



FACULTAD DE PSICOLOGIA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Velasco Huamán, Patricia

Asesor:

Vallejos Flores, Miguel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado:

Mendoza Huaman, Vicente

Hervias Guerra, Edmundo

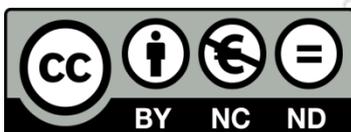
Barboza Navarro, Evelyn

Lima - Perú

2022

Referencia:

Velasco, H. (2022). *Terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5745>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora:

Velasco Huamán, Patricia

Asesor:

Vallejos Flores, Miguel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado

Mendoza Huaman, Vicente

Hervias Guerra, Edmundo

Barboza Navarro, Evelyn

Lima – Perú

2022

Pensamientos

“Nuestro modo de pensar determina en gran medida si alcanzaremos nuestros objetivos”.

Aarón Beck

“La perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones que le damos a esas situaciones”.

A. Ellis

Dedicatoria

A mi madre por todo su apoyo
incondicional en todas las áreas de mi
vida.

Agradecimiento

Agradecer a Dios por darme la oportunidad de cumplir una meta más en mi área académica.

A mi familia quien me motiva a continuar formándome en mi carrera profesional.

A mis amigos a quienes admiro y me acompañan en este proceso de aprendizaje.

Índice

Pensamientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. Introducción.....	10
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Antecedentes nacionales	13
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	17
1.2.3 Fundamentación teórica	20
1.3 Objetivos	38
1.3.1 Objetivo general.....	38
1.3.2 Objetivos específicos	39
1.4 Justificación.....	39
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	40
II. Metodología.....	41
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	41
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	41
2.3 Variables de investigación	41
2.4 Sujeto.....	42
2.5 Técnicas e instrumentos	42
2.5.1 Técnicas	42
2.5.2 Instrumentos.....	43
2.5.3 Evaluación psicológica	46
2.5.4 Evaluación psicométrica	56

2.5.5	Informe psicológico integrador.....	67
2.6	Intervención.....	75
2.6.1	Plan de intervención y calendarización.....	75
2.6.2	Programa de intervención	79
III.	Resultados / Resultados Esperados	84
3.1	Análisis de resultados.....	84
3.2	Discusión de resultados	88
3.3	Procedimiento.....	89
3.4	Consideraciones éticas	90
IV.	Conclusiones	91
V.	Recomendaciones	92
VI.	Referencias.....	93
VII.	Anexos	97

Índice de Tablas

Nº		Página
Tabla 1	Crterios diagnósticos DSM-V y CIE-10	28
Tabla 2	Resultados de creencias irracionales	64
Tabla 3	Análisis funcional del TAG.....	71
Tabla 4	Plan de intervención y calendarización	75
Tabla 5	Programa de intervención	79

Índice de Figuras

N°		Página
Figura 1	Línea base- post tratamiento	84
Figura 2	Ansiedad estado- ansiedad rasgo pre y post	85
Figura 3	Escala de depresión y ansiedad Zung	86
Figura 4	Creencias irracionales	87
Figura 5	Resumen inventario de creencias irracionales	87

Resumen

En este estudio de caso se realiza la Terapia Cognitivo Conductual en una paciente de sexo femenino de 58 años de edad, quien está presentando sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): preocupación constante por el aspecto personal, familiar, pareja y social; presenta sintomatología fisiológica asociada al TAG como palpitaciones al corazón, tensión muscular, sudoración, temblores, dificultad para respirar, entre otros síntomas. El objetivo principal de la intervención cognitiva conductual fue reducir la ansiedad, para ello se realizaron 12 sesiones en un periodo de 04 meses, 60 minutos cada sesión. Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos psicológicos: la entrevista psicológica, la Escala de autovaloración de depresión de Zung, la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el Registro de Opiniones – Forma A de Ellis. Se realizó un plan de tratamiento cognitivo conductual basado en la aplicación de las siguientes técnicas: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la relajación progresiva muscular de Jacobson, visualización positiva y resolución de problemas. Como resultados se obtuvo que la paciente redujo sus niveles de ansiedad a través de la Terapia Cognitivo Conductual, logrando a su vez reducir su sintomatología fisiológica asociada al Trastorno de Ansiedad Generalizada, reducir sus creencias irracionales e incorporar habilidades de afrontamiento; lo que conlleva a demostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Palabras clave: Ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Terapia cognitiva conductual.

Abstract

In this case study, Cognitive Behavioral Therapy is performed on a 58-year-old female patient, who is presenting symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD): constant concern for personal, family, partner and social aspects; presents physiological symptoms associated with GAD such as heart palpitations, muscle tension, sweating, tremors, difficulty breathing, among other symptoms. The main objective of the cognitive behavioral intervention was to reduce anxiety, for which 12 sessions were held over a period of 04 months, 60 minutes each session. For the evaluation, the following psychological instruments were used: the psychological interview, the Zung Depression Self-Assessment Scale, the Zung Anxiety Self-Assessment Scale, the Millon III Multiaxial Clinical Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Register of Opinions – Ellis Form A. A cognitive behavioral treatment plan was carried out based on the application of the following techniques: psychoeducation, cognitive restructuring, Jacobson's progressive muscle relaxation, positive visualization and problem solving. As results, it was obtained that the patient reduced her anxiety levels through Cognitive Behavioral Therapy, managing in turn to reduce her physiological symptoms associated with Generalized Anxiety Disorder, reduce her irrational beliefs and incorporate coping skills; which leads to demonstrate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. Key words: Anxiety, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive behavioral therapy.

Key words: Anxiety, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive behavioral therapy.

I. Introducción

A la actualidad los trastornos de ansiedad son tan frecuentes en niveles de atención primaria que se calcula que aproximadamente uno de cada diez pacientes, que logran atenderse para recibir un servicio de salud, lo presentan.

A nivel mundial se necesitaría trabajar más en la prevención que en el afronte del problema como tal, ya que un trastorno de ansiedad genera no tan solo una carga elevada de malestar en el paciente, en sus familias; sino que ha demás, origina un tratamiento costoso en muchos de los casos.

El Perú actualmente está atravesando las consecuencias de afrontar una de las más grandes pandemias del siglo XXI: el Covid-19, que ha traído consigo no tan solos situaciones de duelo por muertes de familiares, sino consecuencias psicológicas como la ansiedad.

La ansiedad generalizada es un tipo de ansiedad que se encuentra dentro de la clasificación de trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Como característica principal es que es persistente y no se limita a alguna situación específica. Una persona quien tiene el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) suele presentar una preocupación de tipo patológica, es decir, puede estar angustiada por muchas situaciones incluso a la vez; esto le genera al paciente malestar emocional afectándole en muchas áreas de su vida.

El presente trabajo académico está basado en el caso de una paciente adulta quien se encuentra con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, quien ha sido derivada del Departamento de Psiquiatría; el tratamiento psicoterapéutico se basará en el enfoque cognitivo

conductual, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad que presenta. El estudio del caso clínico se desarrollará de la siguiente manera:

En una primera instancia se desarrollará el planteamiento del problema, los antecedentes y el marco teórico donde se conocerá los estudios teóricos prácticos que fundamentan el caso presentado, así como también los objetivos planteados y la parte justificadora para la realización de la casuística planteada. En el segundo apartado se hace hincapié en la metodología del estudio, donde se brindará información de la parte clínica de la intervención con la paciente. En el apartado tres, se evidencia el contenido de los resultados de la intervención psicológica brindada a la paciente. Seguidamente en el apartado cuatro se brindan las conclusiones y en el apartado cinco se plantean las recomendaciones que nos puedan ayudar para prevenir futuras recaídas. Se culmina la presentación brindando las referencias de los autores que permitieron con sus investigaciones brindar el sustento teórico y metodológico para el caso clínico.

1.1 Descripción del problema

En el 2019 la Organización Mundial de la Salud indica que más de 264 millones de personas padecen trastornos de ansiedad, de esta manera es definido como el trastorno mental más relevante en la población mundial. (Frías, 2019)

El trastorno de ansiedad generalizada ha tenido a lo largo del tiempo definiciones distintas y a su vez estudios diferentes cambiando su concepto, es por ello el interés en realizar estudios epidemiológicos con el fin de lograr alcanzar una definición para que así finalmente se pueda alcanzar tener un tratamiento válido. Cada vez más se está contando con información sobre su prevalencia a partir de los estudios de epidemiología realizados.

A nivel mundial, en el 2018 en Europa, fue publicado “Health at a Glance: Europe 2018”, informe a cargo de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), donde refiere que en los Países Bajos se encuentra la población con mayor cantidad de casos de ansiedad con 7,28%, le sigue Noruega con un 6.63% y Alemania con 6,11%. En España, la enfermedad más sobresaliente es la ansiedad, teniendo un porcentaje del 5,76%. En este informe también se concluye, que la ansiedad se desarrolla más en las mujeres. (OCDE/Unión Europea, 2018)

En los países de América, los estudios realizados recientemente refieren que la salud mental de las personas ha sido afectada por el aislamiento social que ha conllevado la llegada de la enfermedad del covid-19. El PSY-Covid-19, es el estudio internacional liderado por la Universidad Autónoma de Barcelona que ha trabajado con el país de Colombia para su ejecución, a cargo de Juan Pablo Sanabria en la Universidad Javeriana de Cali, participaron 18061 personas entre edades de los 18 y los 90; un 75% mujeres y el 25% hombres, donde el 29% de la población consultada presentaba síntomas de ansiedad. La población más afectada en su salud mental fue la femenina. (Gallo,2020)

Instituto Nacional de Salud Mental (2018) realizó un estudio en Lima (Perú) donde se entrevistó a un total de 10, 885 pacientes que asistieron a ocho diferentes hospitales y diecisiete centros de salud. Se concluye que entre el 5,1% y el 13,3% del total de los encuestados presentan tristeza, preocupación e irritabilidad, estos síntomas de estado de ánimo negativo tiene mayor predominio en el sexo femenino. Los principales temas de preocupación son: la salud (50%), el dinero (39,9%) y la delincuencia (35,7%). El 39,6% presenta dificultades para dormir. La prevalencia anual de los trastornos de ansiedad en general es de 2,5%. La presencia de trastornos

mentales es mayor entre las edades de 25 a 44 años. También se concluye que el 37,2% de los pacientes encuestados han experimentado algún trastorno mental alguna vez en sus vidas. También se indica que una de cada doce personas, asiste a su consulta médica con sintomatología de un trastorno mental.

El Ministerio de Salud del Perú (2022) afirma que el año pasado de enero a mayo se han atendido 156 mil casos de ansiedad en los distintos canales de atención que brinda, el incremento de las atenciones se ha dado a partir de la pandemia del Covid 19.

