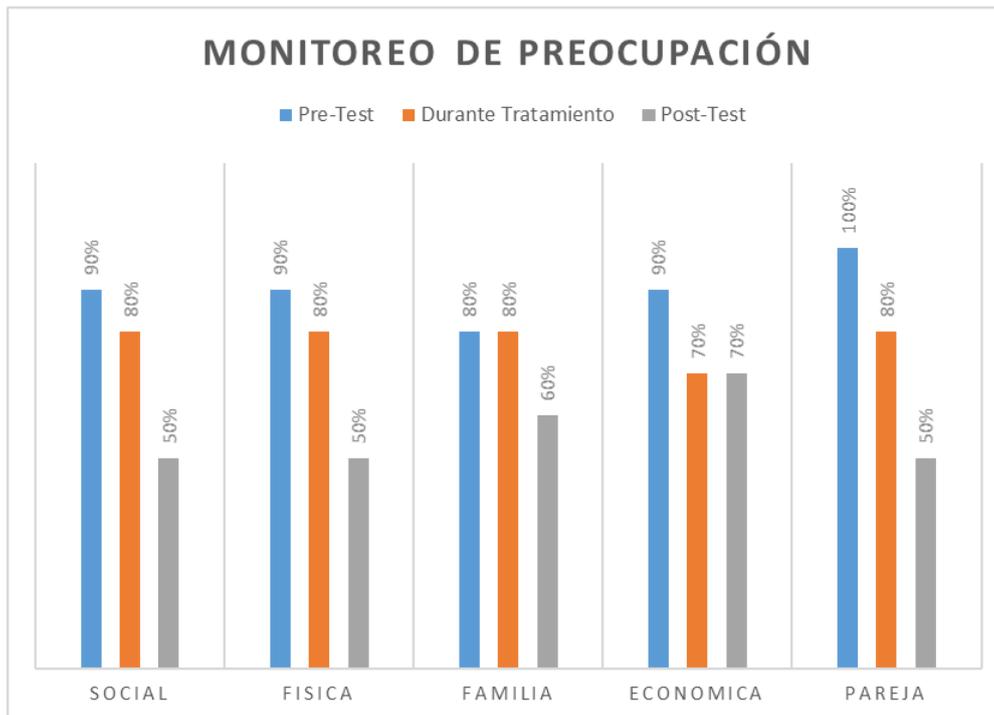


Figura 10. Registro de monitoreo de preocupación Pre, durante tratamiento y post Tratamiento.

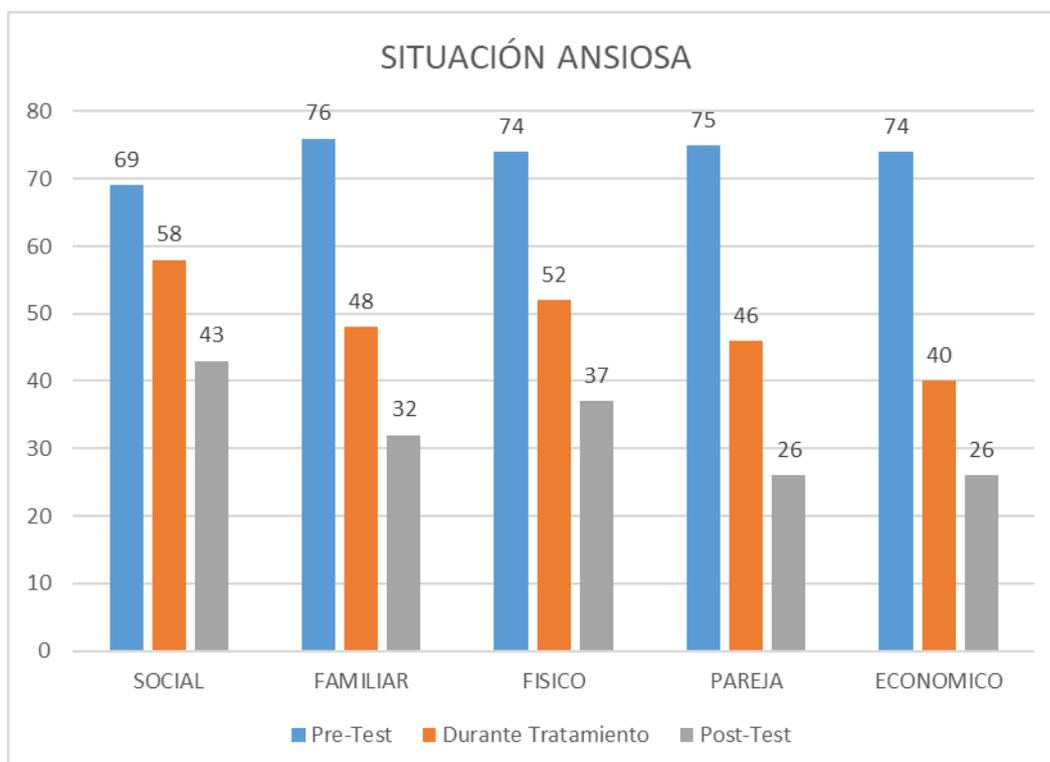


Figura 11. Registro de situación ansiosa Pre, durante tratamiento y post Tratamiento.

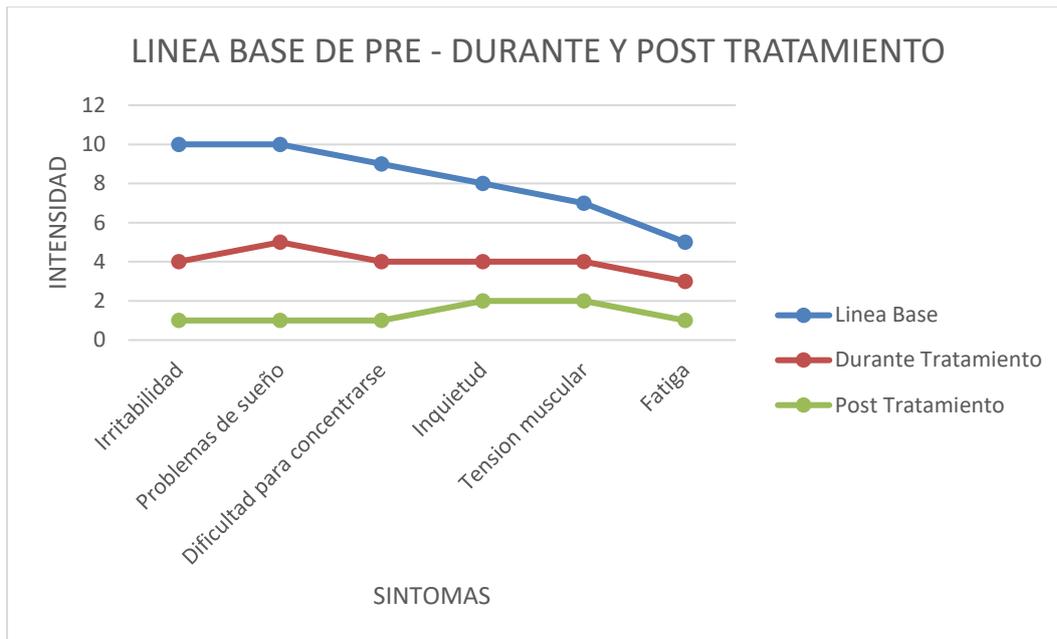


Figura 12. Línea base Pre, durante tratamiento y post Tratamiento.

#### **IV. Conclusiones**

El análisis del estudio de caso ha conllevado a las siguientes conclusiones:

El trastorno de ansiedad generalizada disminuyó con el tratamiento los niveles de la ansiedad de 54% a 14%, favoreciendo la disminución de la intensidad de la preocupación.

Se incorporó el entrenamiento de resolución de problemas, lo que le facilitó reducir la preocupación excesiva en relación de sus preocupaciones a nivel social, físico, familiar, económico y pareja, estableciendo alternativas de solución, identificando y planificando las alternativas más adecuadas y la verificación de resultados en la ejecución de las alternativas de solución.

Según el registro de relajación progresiva de Jacobson y la respiración diafragmática en su forma abreviada se pudo observar en la paciente un descenso en los síntomas fisiológicos y mejor desarrollo de adquisición de la relajación, lo que se puede contrastar con la línea base durante el tratamiento y post tratamiento.

Se logró modificar los pensamientos distorsionados como visión catastrófica, sobre generalización y falacia de razón, incorporando nuevas metas cognitivas acerca de la función de los pensamientos y creencias irracionales relacionados con la preocupación a través del entrenamiento de auto instrucciones racionales y esto lo podemos visualizar en el pre y post test.