A nivel mundial se evidencia cómo la problemática del trastorno de ansiedad afecta a un número considerable de la población, podríamos afirmar como mencionó Nizama, especialista en psiquiatría y miembro del Instituto Nacional de Salud Mental en el Perú, que la ansiedad está afectando a una de cada tres personas, esto causado al confinamiento obligatorio, aislamiento social decretado por el Estado como alternativa para disminuir los contagios del covid-19. (Nizama, 2021)

El presente trabajo académico, tiene como finalidad aplicar un programa de intervención psicológica de terapia cognitivo conductual en una mujer adulta con un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Maravi (2020) estudió el caso clínico: Intervención Cognitivo Conductual de una Usuaria Adulta con Trastorno de Ansiedad Generalizada teniendo como objetivo disminuir la ansiedad generalizada en la paciente de 42 años, sexo femenino, nacida en Piura. La paciente presentaba

ansiedad por la parte económica y familiar, afectándole en sus relaciones interpersonales y con los miembros de su hogar (tres hijas y actual pareja). Los instrumentos de evaluación que utilizó fueron los siguientes: la entrevista clínica, Test de pensamiento automáticos de Beck, el Cuestionario de Creencias Irracionales, el Inventario de ansiedad Estado/ Rasgo (STAI), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario SCL-90, el Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Su tratamiento con enfoque cognitivo conductual utilizó como técnicas reestructuración cognitiva, para reducir la sintomatología fisiológica de la paciente, la respiración diafragmática y la relajación progresiva muscular de Jacobson. Como resultados logró sus objetivos, la paciente disminuyó sus síntomas de ansiedad, preocupación excesiva en relación a la familia, el tema social, económico y de pareja. Propuso que el tratamiento cognitivo conductual funciona en los diagnósticos de ansiedad generalizada.

Mallqui (2020) realizó un estudio de caso clínico denominado: Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad. La edad del paciente es de 27 años, sexo masculino, cursa estudios superiores y vive con sus padres. Su objetivo fue disminuir los síntomas de ansiedad que se manifestaba con dificultad para respirar, nerviosismo, taquicardias y deseo de agredir u ofender. Después de la entrevista psicológica, los instrumentos a utilizó fueron: el inventario de ansiedad de Beck, el test de personalidad de Eysenck, el test de ansiedad y depresión de Zung y el test caracterológico de Gaston-Berger. El plan de tratamiento estuvo basado en la terapia Cognitivo Conductual donde se utilizaron las siguientes técnicas: la psicoeducación, la relajación y respiración, la confrontación y exposición, el registro de pensamientos y reestructuración cognitiva. Después de las sesiones que brindó al paciente, sus niveles de ansiedad disminuyeron

notoriamente dando a conocer la efectividad del tratamiento basado en el modelo cognitivo conductual para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Vizcarra (2018) realizó el Tratamiento de Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva, se trata del caso de una mujer de 52 años, nacida en Arequipa, de ocupación ama de casa, que tiene como antecedente que desde los 15 años de edad empieza a experimentar crisis de angustia por pensar en presentar un infarto al corazón y morir, provocándole altos niveles de ansiedad, produciéndole la afectación en distintas áreas de vida: personal, familiar y social; la paciente refería que no podía controlar sus nervios. Vizcarra, logró obtener el diagnóstico por medio de la observación, entrevista clínica y de las siguientes evaluaciones: la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA), el Inventario Clínico Multiaxial de Millón (II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Test del dibujo Árbol y el Test de la Figura Humana de Karen Machover. Realizó un plan de tratamiento cognitivo conductual basado en la aplicación de diferentes técnicas como, por ejemplo: la psicoeducación, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento utilizando la relajación progresiva muscular de Jacobson. Como resultados se obtiene una mayor funcionalidad en la paciente, se incrementó su autopercepción de eficacia, desarrollando las tareas y responsabilidades; se disminuyó los síntomas de malestar emocional, desarrolló habilidades sociales y de afrontamiento; en cuanto a sus pensamientos, la paciente alcanzó desarrollar el cuestionamiento funcional para validarlos. Demostró con su intervención psicológica la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Vega (2017) realizó el plan de tratamiento de un estudio de caso de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva. La paciente fue una mujer de 26 años de edad, grado de instrucción superior, natal de Ancash. Tuvo como objetivo mejorar la situación emocional de la paciente por

medio de la adquisición de pensamientos adaptativos y racionales que le permitan desenvolverse mejor en su vida, todo esto a partir de identificar y modificar pensamientos irracionales. Para llegar al diagnóstico, utilizó los siguientes instrumentos: la entrevista psicológica, Inventario Multifásico de la personalidad (MINIMULT), el Inventario de depresión de Beck y el Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Su tratamiento fue basado en Clark y Beck. Tras su investigación, pudo definir tres aspectos importantes: 1. La paciente evidencia un aumento en su funcionalidad, evidenciando el cumplimiento de sus responsabilidades como miembro de su familia. 2. Logró la reducción de síntomas negativos como la angustia, desesperación, tristeza, baja autoestima, culpa. 3. La paciente incorporó habilidades de afrontamiento impartida de la terapia cognitiva conductual. Su metodología del tratamiento estuvo basada en un contrato terapéutico, un total de 22 sesiones, la frecuencia una vez por semana y la duración entre 45 a 60 minutos. Utilizó las siguientes técnicas: el registro de pensamientos, la reestructuración meta cognitiva, la técnica de retribución cognitiva, la programación de actividades, la psicoeducación, el dialogo expositivo, la biblioterapia, las técnicas de dominio y agrado, los auto registros, el análisis semántico, la flecha descendente, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y la técnica de visualización. La paciente, como resultado al tratamiento, obtuvo el aprendizaje de cuestionarse y analizar la validez de sus pensamientos irracionales, así como también logró disminuir sus niveles de ansiedad. La paciente fue capaz de desarrollar actividades diarias de manera funcional. Comprobó la efectividad del tratamiento.

Ventura (2009) desarrolló el estudio de la 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 propósito principal de su intervención, fue comprobar la eficacia que tiene un programa de intervención a nivel grupal. Tuvo una duración de un mes (dos sesiones

por semana), el número de participantes fue de 30 personas, entre edades de 20 a 60 años, quienes tenía el diagnóstico de ansiedad generalizada, 15 personas conformaron el grupo experimental y la otra cantidad el grupo control.

Como instrumento de evaluación utilizó la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD 7). Desarrolló como diseño en su metodología el Cuasi experimental, teniendo mediciones de pre test y post test. Finalmente, los resultados a los que llegó, evidenciaron las diferencias significativas entre el grupo control y experimental, determinado de esta manera que el Programa de intervención Grupal Cognitivo Conductual logró su objetivo de disminuir en el grupo experimental los niveles de ansiedad generalizada.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Rodríguez (2017) desarrolló una evaluación y tratamiento de terapia cognitivo conductual (TCC) y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos. Tuvo como objetivo principal, analizar la eficacia que tiene la TCC y metacognitivo en 33 pacientes (entre 21 y 58 años). Aplicó de manera individual los siguientes instrumentos: la Entrevista semiestructurada Anxiety Disorders Interview Schedule para el DSM-IV (ADIS-IV-L), la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, versión 2.1), el Inventario de Depresión de Beck, la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania, el Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (CPA), y el Cuestionario de Evaluación de 45 Síntomas. Planteó un programa de entrenamiento, estructurado y directivo, organizado en seis módulos, divididos en catorce sesiones; consideró a 14 terapeutas cognitivo conductuales, licenciados en psicología, procedentes del Máster de Psicología Clínica y de la

Salud. Los resultados de esta intervención demuestran que la TCC se aplica de manera favorable para casos de ansiedad.

Carro y Sáenz (2015) desarrollaron un programa de terapia cognitiva y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada. Paciente de sexo masculino, soltero sin hijos, de 33 años, de profesión jardinero, nivel sociocultural medio, actualmente vive con su pareja con la que tiene una relación desde hace diez años. Proviene de una familia nuclear, presenta una relación de codependencia con la madre. El objetivo principal fue fortalecer el autocontrol de la parte emocional, disminuyendo los niveles de ansiedad para lograr una calidad de vida óptima. Utilizaron como técnica la entrevista psicológica y la administración de pruebas psicométricas donde incluyeron el Examen Internacional de los Trastornos de las Personalidad (IPDE), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado (ISRA-B) y el Cuestionario Tridimensional de Depresión (CTD). El tratamiento constó de 27 sesiones, donde se incluye las evaluaciones y el post tratamiento, cada sesión tenía una duración de una hora, la periodicidad al inicio fue de una vez por semana y luego cada quince días. Utilizaron diversas técnicas psicológicas: psicoeducación, entrenamiento en respiración abdominal, programa gradual de incremento de actividades agradables (activación conductual), reestructuración cognitiva y metacognitiva, técnicas de distracción/reconducción y entrenamiento atencional, entrenamiento en solución de problemas y técnicas de autoestima. Obtuvieron como resultado disminuir la sintomatología ansiosa utilizando estrategias de afrontamiento teniendo conductas más activas de solución de conflictos demostraron así que la terapia cognitivo conductual para la ansiedad generalizada tiene resultados óptimos.

García et al., (2012) realizaron el tratamiento cognitivo conductual a una persona con trastorno de ansiedad generalizada en la Unidad de Terapia de Conducta (Universidad de

Barcelona). La paciente fue de sexo femenino, 36 años, quien solicita psicoterapia por la crisis de nervios que presenta. Realizaron una evaluación psicológica donde se determina el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada debido a sus niveles de ansiedad elevado y persistente. Utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: el Inventario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania, los Cuestionarios de Sensaciones Corporales (BSQ) y Cogniciones Agorafóbicas (ACQ), la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, el Inventario Breve de Síntomas, la Escala de Interferencia y el Índice Multicultural de Calidad de Vida. El tratamiento con enfoque cognitivo conductual tuvo un número de 43 sesiones, dos de estas sesiones fueron con su esposo. Las técnicas que utilizaron fueron: psicoeducación, entrenamiento en respiración consciente y reestructuración cognitiva; control de estímulos, entrenamiento en resolución conflictos, experimentos conductuales y técnica de exposición. Sus informes post intervención terapéutica evidenciaron una mejora significativa en sus niveles de ansiedad; donde también se considera que los experimentos conductuales y de exposición fueron determinantes para la mejoría y cumplimiento de objetivos con el tratamiento dado. La paciente mejoró considerablemente en su calidad de vida. Disminuyó la dosis de medicación indicada por el psiquiatra. En su última sesión de seguimiento la paciente había disminuido sus niveles de ansiedad teniendo el control de sus emociones, demostrando así la eficacia en el tratamiento cognitivo conductual.

Olivares et al., (2006) realizaron el tratamiento Cognitivo Conductual en una Adolescente con Trastorno de Ansiedad Generalizada. La paciente tiene 15 años, estudiante, vive con sus padres y hermanos. Presentaba preocupaciones en exceso y respuestas fisiológicas propias a la ansiedad. El objetivo fue dar a conocer el impacto que tiene la TCC ante este diagnóstico. Entre las evaluaciones que utilizaron para el diagnóstico fueron los autoregistros (que previamente se diseñaron para medir su nivel de preocupaciones) y la Entrevista Semiestructurada de los

Trastornos de Ansiedad del DSM–IV–C. Incluyó en el tratamiento tres fases: 1: Fase de explicación del problema, 2: Entrenamiento y 3: Refuerzo. Brindaron a la paciente 14 sesiones, de manera semanal, las técnicas que se utilizaron fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición en vivo, técnicas de relajación, autoverbalizaciones. Los resultados indican una mejora evidente en las evaluaciones de post test en los niveles de ansiedad de la paciente.