Incrementó su repertorio conductual en habilidades sociales, incorporando respuestas de comunicación asertiva y manejo de la ansiedad frente al comportamiento evitativo, mejorando así las interacciones interpersonales deterioradas debido al padecimiento del TAG.

## **V. Recomendaciones**

Se recomienda realizar más investigaciones en relación a esta temática para ampliar la información teórica debido a la gran incidencia de casos clínicos, a fin de validar la eficacia del programa de intervención en otros contextos.

Promover el estudio de casos clínicos con el equipo multidisciplinario de salud mental psiquiatría y psicología para la adecuada evaluación.

Implementar dentro del programa de Intervención Cognitivo – conductuales sesiones grupales que permita al paciente con TAG poner en práctica lo aprendido en las sesiones individuales.

Implementar un programa de seguimiento mensual durante 6 meses y reevaluación respectiva.

## VI. Referencias

- Ardila, R. (2013). *Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913*. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol. 45, Número 2, pp. 315-319.
- Arnkoff, D. y Glass, C. (1982). *Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation, and elaboration*.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3°ed.). Washington: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3°ed. rev.). Washington: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4°ed.rev.). Barcelona: Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios del DSM-5*. Arlington: APA.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19°ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Caballo, V., Freeman, A., & Oster, C. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: UADE.
- Calderón, D. (2018). *Epidemiología de la depresión en el adulto mayor*. SCielo, 101-148.
- Calvo, J. (1994). *Trastorno por ansiedad generalizada*. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad de Colombia*, 101-107.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2°ed.). Bilbao: Descleé.

- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Desclée de brouwer.
- Caro, I. (2013). *Lo Cognitivo en Psicoterapias Cognitivas una reflexión crítica*. Boletín Psicológico, 37-69.
- Clark, D.& Beck A. *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. (2012). Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer.
- DI-Collaredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). *Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento*. Psychologia, 125-156.
- González, R., Valle, A., Arce, R., & Fariña, F. (2010). *Calidad de Vida, Bienestar y Salud*. Santiago de Compostela.
- Infocop. (11 de Enero de 2019). Incrementa la prevalencia de problemas de salud mental infanto-juvenil en Reino Unido. Extraído el 10 de julio del 2019 de, <https://cutt.ly/1enFftI>
- Juan, S., Pescio, N., Gómez Penedo, J., & Roussos, A. (2013). *La conceptualización de un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)*. Anuarios de Investigación, 65-74.
- Nezu A, nezu Ch. & lombardo E. (2006). *México. Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Editorial Manuel Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Extraído el 10 de octubre del 2019 de, <https://n9.cl/e65>

Piaget, J. (1960). *El enfoque constructivista de Piaget*. Ginebra: CEGAL.

Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). *Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo*. *Ansiedad y Estrés*, 305-319.

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

García, S. (2012) *Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada*. *Anuario de Psicología* 2012, vol. 42, nº 2, 245-258. Extraído el 10 de octubre del 2019 de, <https://n9.cl/rvv7>

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, vol. 3, núm. 1, marzo, 2003, pp. 10 – 59. Extraído el 09 de julio del 2019 de, <https://n9.cl/w52>

Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional – primeros auxilios psicológicos*. Cali: Perú.

Vega, J. (2017). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva*. Lima: Universidad San Martín de Porres.

Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Extraído el 02 de octubre del 2019 de, <https://n9.cl/cxud>

Vizcarra (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Universidad Nacional San Agustín.

Extraído el 12 de junio del 2019 de, <https://n9.cl/x5ip>.

Yankura J. & Dryden W. (1990). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Bilbao. Editorial

Desclee de Brouwer.

## **Anexos**

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA  
Ahora, pase la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

# A-R

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

### CLAVE

Así me siento	Ptos
Casi Nunca	0
A Vecas	1
A Menudo	2
Casi Siempre	3

21. Me siento calmado.
22. Me Canso rápidamente
23. Siento ganas de llorar
24. Me gustaría ser feliz como otros
25. pierdo oportunidades por no decidirme pronto.
26. Me siento descansado
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia
30. Soy feliz
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.
32. Me falta confianza en mí mismo
33. Me siento seguro
34. No suelo afrontar crisis o dificultades
35. Me siento triste (melancólico).
36. Estoy satisfecho.
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia
38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos
39. Soy una persona estable.
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado

1	23	A
2	8	B
1		
3		
2		
1		
1		
1		
1		
1		
2		
1		
1		
2		
1		
2		
1		
2		

P(+)- P(-)

50

ALTO

ANSIEDAD RASGC

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

PRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA  
 Ahora, pase la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

**A- R**

Post test Post test

**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

**CLAVE**

Así me siento	Ptos
Casi Nunca	0
A Veces	1
A Menudo	2
Casi Siempre	3

21.	Me siento calmado.	2	8	A
22.	Me Canso rápidamente	1	14	B
23.	Siento ganas de llorar	0		
24.	Me gustaría ser feliz como otros	1		
25.	perdo oportunidades por no decidirme pronto.	1		
26.	Me siento descansado	3		
27.	Soy una persona tranquila serena y sosegada	2		
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0		
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1		
30.	Soy feliz	3		
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	2		
32.	Me falta confianza en mi mismo	0		
33.	Me siento seguro	2		
34.	No suelo afrontar crisis o dificultades	1		
35.	Me siento triste (melancólico).	0		
36.	Estoy satisfecho.	2		
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0		
38.	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	1		
39.	Soy una persona estable.	2		
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0		

P(+) - P(-)

29	BAJO	ANSIEDAD RASGC
----	------	----------------

PRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

**A-E**

# STAI

## AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES		patricia aguilar		
EDAD:	43	SEXO	FEMENINO	Est. Civ.
				casada
CENTRO :	CNN		FECHA	2/09/2019
SI ES VARON COLOQUE 1, SI ES MUJER 2				
<b>2</b>				

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

CLAVE	
Siento	Ptos
Nada	0
Algo	1
Bastante	2
Mucho	3

1. Me siento calmado.
2. Me siento seguro.
3. Estoy tenso
4. Estoy contrariado.
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).
6. Me siento alterado.
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras
8. Me siento descansado
9. Me siento angustiado.
10. Me siento confortable
11. tengo confianza en mi mismo.
12. Me siento nevioso
13. Estoy desasosegado.
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)
15. Estoy relajado
16. Me siento satisfecho
17. Estoy preocupado.
18. Me siento aturdido y sobreexitado.
19. Me siento alegre.
20. En este momento me siento bien

0	25	A
0	4	B
4		
4		
0		
1		
3		
0		
3		
0		
1		
1		
0		
3		
3		
0		
3		
3		
0		
0		

P(+) - P(-)

<b>71</b>	<b>ALTO</b>	<b>ANSIEDAD ESTAD</b>
-----------	-------------	-----------------------

Post test.

A-E

# STAI

## AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES		PATRICIA AGUILAR HUERTAS		
EDAD:	43	SEXO:	FEMENINO	Est. Civ. casada
CENTRO:	HCH PIURA		FECHA	18/11/2019
SI ES VARON COLOQUE 1, SI ES MUJER 2				
2				

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

### CLAVE

Siento	Ptos
Nada	0
Algo	1
Bastante	2
Mucho	3

1.	Me siento calmado.	2	2	A
2.	Me siento seguro.	2	23	B
3.	Estoy tenso	0		
4.	Estoy contrariado.	0		
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto).	2		
6.	Me siento alterado.	0		
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0		
8.	Me siento descansado	2		
9.	Me siento angustiado.	0		
10.	Me siento confortable	3		
11.	tengo confianza en mi mismo.	2		
12.	Me siento nevioso	0		
13.	Estoy desasosegado.	2		
14.	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0		
15.	Estoy relajado	2		
16.	Me siento satisfecho	3		
17.	Estoy preocupado.	0		
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0		
19.	Me siento alegre.	2		
20.	En este momento me siento bien	3		

P(+) - P(-)

29	BAJO	ANSIEDAD ESTAD
----	------	----------------

Nota: los ítems 61 al 65 no se consideran para la calificación.

Patricia Aguilar

CATEGORÍA SEGÚN CREENCIA IRRACIONAL O ESCALA

Pre test.