Calvo (1994) realizó un caso clínico de Trastorno por Ansiedad Generalizada. Paciente femenina de 32 años, procedente de Bogotá, primaria inconclusa, ama de casa y católica. Presentaba insomnios y sintomatología física asociada a la ansiedad como palpitaciones, sensación de ahogo, temblores, entre otros. Tuvo como objetivo reducir la sintomatología física, instaurar creencias racionales, brindarle técnicas de relajación. El tratamiento, lo realizó en conjunto con el departamento de Psiquiatría. Se llega a la conclusión que la psicoterapia cognitiva conductual es una estrategia útil para este trastorno.

1.2.3 Fundamentación teórica

Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), tiene sus primeras referencias en el concepto de neurosis de ansiedad en la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-II). Su definición inicial fue registrada en 1980, en el DSM-III. (Bados, 2015, p.17)

Para que en la actualidad podamos tener un concepto claro del diagnóstico del TAG, se ha tenido varios estudios en diferentes años, de los cuales, mencionaremos los más relevantes.

Ellis (1998) sostiene que existen dos tipos de ansiedades: una sana y otra malsana. La ansiedad sana es el miedo racional y realista, que nos ayuda a preservarnos de dificultades, a diferencia de la ansiedad malsana, irracional, que nos impide vivir tranquilos, está relacionado con

pensamientos sobregeneralizados. Define la sintomatología de la ansiedad y los categoriza en síntomas respiratorios y pectorales, reacciones cutáneas, reacciones de la presión, síntomas intestinales y musculares. El autor desarrolla la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), brindando técnicas cognitivas. Para Ellis la fuente de ansiedad son nuestros pensamientos irracionales que deben ser sustituidos por otros más adaptativos y racionales.

Clark y Beck (2012) definen a la ansiedad generalizada como la interpretación de una amenaza anticipada en la cual la persona siente que no tiene el control, provocándole así malestares a nivel conductual, fisiológico, afectivo y cognitivo. La ansiedad está siempre orientada al futuro. Consideraron que la ansiedad es un estado emocional más complejo que el miedo, pero que muchas veces es activada por un miedo inicial. De acuerdo a ellos, existen puntos importantes para poder considerar a una ansiedad patológica: la persona quien la padece presenta una cognición disfuncional, un deterioro en el funcionamiento de distintas áreas de su vida, la ansiedad puede permanecer por tiempos prolongados, hay una sensación de miedo sin que haya un estímulo evidente y el paciente presenta una sensibilidad superior a los estímulos.

Sugieren cinco criterios que pueden ser usados para distinguir los estados anormales de miedo y ansiedad. Muchas de las siguientes características se encuentran en un tipo de ansiedad de tipo patológica: la cognición disfuncional (la forma de pensar sobre el miedo es irracional), el deterioro del funcionamiento (muchas veces el miedo hace que la persona se paralice y no sepa cómo responde frente a una situación perjudicando sus respuestas en muchas áreas de su vida), persistencia (la ansiedad clínica se puede experimentar a lo largo del tiempo), falsa alarma (responde a la ansiedad aún no esté presente un estímulo activador) e hipersensibilidad a los estímulos (el miedo se activa ante diversos estímulos del ambiente). (Clark y Beck, 2012, p.24)

Bados (2015) menciona que se debe de tener cuidado a la hora de diagnosticar TAG, ya que este, no se puede llegar confundir con otros diagnósticos de ansiedad debido a que tiene la característica única que la persona quien lo padece está angustiada de varios elementos a su vez teniendo miedo a la incertidumbre. Realiza el diagnóstico diferencial entre el TAG con otros trastornos, por ejemplo: el TAG difiere del Trastorno de ansiedad social debido a que éste último se centra su miedo en las relaciones interpersonales. El TAG no es ocasionado por el uso de sustancias o medicamentos, el TAG difiere del Trastorno obsesivo compulsivo por contener obsesiones más no preocupaciones excesivas como tiene el TAG y de esta manera realiza el análisis diferencial de estos diagnósticos de la ansiedad.

Sierra et al., (2003) sostienen que la ansiedad se define como estado de incertidumbre, donde la persona siente angustia porque piensa en el futuro. Tanto el cuerpo (fisiológicamente) como el área cognitiva se activan, haciendo que el individuo busque una solución ante estas reacciones.

Modelos teóricos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Existen a la actualidad diversos conceptos teóricos sobre el TAG, continúan en permanente estudio y perfeccionamiento, nos encontramos en un momento de auténtico auge de investigaciones que pretenden definir los factores que originan y que mantienen esta psicopatología. En la actualidad, existen varios modelos con perspectivas innovadoras sobre la conceptualización y tratamiento del TAG: El Modelo de Evitación acerca de la Preocupación, el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre; el Modelo Metacognitivo; el Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE); el Modelo Basado en la Aceptación; y el Modelo de Evitación de Contraste. (Bados, 2015, p. 56)

- ***El Modelo de Evitación de la Preocupación de Borkovec***

Behar et al., (2011) mencionan que la ansiedad generalizada se distingue por la preocupación de manera excesiva provocando malestar emocional en la persona. Refieren en su artículo científico citándolo a Borkovec, que existen dos componentes importantes: la percepción que se tiene sobre la amenaza y la sensación de incapacidad de afronte a esta situación que se percibe amenazadora. Indican que este modelo afirma que la preocupación es una actividad lingüística verbal basada en el pensamiento. La preocupación se concibe en este modelo como una secuencia de pensamientos, ideas que contienen una emoción desagradable y una reacción somática, que puede llegar a tener la sensación de falta de control, por ello se da la evitación sin tener la opción de llegar a solucionar los problemas. Existe otro factor que logra mantener a las preocupaciones: nuestras creencias que el preocuparnos es útil porque nos ayuda a resolver los problemas.

Este modelo ha planteado un tratamiento de TCC para el TAG basado en los siguientes componentes: técnicas de automonitoreo de situaciones vividas donde se registra la parte emocional, fisiológica y conductas; la aplicación de técnicas distintas de relajación; desensibilización; control de estímulos; técnica de reestructuración cognitiva; autoregistro donde se validan las preocupaciones; enfoque en el aquí y ahora; y finalmente se contrasta la tranquilidad con el vivir alerta.

- ***Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre de Dugas y Robichaud***

Perez y Graña (2019) citando a Dugas, indican que existen componentes para explicar el cómo se desarrolla y se mantiene el TAG:

- a) La intolerancia a la incertidumbre es cuando nos predisponemos y sobreestimamos situaciones amenazantes a base de creencias negativas y las personas quienes tienen TAG son los que más presentan esta característica.

- b) Pensar que el preocuparse es bueno porque nos ayuda a prevenir problemas o a solucionarlos.
- c) El TAG se mantiene por tener una idea negativa de los problemas ya que se perciben como una amenaza generando dudas, miedo y la sensación de incapacidad para resolverlos.
- d) Para evitar una imagen que causa niveles de ansiedad, se acude a evitar el pensamiento mediante técnicas de distracción.

- *El Modelo Metacognitivo de Wells*

Wells (2018) sostiene su modelo que proviene de saber qué tipo de creencias sostienen los pacientes sobre sus propios pensamientos y formas de interpretar la realidad. La terapia metacognitiva tiene como objetivo identificar las creencias metacognitivas responsables de sostener la preocupación para desactivarlas y lograr así no presentar dichas creencias.

La metacognición, está conformada por factores de cognición internos, estos son los que realizan procesos para evaluar el pensamiento. Este modelo sugiere que nuestras creencias o esquemas irracionales, ya sean definidas por Ellis o Beck, son originadas por nuestras metacogniciones, todos esos pensamientos que nos causan malestar emocional, se deben a estas. El enfoque metacognitivo, el tratamiento se basa en modificar las metacogniciones del paciente más no en trabajar con las consecuencias que están teniendo por tenerlas, para ello presentan diversas estrategias que buscan que el paciente tenga una nueva relación con su forma de pensar. A diferencia de la Terapia Cognitiva Conductual tradicional, que cuestiona si los pensamientos son válidos y racionales, este modelo se centra en los pensamientos rumiantes y preocupaciones, centrando su atención en lo que percibe como amenaza, su punto de atención son las creencias que tiene sobre dicha cognición. (Wells, 2018)

- *El Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE)*

Mennin et al., (2019) sostienen que los pacientes quienes tienen Trastorno de Ansiedad Generalizada temen por diferentes eventos anticipados que no necesariamente buscan evitarlos, es por ello que plantea este modelo para que el tratamiento con este tipo de diagnósticos sea más eficaz. La regulación de las emociones en el TAG determina un papel muy importante en el tratamiento, estudia como las personas controlan, experimentan y manifiestan lo que sienten. Indican que las personas con TAG, experimentan con mayor intensidad sus emociones y tienen mayor facilidad para expresarlas, sobre todo las emociones que les causan malestar, sin embargo, presentan dificultad para poder identificarlas. Sostienen que una persona quien tiene mayor regulación de sus emociones es saludable mentalmente, mientras que una persona quien no tiene esta capacidad es propensa a tener una patología como el TAG.

Brindan cuatro características importantes de una persona con el diagnóstico de TAG: a) La activación emocional se encuentra por encima de lo normal; b) tiene una pobre comprensión de lo que siente; c) presentan una actitud negativa de sus emociones y d) busca desesperadamente aliviar la experiencia emocional.

Este modelo propone un modelo de intervención que tiene como objetivo disminuir la necesidad de utilizar la preocupación como afrontamiento emocional, por lo cual se brindan estrategias para que las emociones se regulen de manera funcional para que no tan solo se mejore los síntomas del TAG sino también se busque fortalecer la calidad de vida fortaleciendo incluso las relaciones con los demás. El tratamiento se compone de cuatro fases: a) Se utiliza la psicoeducación; b) Se identifica los factores que mantienen los síntomas; c) Se realiza técnicas de exposición fomentando regular la parte emocional y, por último; d) Se realiza la identificación de logros y se prepara para la prevención de recaídas.

- ***Modelo Basado en la Aceptación del TAG de Roemer y Orsillo***

Este modelo brinda una intervención promoviendo la aceptación de la experiencia promoviendo de esta manera disminuir la respuesta de la evitación frente a dificultades que se presente. Tiene como objetivo principal aceptar la experiencia actual buscando que el paciente tenga una posición activa para tomar decisiones favorables. Incluye tres componentes: 1. Psicoeducación; 2) Estrategias de atención y aceptación y 3) La modificación de conducta. (Roemer y Orsillo, 2005, como se citó en Garay et al.,2019)

- ***Modelo de Evitación de Contraste de Newman y Llera***

Este modelo sostiene que las personas quienes tienen el diagnóstico del TAG, usan la preocupación como mecanismo de evitación para no tener que pasar por emociones que le causen malestar, sin embargo, al evitar dichas emociones desagradables, hace que se refuercen y así se prolongue más tiempo, a su vez presentan una sensibilidad incrementada ante dichas emociones. Con la finalidad de no sentir vulnerabilidad ante la experiencia del contraste, los pacientes deciden tener estrés y malestar en vez de buscar la relajación, esta idea de refuerza cuando al estar en ese estado sucede algo positivo, es por ello que el paciente afirma que es mejor estar preparado para lo malo y así se alegra más cuando sucede alguna situación buena o lo malo nunca llega a pasar. El tratamiento está basado en promover técnicas de exposición gradual e imaginación donde se contrasten con las emociones y éstas sean reguladas a través de técnicas de relajación. En este modelo se propone reconocer los principales miedos en el TAG, como por ejemplo el miedo a evitar el contraste emocional negativo. Han desarrollado este modelo teórico como oposición al modelo borkoveciano de la preocupación, donde se afirma que los pacientes con TAG son mucho más sensibles a situaciones que tengan un nivel elevado de emociones negativas que se presentan de forma inesperada al cual la llaman experiencia de contraste. Indican en este modelo que los

tratamientos que existen para contrarrestar la preocupación de tipo patológica del TAG, estarían debilitando una defensa cognitiva sin considerar los miedos que también existen en la persona. Este modelo propone un tratamiento basado en la exposición e inducir al paciente a esas emociones negativas que le causan malestar intenso, posteriormente induciéndolo a una relajación continua, todo esto con el fin de que la persona pueda aprender a tolerar las emociones negativas ante las situaciones inesperadas que pueda tener en su vida. (Newman y Llera, 2014, como se citó en Etchebarne et al., 2016)

Crterios diagn3sticos seg3n el Manual Diagn3stico y Estad3stico de Trastornos Mentales V edici3n (DSM-V) y la Clasificaci3n Internacional de Enfermedades X revisi3n (CIE-10) sobre el TAG

Tabla 1

Crterios diagn3sticos DSM-V y CIE-10

DSM- V	CIE-10
<p>A. Ansiedad y preocupaci3n excesivas (anticipaci3n aprensiva), que se produce durante m3s d3as de los que ha estado ausente durante un m3nimo de seis meses, en relaci3n con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es dif3cil controlar la preocupaci3n.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupaci3n se asocian a tres (o m3s) de los seis s3ntomas siguientes (y al menos algunos s3ntomas han estado presentes durante m3s d3as de los que han estado ausentes durante los 3ltimos seis meses): Nota: En los ni3os solamente se requiere un 3tem.</p>	<p>A. Presencia de un per3odo de por lo menos seis meses con tensi3n prominente, preocupaci3n y aprensi3n sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.</p> <p>B. Presencia de al menos cuatro de los s3ntomas enumerados a continuaci3n, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:</p> <p>S3ntomas aut3nomos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones o golpeteo del coraz3n, o ritmo card3aco acelerado. 2. Sudoraci3n. 3. Temblor o sacudidas.

DSM- V	CIE-10
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.	4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
2. Facilidad para fatigarse.	Síntomas relacionados con el pecho y abdomen.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.	5. Dificultad para respirar.
4. Irritabilidad.	6. Sensación de ahogo.
5. Tensión muscular.	7. Dolor o malestar en el pecho.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).	8. Náuseas o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto).
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.	Síntomas relacionados con el estado mental:
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	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.

DSM- V	CIE-10
<p>alteración no se explica por otro trastorno mental (por ejemplo: Ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico , valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés post traumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).</p>	<p>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. 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.</p>

DSM- V**CIE-10**

D. El trastorno de ansiedad no se 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.

Fuente: APA (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (pp.137-138). OMS (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (pp. 115 116).

Terapia cognitivo conductual. La terapia cognitiva conductual es la que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento del diagnóstico del TAG. Desde A. Ellis y sus primeros aportes, así como A. Beck, las técnicas cognitivas conductuales han demostrado sus logros en los cambios de creencias y pensamientos, causando efecto en la parte emocional y bienestar en el ánimo.

La Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis, 1993) sostiene que los seres humanos llegan a presentar algún trastorno debido a las interpretaciones que se tienen frente a las situaciones que se vive. Según Ellis, la TREC se ha creado con el fin de disminuir las patologías y lograr tener una vida mejor y más gratificante con menos conductas de derrota y desesperanza. El objetivo de esta terapia es lograr que la persona sea consciente de sus conductas, de sus pensamientos y de lo que siente, teniendo en cuenta que nuestros pensamientos son la clave para sentirnos bien a través de pensamientos racionales.

Su modelo terapéutico ABC, dentro de la TREC, se logra identificar las dificultades psicológicas que presentan las personas quienes padecen de algún trastorno psicológico. Dicho modelo fue descrito por Ellis en el año de 1962 donde menciona los siguientes elementos:

- A. Es el acontecimiento activador o Adversidad: situación.
- B. Creencias: son los pensamientos que surgen ante la situación. Pueden ser racionales o irracionales.
- C. Consecuencias: puede ser emocionales, conductuales. Es el resultado que se tiene sobre la situación.

Posteriormente Ellis amplía su modelo en ABCDE, donde D es el debate de las creencias irracionales y E representa la nueva forma de pensar frente a la situación que acontece. (Magallanes, 2009)

Creencias Irracionales

Ellis en el año de 1989 sostiene que las personas reciben mensajes que posteriormente se convierten en creencias, que pueden ser racionales o irracionales y con estas últimas poder tener algún trastorno emocional. Las creencias irracionales son creencias que carecen de lógica, son falsas, es decir, no están basadas en la realidad, teniéndolas es como afectamos a nuestra salud emocional y psicológica, teniendo limitaciones en el desarrollo de nuestras vidas.

Las principales creencias irracionales que propone Ellis son (Navas,1981):

- Necesito ser amado/aceptado por las personas.
- Para ser valioso tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos.
- Hay personas perversas que deben de ser castigadas.
- Es catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere.
- La desgracia humana es por causa externa y no tenemos capacidad de controlarlo.
- Si algo es amenazante debo preocuparme por la posibilidad de que ocurra lo peor.
- Es más fácil rehuir las a las dificultades.
- Dependemos de los demás por lo que necesito a alguien más fuerte que yo de quien depender.
- El pasado me determina.
- Debo preocuparme por los problemas de los demás.

Magallanes (2009) resume los beneficios que tiene la TCC en los siguientes puntos: logra un alivio emocional en los pacientes en corto plazo, es muy eficaz para el tratamiento de diversas patologías, se puede brindar programas a personas de todas las edades, los pensamientos es la parte protagónica con la que el paciente logrará replantearse y vivir teniendo un sentido, el concepto de la TCC es que toda persona tiene la capacidad de lograr un cambio y de ser mejor; tiene un modelo

organizado pero es flexible según la condición de la personas realizando diversas técnicas psicológicas

Existen diversas técnicas en el tratamiento cognitivo conductual para el TAG, a continuación, mencionaremos las que hemos utilizado para la presentación de este caso clínico:

Técnicas Psicoterapéuticas cognitivas conductuales

- Programación de actividades lúdicas y de ocio

Es una de las técnicas más usadas y que tiene gran importancia en este tratamiento, se realiza dando la responsabilidad a la paciente para organizar sus actividades diarias, se le solicita que pueda añadir a sus actividades cotidianas, actividades recreativas que le causen agrado o satisfacción y que probablemente no lo esté considerando hasta el momento que inicia el tratamiento. En este caso clínico la paciente decidió realizar el pintado de mándalas. (Buela-Casal, G y Sierra, J. 2001, p.171)

- Auto registros de conductas

Se usan desde inicios del plan terapéutico, nos ayudan a conocer información sobre la paciente en su contexto real y natural donde el terapeuta no tiene la posibilidad de observar. Nos permite tener una línea base sobre conductas iniciales y compararlas posteriormente para analizar los avances de la terapia. Se propone a la paciente analizar una determinada situación, registrándola junto con las emociones y conductas que se ejerce por dicha escena. (Buela-Casal, G y Sierra, J. 2001, p.152)

- Técnicas de relajación y respiración:

Entrenamiento en la Relajación Progresiva de Jacobson : Con esta técnica de relajación, se realiza la contracción de grupos musculares para luego relajarlos, con esto se logra la

disfunción de nuestra actividad simpática, provocando la disminución progresiva de la tensión muscular. La técnica se introduce con la explicación a la paciente de la diferencia entre tensión y relajación. Se puede hacer uso de la técnica de visualización para lograr una mayor relajación en la paciente, sugiriendo que diariamente la realice en casa también. (Jacobson, 1938, como se citó en Clark y Beck,2010)

La Respiración Diafragmática: Es una de las técnicas más utilizadas, sencillas y conocidas de relajación. Se trabaja por medio de una respiración profunda o diafragmática para así lograr la disminución de nuestra activación. Evidencia resultados positivos, reduciendo rápidamente nuestros niveles de respuestas fisiológicas. Cuando respiramos profundamente, el cuerpo envía señales al cerebro para relajarse, por ello que se obtiene como respuesta la disminución de nuestra frecuencia cardiaca. Esta técnica de respiración se usa de manera sencilla como lo explica Campillo (Canal Asociación Parkinson Elche, 2021).

Visualización Positiva: Se le instruye a la paciente con el uso de diferentes imágenes que le proporcionan tranquilidad y agrado con el fin de que pueda lograr la distracción de pensamientos tipo ansiosos. Esta técnica se ha podido aplicar en conjunto con la técnica de la relajación progresiva de Jacobson. (Valiente, 2016)

- **Resolución de problemas**

Se utilizó los conceptos de D'Zurilla y Goldfried, quienes propusieron cinco fases para el entrenamiento de solución de problemas: 1) Se le orienta a la paciente a identificar el problema, 2) Se define cuál es el problema a trabajar; 3) Se le ayuda a buscar alternativas de solución ante el problema. 4) La paciente opta por seleccionar una solución y 5) Se comprueba los efectos de la solución seleccionada. La paciente asumió esta técnica para afrontar situaciones

presentes y prevenir situaciones de conflicto futuras. (D'Zurilla y Goldfried, 1971, como se citó en Magallanes, 2009)

- **Reestructuración cognitiva**

Bados y García (2010) sostienen que el objetivo principal es reconocer el papel importante que cumple la cognición en nuestras conductas. Enseña a la paciente a identificar cada uno de sus pensamientos y cogniciones disfuncionales. Se utiliza diversas estrategias para validarlos con la realidad cuestionándolos o debatiéndolos con el fin que sean reemplazados con pensamientos racionales o cogniciones reales. La reestructuración cognitiva consiste en que el terapeuta ayude inicialmente al paciente para que logre identificar aquellos pensamientos que no le hacen sentirse bien y por lo tanto origina que tenga conductas desfavorables en su vida. En esta técnica todos los pensamientos son considerados como supuestos que tienen que pasar por un filtro (técnicas) para confirmar su veracidad.

En este caso clínico, se procedió a formularle a la paciente una serie interrogantes para que ella misma identifique y valide sus pensamientos irracionales. En cuanto al desarrollo de esta técnica se ha desarrollado en tres pasos esencialmente:

Psicoeducación: Como técnica cognitiva, su objetivo es educar a la paciente sobre el diagnóstico a trabajar, en este caso clínico se instruye a la paciente sobre la ansiedad, tipos de ansiedad, pensamientos y creencias irracionales, entre otros temas a trabajar en el plan terapéutico. Esta formación se da principalmente en las sesiones, permite adherencia al tratamiento. Se busca que la paciente comprenda la importancia y fundamento de cada sesión y actividad a realizar.

Aumentar la conciencia de los pensamientos: El objetivo es que el paciente logre identificar cada uno de los pensamientos irracionales que está teniendo frente a las situaciones de diario vivir. Tanto nuestro sentir como nuestras conductas respuestas, nos ayudan a poder identificar cada uno de estos pensamientos irracionales.