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racional	Tendenci a Racional	Tendenci a Irracional	Irraciona l
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	(0-3) 1	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	(0-2) 2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	(5-10) 5
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	(5-10) 6
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	(5-10) 5
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	(5-10) 6

### III. Calificación

#### La consistencia de las respuestas

Se lleva a cabo al comparar las respuestas de los ítems (61, 62, 63, 64 y 65) con las respuestas de los ítems (2, 12, 17, 38 y 53), respectivamente. En principio se considera inconsistente que las respuestas a ambos ítems sean iguales, ya que semánticamente son antónimos.

61
2

62
12

63
17

64
38

65
53

Se calcula de manera total de inconsistencias, marcando la suma de ellas:

- Si la suma va de 0 a 2 la prueba es consistente (2) ✓
- Si la suma es de 3 la prueba es regular
- Si la suma es de 4 a 5 la prueba se inválida

Se establece un límite de 3 inconsistencias sobre un máximo de 5 para considerar válido el protocolo. Pues de otra manera la prueba no tiene validez.

Patricia Aguilar

CATEGORÍA SEGÚN CREENCIA IRRACIONAL O ESCALA

Post test.

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaria que fueran.	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecta fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

### III. Calificación

#### La consistencia de las respuestas

Se lleva a cabo al comparar las respuestas de los ítems (61, 62, 63, 64 y 65) con las respuestas de los ítems (2, 12, 17, 38 y 53), respectivamente. En principio se considera inconsistente que las respuestas a ambos ítems sean iguales, ya que semánticamente son antónimos.

61	62	63	64	65	3
2	12	17	38	53	

Se calcula de manera total de inconsistencias, marcando la suma de ellas:

- ✓ Si la suma va de 0 a 2 la prueba es consistente
- ✓ Si la suma es de 3 la prueba es regular
- ✓ Si la suma es de 4 a 5 la prueba se inválida

Se establece un límite de 3 inconsistencias sobre un máximo de 5 para considerar válido el protocolo. Pues de otra manera la prueba no tiene validez.

### IV. Informe

A continuación presentamos el informe del registro de opiniones Forma A.

Patricia Aguilar Fuentes

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

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

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

PB → 2 10 42

total = 54  
(Ansiedad Severa)

*Patricia Aguilar Huertas*

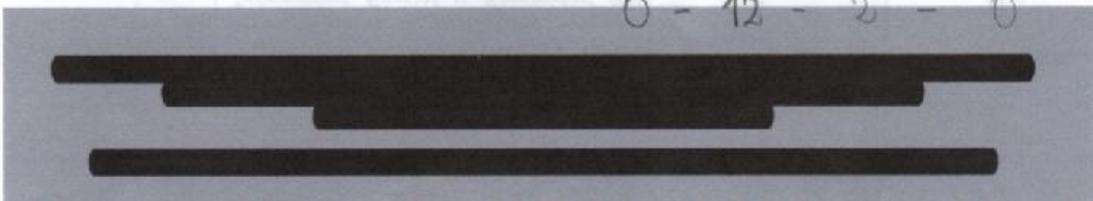
En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

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

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje = 14 "leve"

0 - 12 - 2 - 0



patricia aguilar edad 43 años		
CORRECCIÓN	400	0.6546
SOMATIZACIÓN	400	0.3772
OBSESIVO-COMPULSIVO	400	0.5246
SENSITIVISMO INTERPERSONAL	400	0.3358
DEPRESIÓN	3.5 POSITIVO	
ANSIEDAD	2.8 POSITIVO	
HOSTILIDAD	2.555555556 POSITIVO	
ANSIEDAD FÓBICA	2.638461538 POSITIVO	
IDEACIÓN PARANOIDE	3.5 POSITIVO	
PSICOTICISMO	2.333333333 POSITIVO	
	2.857142857 POSITIVO	
	2.166666667 POSITIVO	
	1.7 POSITIVO	
ITEMS ADICIONALES	2	
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	2.5	
TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS	84	
INDICE DE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO	2.678571429	

Somatización: Refleja el malestar que el sujeto percibe de sus "distrunciones" corporales  
 Obsesivo-compulsivo: Pensamientos, impulsos y acciones experimentadas por el sujeto como egodistónicas  
 Sensitvismo interpersonal: Sujetos autorreferenciales y con expectativas negativas de sus interrelaciones personales  
 Hostilidad: Irritabilidad, rabia y resentimiento  
 Ansiedad fóbica: Agorafobia  
 Ideación paranoide: Proyección, hostilidad, suspicacia, grandiosidad, hipertrofia del yo, miedo perder su autonomía y delirios  
 Psicoticismo: Retirada social y aislamiento. Delirios y alucinaciones.  
 Items adicionales: Trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, ideas sobre la muerte y sentimientos de culpa.