El registro de pensamientos: Es una herramienta básica de la reestructuración cognitiva que nos permite ser más conscientes de las situaciones que nos mortifican, el pensamiento que tenemos sobre estas situaciones y las emociones que nos produce. Se hace uso del modelo de Ellis, el cual se basa la reestructuración cognitiva: el ABC, para posteriormente desarrollar el ABCD. Mientras más se haga uso de este autoregistro, la persona llegará a realizar obtener los pensamientos racionales de forma inmediata sin tener la necesidad de registrarlos. (Psicopedia,s.f.)

- **Técnica de la detención del pensamiento:**

Consiste en que cuando se tiene un pensamiento que le produce angustia o desesperación (pensamiento rumiante), la paciente se conducirá a un lugar tranquilo, según se tenga la práctica, no se necesitará aislarse y se podrá ejecutarlo en cualquier momento y lugar.

Posteriormente a ello, la persona pensará de manera intencional en el pensamiento que tanto le perturba sin evitarlo o ignorarlo, por el contrario, se centrará en este por un mínimo de tiempo de un minuto, aunque el nivel de ansiedad se incremente y cuando se sienta el miedo intensamente, se gritará una palabra clave como ¡alto!, ¡basta!, u otra palabra. El objetivo final es que dicha palabra se asocie con la detención del pensamiento. En este caso clínico la paciente decidió usar la palabra “¡basta!”.

- **Estrategias de control de estímulos:**

Bados (2015) refiere que esta técnica consiste en determinar un momento del día, en el cual paciente se enfocará en sus pensamientos que la agobian y preocupan, un tiempo de 30 minutos aproximadamente donde únicamente se preocupará de todo lo que desee y así el resto del día, la paciente pueda enfocarse en las actividades que tenga. Por ninguna razón, se tiene que suplantar esos 30 minutos en la relajación de otra actividad.

- **Procesamiento elaborativo del presente:**

Consiste en instruir a la paciente que sus estimaciones negativas están orientadas hacia el futuro y que por lo tanto son poco exactas o reales. Ante ello, se sustituye con alternativas orientadas al presente.

- **Entrenamiento en Autoinstrucciones**

Esta técnica se logra a partir de cuatro pasos esenciales, el primer paso es que la persona se prepare para el estresor, el segundo se da la confrontación con el estresor, en el tercer paso se dan los momentos críticos y en el paso final se realiza la autorreflexión. No es rígido ni tampoco un autodiálogo donde no haya por medio emociones. Las autoinstrucciones van a depender de los pensamientos que surjan a partir de situaciones que se le presenten al paciente.

(Buela-Casal, G y Sierra, J. 2001, p.164)

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Reducir los niveles de ansiedad generalizada mediante la terapia cognitiva conductual en una paciente mujer adulta.

1.3.2 Objetivos específicos

- Reducir creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva.
- Reducir la sintomatología fisiológica asociadas al TAG mediante la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson abreviada, respiración y la visualización positiva.
- Incorporar habilidades de afrontamiento a través de la técnica de resolución de problemas.

1.4 Justificación

El caso clínico a desarrollar es una muestra de cómo la pandemia del covid19 ha sido el detonante para el desarrollo de distintos trastornos emocionales en la vida de muchas personas. La evaluación se desarrolla en diciembre del 2020, la paciente evidencia distorsiones cognitivas que repercuten en el aspecto emocional, afectivo, incluso físico ya que experimenta consecuencias de somatización ante el diagnóstico de TAG, todo esto a causa de una excesiva preocupación aprehensiva como síntoma principal de su funcionalidad, acompañado de un nivel de ansiedad alto y una depresión moderada, ocasionando problemáticas en diferentes áreas de la vida como a nivel social, familiar y pareja. Se realizó un trabajo en conjunto con el Departamento de Psiquiatría. Se optó a nivel psicológico por la terapia cognitiva conductual ya que presenta resultados positivos que se obtuvieron en el desarrollo de otros casos clínicos para el diagnóstico de TAG tanto nacionales como internacionales.

La terapia cognitiva conductual, es un tratamiento de primera elección en diferentes países del mundo debido a la evidencia empírica que la avala. En este tipo de psicoterapia, el paciente juega un papel activo, donde desarrolla actividades y se va auto regulando sobre sus propios avances y logros. Se brinda al paciente recursos de afrontamiento para prevenir futuras recaídas.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Con el estudio del caso clínico presentado se reafirma la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad y en especial de ansiedad generalizada. La TCC colaboró a que la paciente tomara conciencia de sus pensamientos negativos para que pueda visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva, ha sido una herramienta muy útil en este caso clínico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, resulta eficaz para ayudar a cualquier persona a aprender cómo manejar mejor las situaciones estresantes de la vida ya que se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora" en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado a diferencia de otros tratamientos, busca maneras de mejorar su estado anímico en la actualidad.

A nivel individual, se comprueba que la sintomatología del TAG, se reduce de manera significativa.

II. Metodología

2.1 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación que se aplicó, fue según diseño de caso de investigación Aplicada (Kerlinger, 1975), con diseño de caso único (Hernández et al., 2015). Diseño univariable multicondicional A.B.A. donde se realizó la evaluación inicial (línea base pre tratamiento - A), administrar la intervención cognitiva conductual (B) y se realizó una evaluación final (línea base post tratamiento - A).

2.2 Ámbito temporal y espacial

El desarrollo de la intervención psicológica de este caso clínico se ha desarrollado en el año 2021 entre los meses de enero a abril, se ha desarrollado en la ciudad de Lima.

2.3 Variables de investigación

Variable independiente: tratamiento cognitivo conductual

En psicoterapia cognitivo - conductual (TCC) a diferencia de otras escuelas, existe más de un solo autor quien la represente. La TCC se ha podido definir como la mejor opción no farmacológica para afrontar trastornos de depresión o de ansiedad, según los diferentes estudios de caso que existen a nivel mundial, la TCC ha resultado una alta efectividad en el tratamiento por el cual se recomienda ante diversos trastornos psicológicos. Existen varios modelos de esta terapia, sin embargo, los principales son tres: las terapias de reestructuración cognitiva, las terapias de habilidades de afrontamiento y las terapias de resolución de conflictos las cuales también haremos uso en este caso clínico presentado.

Variable dependiente: trastorno de ansiedad generalizada

Se refiere a un tipo de ansiedad constante y aguda que interfiere en las actividades cotidianas y en muchas áreas de la vida. El trastorno de ansiedad generalizada puede ocurrir a cualquier edad, presentando síntomas similares a los del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo e incluso otros tipos de ansiedad. Entre los síntomas más resaltantes se encuentran la preocupación constante, inquietud y problemas para concentrarse. El tratamiento puede incluir psicoterapia y medicamentos.

2.4 Sujeto

Paciente de nombre Ana, sexo femenino de 58 años de edad, fecha de nacimiento 08 de marzo de 1962 nacida en el departamento de Lima, nacionalidad peruana. Tiene estudios técnicos culminados. Ocupación actual ama de casa.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

- **Observación de conducta.** Es una técnica psicológica que consiste tal y como su nombre lo dice en observar conductas y se trata del método o técnica ideal de evaluación de competencias. Para ser puesta en práctica a cabalidad debe cumplir con algunos principios como tener un propósito específico; ser planeada cuidadosa y sistemáticamente; llevar por escrito un control cuidadoso de la misma; especificar su duración y frecuencia; y seguir los principios básicos de confiabilidad y validez.

La observación de conducta en el presente caso clínico:

La evaluada mide 1.60 metros, aproximadamente. Ojos negros, cabello corto (a la altura del cuello) y pintado de color rojo oscuro, utiliza lentes. Se presentó aseada y con vestimenta acorde a la estación.

Con respecto a la conducta de la paciente, evidencia preocupación por los síntomas que tiene en su cuerpo; preguntando constantemente qué es lo que podría tener (qué enfermedad).

- **Entrevista psicológica.** En una entrevista psicológica se produce una relación entre dos o más personas. De esta manera uno de los integrantes, el psicólogo clínico, realiza preguntas y trata de obtener información para tomar decisiones. Se produce un intercambio de información entre la persona que solicita ayuda (la paciente) y la persona que la ofrece (el psicólogo clínico).

Se trata de una técnica muy utilizada gracias a su eficacia para sacar a la luz contenidos no observables que deben ser evaluados.

2.5.2 Instrumentos

- **Escala de autovaloración de ansiedad de Zung.** La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) comprende un cuestionario de 20 enunciados, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que

considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana. El objetivo de esta escala es identificar los niveles de ansiedad, buscar un estimado de la ansiedad como un trastorno emocional y medir cuantitativamente la intensidad al margen de la causa. Dirigido a adolescentes y adultos.

- **Escala de autovaloración de depresión de Zung.** La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión.

En conjunto las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Casi siempre".

A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos

La aplicación puede ser individual o colectiva. Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III.** La evaluación de la personalidad se organiza en 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control. Tipo de valuación puede ser individual o colectiva. Está dirigida para adultos, la duración para la resolución puede variar entre 20 a 30 minutos. Consta de 175 ítems con formato de

respuesta Verdadero/Falso que permiten la evaluación de rasgos de personalidad y psicopatología. La aplicación puede ser individual o colectiva.

- **Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI).** Este instrumento es un inventario creado para evaluar la ansiedad como estado (momentánea, transitoria) y la ansiedad como rasgo (como condición más estable). Está compuesto por 40 ítems divididos en 2 subescalas: rasgo y estado, con respuestas tipo Likert de 0 a 3. Puede ser usado en población normal o en pacientes. Para su corrección se obtiene una puntuación de ansiedad estado y una puntuación de ansiedad rasgo, sumando cada uno de los ítems de cada subescala. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Tipo de instrumento estructurada, su administración es autoaplicada, la población es Adultos. Su N° de ítems es de 40 y el tiempo de administración es ≤ 10 min.
- **Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.** Su administración puede ser Individual o colectiva. Dirigido a personas de 12 años en adelante. Su duración es de 30 minutos aproximadamente. Tiene un total de 100 Ítems. El objetivo del inventario es conocer la posible existencia de creencias irracionales en la persona, y si dichas creencias presentan un nivel alto que estarían obstaculizando ciertos ámbitos de su vida. Es un registro de opiniones que presenta diez creencias irracionales que fueron establecidas por Albert Ellis, las cuales han sido desarrolladas a través de nuestras experiencias y que causan y sostienen las perturbaciones emocionales en los individuos. Los enunciados son del 1 al 100, y cada 10 ítems forman una creencia irracional; es decir, que cada categoría está compuesta por 10 ítems. Las opciones de respuesta son dos: “Estoy de acuerdo” y “No estoy de

acuerdo”. Se puntúa con un “1” en la creencia irracional, y con un “0” la racional, es así como cada categoría puede puntuar un puntaje del 0 al 10. Existen ítems directos e indirectos.

2.5.3 Evaluación psicológica

2.5.3.1 Historia psicológica

Problema actual

La paciente llega a consulta porque, refiere sentirse muy angustiada gran parte del tiempo; refiere que siempre teme lo peor, asimismo, menciona que tiene dolores en el pecho, taquicardia y que le falta el aire. Adicional a esto, tiene dificultades para dormir y, en ocasiones, se levanta en las madrugadas con miedo; teniendo pensamientos tales como “algo malo va a pasar en el día”, “mi esposo o mis hijos pueden enfermarse” o “seguro tengo una enfermedad grave y no lo sé, por eso me siento mal”.

Desarrollo cronológico del problema

La paciente refiere presentar dificultades para dormir y que, en ocasiones, se levanta en las madrugadas con una respiración acelerada (taquicardia), con pensamientos catastróficos, tales como “algo malo va a pasar en el día” o “seguro algo malo pasa dentro de mi cuerpo”; este último debido a que presenta dolores en el pecho y falta de aire, dándose estos de manera recurrente. Refiere que estos síntomas los ha presentado aproximadamente a los 35 años, tras una serie de eventos, empezando por una discusión con su tío con respecto a un negocio que tenían, hubo un mal entendido y un cruce de palabras, donde ella se sintió acusada injustificadamente, por comentarios que él le hizo respecto a una pérdida de dinero. Tras esta discusión, tuvo una descompensación física (irritabilidad, dolor de cabeza, mareos, náuseas y

angustia), el cual se mantuvo, de manera recurrente, 6 meses. En enero del 2019 su hijo Pablo (33 años) lo internan por un problema de salud y al mes le dan de alta, el joven decide ir a la casa de su madre para que ella lo cuide. Después de tres días, la evaluada tuvo una discusión con su nuera, debido a que quería ir a una fiesta con su hijo que estaba aún delicado de salud; logrando al final dicho cometido. Ana creyó que su nuera quería separar a su familia, que no amaba a su hijo porque no lo cuidaba. Esa misma noche, empezó a sentir miedo, sudoración, palpitación, sensación de ahogamiento y presión en el pecho, menciona que se sentía muy ansiosa y desganada, pensaba que las cosas que realizaba no eran importantes para los demás, que no importaba para su familia lo que ella pensara. En junio del 2019 su esposo cae enfermo por un problema de vesícula y pancreatitis, pensaba que su esposo podría recaer y llegar a morir si no lo cuidaba bien. Durante todo ese tiempo, estuvo indica que estuvo con mucha ansiedad (tenía dificultades para conciliar el sueño, presión en el pecho, sensación de ahogo), pero tratando de estar bien para poder cuidar a su esposo. En diciembre del 2019, viaja a cuzco con su familia. Menciona que no disfrutó el viaje, que era raro para ella no disfrutarlo, porque era algo que quería hacer hace mucho tiempo. Las actividades familiares se volvieron aburridas en lo consecuente. A inicios del 2020, disminuyeron los síntomas, hasta que se dio lo del confinamiento en el mes de abril, empezando a intensificarse otra vez su sintomatología. A inicios de julio del 2020 se enteró que un amigo suyo murió de cáncer y a finales del mismo mes, su esposo se contagió del Covid-19. Desde ese mes ha vuelto a manifestar los temblores en las manos, taquicardia, dificultades para dormir y la falta de aire todos los días. Asimismo, ha empezado a tener ideas de que algo malo le pasa a su cuerpo, que en cualquier momento puede caer enferma, miedo a contagiarse del covid19 o que algo malo le puede pasar a un familiar (en relación a una enfermedad). Ana, tiene diversas preocupaciones que le acusan

sintomatología física: irritabilidad, dificultad para relajarse, preocupación constante, dificultades en el sueño, tensión muscular, temblores, ritmo cardiaco acelerado, sudoración/escalofríos, sensación de ahogo y dolor en el pecho. También se siente preocupada por su esposo, quien tiene que cuidar a su mamá anciana que vive en el primer piso de su casa, se encuentra postrada en una cama sin poder caminar, se irrita porque la señora tiene 4 hijos, pero solo su esposo se hace cargo, ella piensa que su esposo puede enfermarse. Piensa en su enfermedad de la diabetes y teme morir como sus hermanos. También al pensar en sus hijos, siente miedo de que su hijo menor se separe de su esposa debido a que le gusta tomar alcohol hasta emborracharse cada fin de semana, piensa en su nieta que quedaría sin una familia constituida. Cuando piensa en su hijo mayor, le preocupa que trabaje tanto y que deje a sus nietos (de 13, 4 y 1 año) solos en casa durante el día.

Historia personal

La evaluada refiere que no tiene muchos recuerdos de esta etapa, pero que es consciente que tuvo una niñez vacía y con carencia de afecto, debido a que sus padres siempre trabajaban. Ella siempre quiso que su mamá esté en su casa, pero no podía ya que trabajaba en el mercado desde muy temprano hasta la noche. Su madre solía dejarla donde sus tíos para que la cuiden, pero cuando estaba ahí, había problemas con ellos y con sus primas, no se sentía a gusto. Menciona que la inculpaban de cosas que no había hecho y ella sólo se quedaba callada y se ponía triste.

Su padre era alcohólico y cuando llegaba a casa, a veces golpeaba a su madre, a ella y a sus hermanos. Ella le tenía cólera y se sentía triste, porque no podía hacer nada para evitarlo. Evadía los problemas de su hogar realizando sus actividades escolares o los quehaceres de la

casa. No tenía muchos amigos por su casa, sólo en el colegio, pero sólo los frecuentaba en ese ámbito.

La relación con sus hermanos era distante. Se llevaban bien (no discutían), pero no conversaban mucho, ni pasaban mucho tiempo juntos. Ella es la tercera de 5 hermanos, sus hermanos mayores ayudaban a su madre en el trabajo, no paraban en casa y cuando llegaban, ella los atendía. La relación con los dos hermanos menores era mejor, debido a que paraban más en casa y compartían algunas actividades.

Educación

Empezó el colegio a los 8 años (primero de primaria). Seguía al pie de la letra las normas del colegio, era muy estudiosa y uno de los primeros puestos. No presentaba dificultades en ningún curso. Tenía varios amigos dentro de la escuela, pero no los frecuentaba fuera de ella.

A los 13 años empezó secundaria, en esta etapa de su vida los problemas de su hogar eran mayores; debido a esto, se sentía muy ansiosa (se comía las uñas de las manos, presentaba sudoración en las manos y frente) en la mayoría del tiempo. Para evitar pensar en esos problemas y generar más, se dedicaba mucho a sus labores escolares.

Al terminar el colegio, a los 18 años, estudió una carrera técnica de auxiliar de contabilidad, la cual nunca pudo ejercer.

Trabajo

Trabajó por primera vez a los 17 años en un puesto en el mercado (el negocio de su madre), vendiendo verduras. Duró 5 años en este trabajo y lo dejó porque se casó con su esposo y se fue a vivir con él a otro lugar. A los 30 años, trabajó administrando un negocio familiar de

ventas de cerveza, duró 5 años y lo dejó por un conflicto con su tío, dueño del negocio, quién pensó que ella estaba hurtando dinero. Ese trabajo le generaba mucho estrés, ya que también criaba a sus hijos a la par. Presentaba sintomatología parecida a la actual, en aquel entonces.

Cambios de residencia

Vivió en lima, en la misma casa, desde que nació hasta que se casó. En las vacaciones del colegio, iba a visitar a sus abuelos en Huaral, se quedaba unos meses allá. Menciona que se sentía muy cómoda estando con ellos.

A los 24 años se fue con su esposo a Cerro de Pasco, por motivos de trabajo (policía). Se fue triste, porque era la primera vez que iba a vivir fuera de su ciudad. Le costó varios meses adaptarse a dicho lugar. Estando allá, cambió de residencia 5 veces. Su esposo consumía alcohol con frecuencia y le fue infiel a los 5 años de casados, acto que fue difícil de afrontar, pero ella lo perdonó y se reconciliaron. En ocasiones, su pareja llegaba borracho y la golpeaba. Cuando su primer hijo tenía dos años, ella decide terminar la relación y regresa a lima; dos días después llegó su esposo, conversaron y se reconciliaron. Después de eso, su pareja solicita trabajar en Lima y lo aceptan. Desde aquel entonces, se mudaron a una casa del distrito de Villa el Salvador.

Accidentes y enfermedades

A los 47 años le diagnosticaron quistes en el útero, por lo que tuvo que consumir hormonas para curarse.

A los 54 años le diagnostican diabetes. Lo trató de sobrellevar con optimismo, pero se sintió emocionalmente afectada debido a que todos sus hermanos tienen diabetes. A la actualidad dos hermanos suyos han fallecido por dicha enfermedad.

A los 58 años, le diagnostican trastorno de ansiedad generalizada, por lo cual le medican clonazepam y le recomiendan psicoterapia cognitiva conductual.

Vida sexual

La evaluada tuvo su menarquía a los 12 años. Dicho evento fue aterrador, debido a que no tenía conocimiento alguno de eso, no sabía por qué sangraba. Cuando sucedió, recibió asesoramiento de su hermana y de su madre.

Los primeros conocimientos sexuales, lo tuvo en la secundaria (13 años) escuchando a sus amigas mayores; eso le daba mucha curiosidad. Su primer enamorado lo tuvo a los 18 años con el cual duró 2 años, menciona que la relación fue muy bonita, que experimentó algo que no había recibido en su familia: cariño. Fue raro para ella el sentir afecto por parte de un hombre, pero le hacía sentir muy bien. A la edad de 20 años, tuvo su primer acercamiento sexual con dicho enamorado, en donde hubo tocamientos, pero no llegó a tener relaciones sexuales. Le dio mucho miedo que no pueda controlarse una próxima vez y quedar embarazada; por esa razón, decidió terminar la relación. Después tuvo otros enamorados, pero no duraba muchos meses por el mismo miedo de poder perder el control en el manejo de su deseo sexual y quedar embarazada. A los 21 años, tuvo un enamorado con el cual duró un año. Ella se enteró que el chico tenía familia, pero él le decía que estaban separados y ella le creía, pero igual sentía que estaba mal seguir con esa relación, meses después tuvo relaciones sexuales por primera vez con esa pareja. Menciona que la experiencia fue dolorosa y que no lo disfrutó, al igual que las tres veces posteriores que estuvo con él.

Finalmente, conoció a su esposo a los 22 años y desde que estuvo con él, ha disfrutado de las relaciones sexuales. Considera que tiene dificultades para excitarse, pero que, con juegos

previos, puede lograrlo. Asimismo, le es dificultoso tener orgasmos. En la actualidad, tiene relaciones sexuales poco frecuente, se sentía mal porque cuando su esposo tuvo Covid – 19, no podían darse besos, pero si mantenían relaciones sexuales, se sentía triste, debido a que siente la necesidad de afecto físico por parte de su esposo.

Sueño

La paciente presenta dificultades para conciliar el sueño. Duerme entre 6 a 7 horas diarias, pero suele despertarse durante la noche entre 1 y 2 veces. Cuando esto sucede, siente un elevado grado de ansiedad y suele pensar que algo malo le va a pasar. No tiene pesadillas con frecuencia, pero menciona tenerlas los días que se siente extremadamente ansiosa.

Hábitos

Durante el día suele hacer los quehaceres de la casa, tales como limpiar y cocinar. En sus tiempos libres, ve televisión. Antes de la pandemia, salía con más frecuencia a visitar a sus nietos. Es católica, pero no suele ir con frecuencia a la iglesia. Le gusta viajar, aunque el deseo de hacerlo ha bajado en los últimos años por miedo a que le pueda pasar algo (como algún accidente o enfermedad). No le agrada mucho las fiestas, prefiere las reuniones familiares. No le gusta fumar, ni beber alcohol, aunque esta última puede hacerlo en dosis muy pequeñas, sólo por situaciones especiales.