Post test

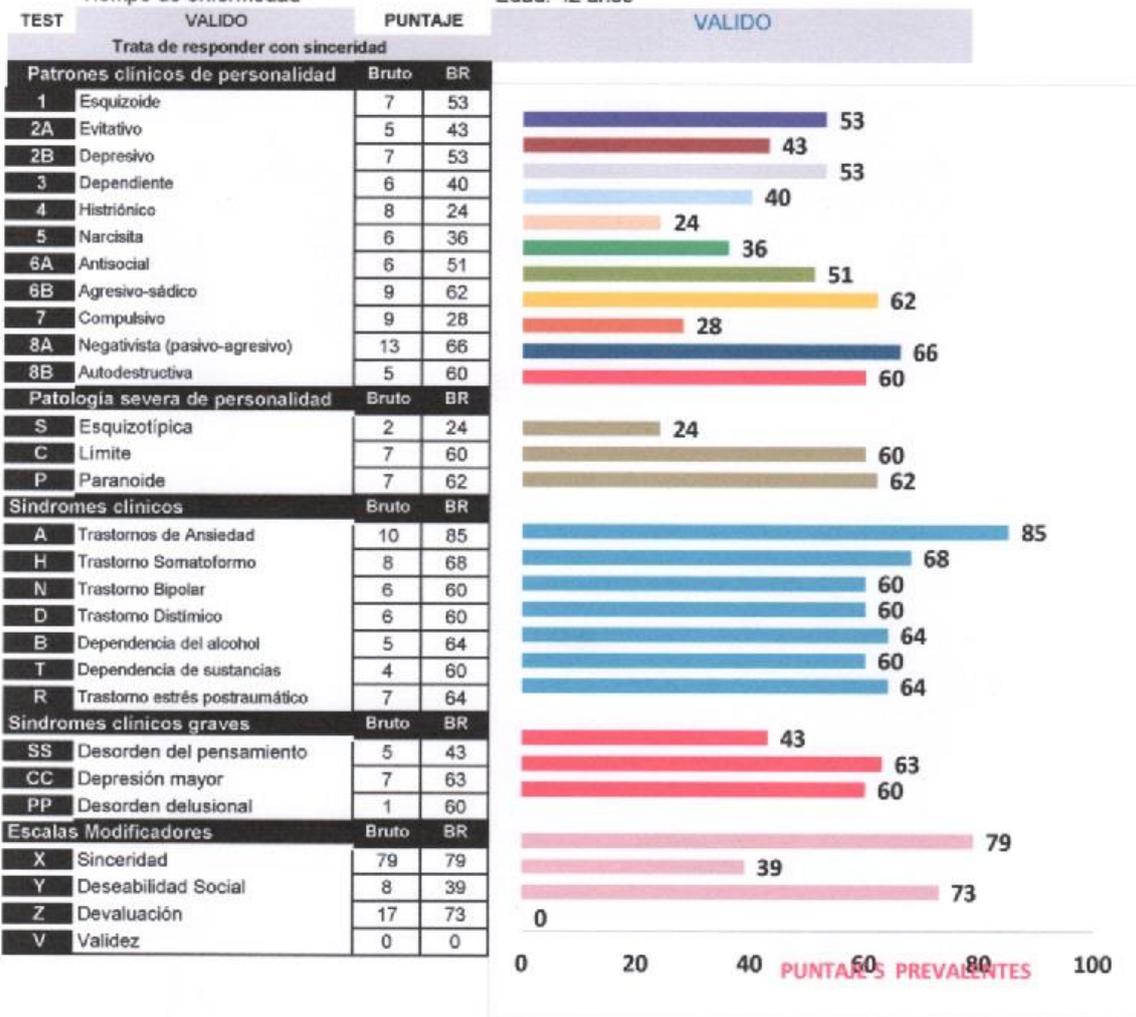
patricia aguilera	edad 43 años
CORRECCIÓN	
SOMATIZACIÓN	
OBSESIVO-COMPULSIVO	
SENSITIVISMO INTERPERSONAL	
DEPRESIÓN	
ANSIEDAD	
HOSTILIDAD	
ANSIEDAD FÓBICA	
IDEACIÓN PARANOIDE	
PSICOTICISMO	
ITEMS ADICIONALES	