Actitud para con la familia

Vive con su esposo en una casa comprada por ellos. La paciente refiere que tienen una relación basada en el respeto. La paciente teme salir de casa sola, teme contagiarse del Covid-19, por eso le pide a su esposo que la acompañe cuando tiene que ir a recoger sus medicamentos al

hospital, el esposo es encargado de hacer las compras para el hogar. Siente que necesita de su esposo para poder seguir adelante, ya que él simboliza su seguridad.

Sus hijos son independientes y se comunica con ellos eventualmente. Su hijo mayor le gusta tomar alcohol hasta emborracharse, teniendo problemas con su esposa; ella se siente preocupada por él y por su matrimonio, piensa en su nieta que sufriría mucho por una separación de sus padres y empieza a sentir palpitación, sudoración en las manos, dolor en el pecho y sensación de ahogo, todo esto ocurre cuando su vecina la llama por teléfono avisándole que su hijo está reunido con sus amigos del barrio tomando cervezas. Por otra parte, su hijo mayor junto a su esposa tiene un trabajo con horarios que no le permiten cuidar a sus tres hijos menores, entre ellos un bebé; ella siente angustia y miedo de que a sus nietos les pueda pasar algo estando solos en su casa mientras que sus padres trabajan.

Actitud frente a la enfermedad o problema

La evaluada refiere no saber qué hacer, siente que no puede controlar sus pensamientos. Asimismo, cumple con su medicación brindada por el psiquiatra. Trata de ser optimista, pensando que irá mejorando en el futuro y que sus síntomas mejorarán.

Aspectos de vivienda

Vive en una casa de dos pisos, de material noble. En el primer piso está viviendo su suegra quien se encuentra delicada de salud y no puede caminar. En el segundo piso ella cuenta con 3 habitaciones que tiene todos los servicios. Se siente cómoda con su hogar, siente que es acogedora, aunque la zona en donde está situada, en ocasiones, se torna peligrosa por los delincuentes.

Historia familiar

Su padre falleció hace 15 años, a la edad de 67 de cáncer al pulmón. Era alcohólico, tenía prostatitis e hipertensión. A su vez, su personalidad era cambiante; cuando estaba sobrio era cariñoso, pero con los efectos del alcohol era muy violento. La evaluada menciona que parecía ser una persona infeliz, que buscaba escapar de sus problemas, a través del alcohol. Tenía un estilo de crianza autoritario y negligente. Siempre paraba en conflictos con las personas y era mujeriego. La relación que tenía con él fue distante, conversaban muy poco y, en ocasiones, discutían, debido a su manera de comunicarse, frívola y sin tino.

Su mamá tiene 84 años y tiene diabetes controlada, lo que le permite llevar una vida tranquila. Su forma de ser ha ido cambiando con los años, pero la paciente menciona que su madre es una mujer muy fuerte, debido a que ha soportado lidiar con el alcoholismo de su padre y fue el único sustento económico del hogar. La relación con la madre fue distante, por motivos laborales. Esta fue caracterizada por la falta de afecto y la ausencia de tiempo brindado. La evaluada piensa que su madre nunca la quiso, actualmente su madre vive en Huaral junto a una de sus hermanas.

La evaluada es la tercera de cinco hermanos. La hermana mayor tiene 65 años. Tiene problemas con el hígado, pero se encuentra estable. Su forma de ser es autoritaria y con falta de empatía, suele ser muy cruda al decir las cosas sin pensar en el daño que puede generarle a los demás. La relación con ella actualmente es adecuada. Conversan con frecuencia. La evaluada menciona que antes no fue así, debido a que sentía que su hermana no se preocupaba por su bienestar y que la dejó de lado en el pasado.

El segundo hermano falleció de diabetes hace 5 años. Tenía un estilo de vida irresponsable, caracterizándose por el consumo de alcohol y la ausencia de metas a futuro. La relación con él era distante, hablaban muy poco, aunque cuando esto sucedía ella le aconsejaba, pero no había respuesta favorable de su parte. Su penúltimo hermano menor se llamaba Arturo, falleció hace 3 años por complicaciones con la diabetes. Su forma de ser era parecida a su hermano anterior y su relación con ella también era distante. Su hermano menor tiene 55 años y presenta diabetes. La relación con él es distante, pero menciona que se encuentra encaminado en sus metas y no presenta un estilo de vida que le dificulte su salud.

Con respecto a su familia actual, su esposo tiene 58 años y es policía. Menciona que su personalidad se caracteriza por ser introvertido y suspicaz. No tiene muchos amigos. En el hogar es colaborador y condescendiente con las labores de la casa. Hace unos años, su esposo le fue infiel y nunca lo aceptó, eso repercutió de manera significativa en el estado de ánimo de la evaluada. En la actualidad, su relación es buena, menciona ya haber aceptado y superado dicho evento, sin embargo, a veces ella se pone irritable con él, porque siente que no la entiende cuando se pone mal y tiene los síntomas de ansiedad.

Su hijo mayor tiene 35 años. Estudió ciencias de la comunicación y, aunque no terminó dicha profesión, trabaja en una empresa dedicada a su rubro de estudio. Es casado y tiene tres hijos (varones de 14,4 y 1 año). Su forma de ser es tranquilo, poco conversador, con tendencia a la introversión. La relación con su hijo es buena, se comunican seguido.

Su hijo menor tiene 33 años, trabaja de seguridad. Presenta una forma de ser dominante, terco y rebelde. Esto ha ido cambiando con el pasar del tiempo. Es casado y tiene una hija de 7 años. Consume alcohol con frecuencia, dicha conducta le está provocando problemas en su matrimonio.

2.5.4 Evaluación psicométrica

Informe psicológico: Escala de autovaloración de ansiedad de Zung

Datos de filiación

Nombre	: Ana
Sexo	: Femenino
Edad Actual	: 58 años
Fecha de Nacimiento	: 08 de marzo de 1962
Nivel de instrucción	: superior técnico
Fecha de evaluación	: 04 de enero del 2021
Duración de la evaluación	: 15 minutos
Examinador	: Patricia Velasco Huamán

Motivo de evaluación

Medir los niveles de ansiedad a través de la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Escala de autovaloración de ansiedad de Zung

Resultados

Grado máximo de ansiedad, puntaje total 51, índice EAA 54.

Interpretación

La intensidad más frecuente de ansiedad en la paciente, es de grado máximo, presentando los siguientes síntomas fisiológicos: acaloramiento, dificultad para dormir y relajarse, dolor de cabeza, agitación, presión en el pecho, taquicardia, sensación de ahogo, problemas digestivos, desvanecimiento y sudoración. En el aspecto emocional, presenta temor a que ocurra lo peor, angustia, temor, inseguridad, inquietud, miedo al futuro, a que le pueda pasar algo malo a un familiar o a ella misma.

Conclusiones

Paciente con ansiedad y preocupación excesiva, que le produce inestabilidad en distintas áreas de su vida.

Recomendaciones

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

Intervención psicológica.

Informe psicológico: Escala de autovaloración de depresión de Zung

Datos de filiación

Nombre	: Ana
Sexo	: Femenino
Edad Actual	: 58 años
Fecha de Nacimiento	: 08 de marzo de 1962
Nivel de instrucción	: superior técnico

Fecha de evaluación : 04 de enero del 2021
Duración de la evaluación : 15 minutos
Examinador : Patricia Velasco Huamán

Motivo de evaluación

Medir los niveles de depresión a través de la Escala de autovaloración de depresión de Zung.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Escala de autovaloración de depresión de Zung

Resultados

Depresión situacional, puntaje total 54, índice EAMD 68.

Interpretación

De acuerdo a los resultados la paciente evidencia una Depresión situacional; frecuentemente se encuentra triste con la sensación de no poder superar ese sentimiento, siente desánimo y angustia frente al futuro. Le resulta difícil disfrutar su presente y tomar decisiones.

Conclusiones

Paciente con depresión moderada situacional producto a presentar pensamientos irracionales frente al contexto en el que se desenvuelve.

Recomendaciones

Entrenamiento en respiración y relajación: técnica diafragmática y la Relajación Progresiva.

Terapia cognitiva y reestructuración cognitiva.

Intervención psicológica.

Informe psicológico: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III**Datos de filiación**

Nombre : Ana

Sexo : Femenino

Edad Actual : 58 años

Fecha de Nacimiento : 08 de marzo de 1962

Nivel de instrucción : superior técnico

Fecha de evaluación : 11 de enero del 2021

Duración de la evaluación : 50 minutos

Examinador : Patricia Velasco Huamán

Motivo de evaluación

Evaluar rasgos de Personalidad.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Resultados

En Patrones clínicos de la personalidad se ubica con un puntaje de 69, como indicador sugestivo a la categoría dependiente. En Patología severa de la personalidad, ubicamos con un puntaje de 60, como indicador sugestivo a la categoría paranoide. En Síndromes clínicos, con un puntaje de 88 que representa indicador elevado en Trastornos de ansiedad. Finalmente, en Síndromes clínicos graves encontramos con un puntaje de 64, el indicador sugestivo en Desorden delusional.

Interpretación

Ana, evidencia como síndrome clínico el Trastorno de ansiedad, encontrándose como indicador elevado; de esta manera evidencia como la paciente percibe su entorno con temor, teniendo dificultades para afrontar las situaciones de vida que presenta. Tenderá a evitar situaciones de estrés, sin embargo, cuando no logra hacerlo, sentirá ansiedad manifestada en pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas como presión en el pecho, palpitación acelerada, sensación de ahogo, dolores de cabeza y articulaciones u otro tipo de síntomas. La evaluada presenta dificultades para dormir y conseguir relajarse. Tiende a percibir su realidad de manera subjetiva mas no objetiva, por lo que le dificulta encontrar soluciones ante los problemas que presenta afectándola en diferentes áreas de su vida, principalmente la familiar.

Conclusiones

La paciente presenta Trastorno de Ansiedad.

Recomendaciones

Entrenamiento en respiración y relajación: técnica Diafragmática, la Relajación Progresiva.

Reestructuración cognitiva.

Intervención psicológica.

Informe psicológico: Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

Datos de filiación

Nombre : Ana
Sexo : Femenino
Edad Actual : 58 años
Fecha de Nacimiento : 08 de marzo de 1962
Nivel de instrucción : superior técnico
Fecha de evaluación : 18 de enero del 2021
Duración de la evaluación : 20 minutos
Examinador : Patricia Velasco Huamán

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 28 puntos, ubicándose en la categoría SOBREPROMEDIO.

Ansiedad de rasgo A-R 35 puntos, ubicándose en la categoría ALTO.

Interpretación

La paciente presenta un nivel por encima del promedio de Ansiedad de estado, presentando diversos síntomas fisiológicos como la tensión, cansancio, contracción muscular. 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.

Por otro lado, presenta Ansiedad de rasgo en niveles altos 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; presenta pensamientos que le causan angustia sobre diferentes situaciones actuales que vive, asimismo, cuando piensa en posibles situaciones del futuro.

Conclusiones

Paciente presenta Ansiedad Estado en la categoría sobrepromedio y Ansiedad Rasgo en la categoría de alto.

Recomendaciones

Entrenamiento en respiración y relajación: técnica Diafragmática y la Relajación Progresiva. Reestructuración cognitiva.

Intervención psicológica.