HOSTILIDAD	460	0.6249
ANS. FÓBICA	460	0.2172
IDEAC. PARAN.	460	0.1594
PSICOTICISMO	460	0.3338
<b>1.166666667 POSITIVO</b>		
	0.3	
	0.111111111	
	0.384615385	
	0.9	<b>POSITIVO</b>
	0.5	
	0.285714286	<b>POSITIVO</b>
	0.5	
	0.4	<b>POSITIVO</b>
	0.285714286	
	0.488888889	
	35	
	1.257142857	

INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD  
 TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS  
 INDICE DE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO

Somatización: Refleja el malestar que el sujeto percibe de sus "disfunciones" corporales  
 Obsesivo-compulsivo: Pensamientos, impulsos y acciones experimentadas por el sujeto como egodistónicas  
 Sensibivismo interpersonal: Sujetos autorreferenciales y con expectativas negativas de sus interrelaciones personales  
 Hostilidad: Irritabilidad, rabia y resentimiento  
 Ansiedad fóbica: Agorafobia  
 Ideación paranoide: Proyección, hostilidad, suspicacia, grandiosidad, hipertrofia del yo, miedo perder su autonomía y delirios  
 Psicoticismo: Retirada social y aislamiento. Delirios y alucinaciones.  
 Items adicionales: Trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, ideas sobre la muerte y sentimientos de culpa.

NOMBRE: patricia aguilar huertas  
 Tiempo de enfermedad:  
 Edad: 42 años



	Indicador elevado	>=85
	Indicador moderado	75-84
	Indicador sugestivo	60-74
	Indicador bajo	35-59
	Indicador nulo	0-34

## HOJA DE RESPUESTAS TEST DE RAVEN

Centro de estudio o trabajo: \_\_\_\_\_  
 1er. Apellido Aguilar 2do. Apellido Huentas Nombre Patricia  
 Edad: 43 Nivel escolar o grado terminado: \_\_\_\_\_

	A	B	C	D	E
1	4 ✓ 1	2 ✓ 1	8 ✓ 1	3 ✓ 1	7 -
2	5 ✓ 1	6 ✓ 1	2 ✓ 1	4 ✓ 1	6 ✓ 1
3	1 ✓ 1	1 ✓ 1	3 ✓ 1	3 ✓ 1	8 ✓ 1
4	2 ✓ 1	2 ✓ 1	8 ✓ 1	7 ✓ 1	2 ✓ 1
5	6 ✓ 1	1 ✓ 1	7 ✓ 1	8 ✓ 1	1 ✓ 1
6	3 ✓ 1	3 ✓ 1	4 ✓ 1	6 ✓ 1	5 ✓ 1
7	6 ✓ 1	5 X	5 ✓ 1	5 ✓ 1	2 -
8	2 ✓ 1	6 ✓ 1	1 ✓ 1	4 ✓ 1	4 -
9	1 ✓ 1	4 ✓ 1	7 ✓ 1	1 ✓ 1	1 ✓ 1
10	3 ✓ 1	3 ✓ 1	6 ✓ 1	2 ✓ 1	6 -
11	5 ✓ 1	4 ✓ 1	1 -	5 ✓ 1	3 -
12	4 ✓ 1	5 ✓ 1	2 -	6 -	5 -

Punt. Parc. 12 Punt. Parc. 12 Punt. Parc. 10 Punt. Parc. 11 Punt. Parc. 6  
 Punt. Esperado 12 Diferencia -1  
 0 0 0 1 -1

Actitud del Sujeto  
 Forma de trabajo  
 Reflexión - Intuitiva  
 Rápida - Lenta  
 Inteligente - Torpe  
 Concentrada - Distraída  
 Disposición  
 Dispuesta - Fatigada  
 Interesada - Desinteresada  
 Tranquila - Intranquila  
 Segura - Vacilante  
 Perseverancia  
 Uniforme - Irregular

## DIAGNOSTICO .

Edad cron. 43 años 3d Pujante 51  
 T/minutos 35 Porcent. 75  
 Descrip. (1) Rango II

Diagnóstico Superior al promedio

Examinador

Angel Marañón Escuro