Informe psicológico: registro de opiniones e inventario de creencias irracionales de Albert Ellis forma A

Datos de filiación

Nombre : Ana
Sexo : Femenino
Edad Actual : 58 años
Fecha de Nacimiento : 08 de marzo de 1962
Nivel de instrucción : superior técnico
Fecha de evaluación : 25 de enero del 2021
Duración de la evaluación : 30 minutos
Examinador : Patricia Velasco Huamán

Motivo de evaluación

Conocer creencias irracionales.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista

Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis Forma A

Resultados

Tabla 2

Resultados de creencias irracionales

Tipo de creencia	Creencia	Puntaje obtenido
1	Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	8
2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	8
3	Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.	4
4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	8
5	Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.	9

Tipo de creencia	Creencia	Puntaje obtenido
6	Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	9
7	Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	7
8	Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	6
9	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	3
10	La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	4

Interpretación

La paciente se encuentra con la creencia irracional que tiene que sentirse aceptada, amada y respetada por todas las personas que conoce y la única forma de lograr esto es no negarse ante alguna petición que alguno le hagan. Esto ocurre con sus hijos, esposo, familiares y amistades.

Ana presenta el sentimiento de frustración cada vez que comete un error, sintiéndose mal emocionalmente cuando tiene una equivocación.

La evaluada presenta angustia al no poder tener el control sobre la vida y decisiones de sus hijos. Refiere que sufre por la situación de la pandemia y las restricciones que le ha conllevado a tener.

Ana percibe un mundo atemorizante, donde no se percibe como un ente activo sino pasivo, cree que la enfermedad del covid19 tiene control sobre su sentir, actuar y pensar.

La paciente sostiene que mientras más nos preocupamos mejor estaremos preparados para afrontar las situaciones. Sentir angustia y miedo ante algo incierto es normal y es así que refuerza su ansiedad cuando piensa en la enfermedad o muerte de alguno de sus seres queridos.

Ana tiende a evitar y no confrontar situaciones que le producen algo un tipo de malestar, por ejemplo, es consciente que no es buena la vida que está teniendo su hijo menor con el abuso del alcohol, sin embargo, evita hablar con él al respecto. Por otro lado, no le agrada que su esposo se encargue todo el tiempo del cuidado de su madre y que este deber no lo comparta con sus demás hermanos, pero evita conversar con él sobre el tema, pero se muestra irritable.

Conclusiones

La evaluada presenta las siguientes creencias irracionales que la limitan en muchas áreas de su vida:

- “Es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo”.

- “Uno tiene que ser muy competente y saber resolverlo todo si quiere considerarse necesario y útil”.
- “Es horrible que las cosas no salgan de la misma forma que a uno le gustaría”.
- “La desgracia humana es debida a causas externas y la gente no tiene ninguna o muy pocas posibilidades de controlar sus disgustos y trastornos”.
- “Si algo es o puede ser peligroso o atemorizante, hay que preocuparse mucho al respecto y recrearse constantemente en la posibilidad de que ocurra”.
- “Es más fácil evitar que hacer frente a algunas dificultades o responsabilidades personales”.

Recomendaciones

Reestructuración Cognitiva.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Nombre	: Ana
Sexo	: Femenino
Edad Actual	: 58 años
Fecha de Nacimiento	: 08 de marzo de 1962
Nivel de instrucción	: superior técnico

Fecha de evaluación : 25 de enero del 2021

Examinador : Patricia Velasco Huamán

Motivo de evaluación

Evaluación Integral

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Escala de autovaloración de ansiedad de Zung

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

Registro de Opiniones – Forma A

Resultados

La evaluada presenta una estructura de la personalidad con tendencia a la introversión y dependiente, caracterizándose por la falta de interés para socializar con personas nuevas en su entorno y por las dificultades para tomar decisiones por su cuenta; habiendo una mayor valoración por la figura masculina, principalmente, la de su esposo. A su vez, opta por tomar conductas evitativas como medio de afrontamiento a situaciones problemáticas, enfocándose en realizar actividades para no pensar en dicho problema.

En el área cognitiva, presenta pensamientos rumiantes con respecto a problemas de salud que podría tener; costándole poder controlarlo.

En el área emocional, suele presentar un estado de ánimo melancólico y ansioso ante la presencia de dificultades cotidianas. Estas se caracterizan por la ausencia o el bajo deseo de querer realizar actividades que le generen placer y dificultad para poder estar tranquila; sintiéndose en un estado de alerta constante, con sintomatología física, varias veces por semana.

En la escala de autovaloración de depresión de Zung, tiene como resultado un puntaje total 54, con un índice EAMD 68 que la ubica en la categoría de Depresión situacional, lo cual significa que presenta un estado de ánimo triste de acuerdo a la realidad que percibe en su actualidad; por otro lado, en la escala de autovaloración de ansiedad de Zung, obtuvo un índice de 54, la cual la categoriza dentro de una ansiedad de grado máximo. Corroboran dichos resultados con su estado de ánimo habitual.

En el área familiar, presenta una dinámica funcional, la cual se caracteriza por un estilo de comunicación asertivo entre los miembros (la evaluada y su esposo). Asimismo, las decisiones del hogar se dan por parte de la figura masculina (su esposo), siendo esto aceptado de manera adecuada por la paciente.

Conclusiones

Niveles de ansiedad de estado sobrepromedio y ansiedad rasgo alto.

Trastorno de ansiedad Generalizada.

Recomendaciones

Para Paciente: Terapia cognitiva conductual para el cuadro clínico de ansiedad generalizada.

Para la familia: apoyo de los miembros de la familia durante el proceso de la intervención de psicoterapia cognitiva conductual

Diagnóstico

a. Diagnóstico funcional

Listado de conductas funcionales

Comprometida con el plan de tratamiento.

Responsable en cumplir cada actividad y tarea.

Lista de conducta disfuncionales

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Análisis funcional trastorno de ansiedad generalizada

Tabla 3

Análisis funcional del TAG

ESTÍMULO DISCRIMINATIVO	RESPUESTA	ESTÍMULO REFORZADOR
E.D. EXTERNO	FISIOLÓGICO:	E.R. EXTERNO
La vecina la llama por teléfono para decirle que su hijo menor está tomando alcohol con sus amigos del vecindario.	Tensión muscular, taquicardia, sudoración en el rostro, cuello y espalda, dolor de cabeza, presión en el pecho, dificultades para conciliar el sueño y llanto, fatiga.	Su esposo le dice: “si tu hijo se separa él será el único responsable”; “mírate, por su culpa te pones mal”.
Escucha las noticias, el número de contagios del covid19.	EMOCIONAL:	La vecina le dice: “pobre de ti vecina, tienes un hijo alcohólico”, “debiste de ponerle límites hace tiempo”.
Su esposo se contagia del Covid-19.	ansiedad (9/10)	Su esposo accede en ir al mercado para comprar los víveres.
Su esposo se va al primer piso a cuidar a su madre.	preocupación (9/10)	Su esposo accede a acompañarla cuando
Mira la foto de sus nietos.	irritabilidad (8/10)	tiene que salir de casa.
Va al hospital a recoger sus medicamentos.		

ESTÍMULO DISCRIMINATIVO	RESPUESTA	ESTÍMULO REFORZADOR
Quedarse sola en casa.	PENSAMIENTO:	El glucómetro le mide 130.
E.D. INTERNO	“Seguro mi hijo borracho terminará peleándose con alguien”. “Su esposa querrá separarse de mi hijo por borracho”.	Decretan a la diabetes como enfermedad de riesgo y vulnerabilidad para el covid19.
Autoverbalizaciones:	“Mi nieta quedará sin familia al divorciarse sus padres”.	E.R. INTERNO
“si mi hijo sigue emborrachándose va a empeorar su situación familiar”.	“Me preocupa no poder hacer nada por mis hijos”.	Autoafirmaciones
“todo el mundo está viendo a mi hijo borracho”.	“Me voy a enfermar, algo malo me va a pasar”.	“Soy una mala madre”.
“que mala madre he sido, ¿en qué me confundí?”.	“Me voy a enfermar, algo malo me va a pasar”.	“Me falta la respiración, debo estar contagiada”.
“¿hasta cuándo seguirá esto del Covid?”	“y si mi esposo se pone mal ¿Cómo hago para llevarlo a emergencia?”.	“estoy realmente mal, mi glucosa está elevada”.
“Seguro yo también estoy contagiada”.	“¿Si me da un coma diabético?”	
	“Seguro me voy a contagiar, luego debo de ir al hospital, en el hospital no hay camas,	

ESTÍMULO DISCRIMINATIVO	RESPUESTA	ESTÍMULO REFORZADOR
“ya quiero que todo vuelva a ser como antes”.	no ha oxígeno, hay mucha gente que está mal, me puedo morir esperando ayuda”.	
“las cosas se están poniendo peor cada día”.	“No puedo controlar sentirme mal”.	
“Mi esposo puede enfermarse”. “mis nietos están cuidándose solos, les puede pasar muchas cosas”	CONDUCTA MOTORA: Se hecha a su cama y deja de hacer las actividades que estaba haciendo. Prende la televisión para ver noticias.	
“hay tanta gente en el hospital que pueden contagiarme”.	No quiere salir sola y pide a su esposo que la acompañe.	
“soy persona vulnerable con la enfermedad de la diabetes”.	Evita salir a comprar a la calle, pide a su esposo que lo haga o pide delivery.	
“no puedo salir a ningún lugar”.	Empieza a ver su serie para distraerse y	
“no puedo solucionar mis problemas”	presenta dificultad para concentrarse.	
DIMENSIONES DE LA CONDUCTA:		

ESTÍMULO DISCRIMINATIVO	RESPUESTA	ESTÍMULO REFORZADOR
	Duración: Variable	
	Frecuencia: Todos los días de la semana	
	Intensidad: Ansiedad 9/10	
	Duración: Variable	
	Frecuencia: Todos los días de la semana	
	Intensidad: preocupación 9/10	

b. Diagnóstico clínico tradicional (CIE-10)

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada

La paciente presenta los síntomas más de seis meses con tensión prominente, preocupación constante sobre los acontecimientos y problemas de su vida diaria.

En cuanto a la sintomatología autónoma presenta: palpitaciones al corazón, ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, sensación de mareos, náuseas, miedo a perder el control, a volverse loca o a perder la conciencia, miedo a morir. En cuanto a los síntomas generales, la paciente presenta: tensión, dolores o molestias musculares, inquietud e incapacidad para relajarse, sentimiento de estar “al límite”, dificultad para concentrarse o dejar la

“mente en blanco” a causa de la preocupación de la ansiedad, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Los síntomas que presenta la paciente no se debe a un trastorno orgánico o al consumo de sustancias psicoactivas.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 4

Plan de intervención y calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Técnicas de tratamiento
1	04/01/21	60min	Semanal	Entrevista psicológica Contrato terapéutico. Aplicación de pruebas pre test: Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI).
2	11/01/21	60min	Semanal	Entrevista psicológica Aplicación de pruebas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Técnicas de tratamiento
				Psicoeducación Autoregistros
3	18/01/21	60min	Semanal	Psicoeducación Introducción a la reestructuración cognitiva Técnica de visualización. Técnica de respiración diafragmática Programación de actividades Autoregistros Aplicación: Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.
4	25/01/21	60min	Semanal	Psicoeducación Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson abreviada. Autoregistros Técnica de control de estímulos

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Técnicas de tratamiento
5	01/02/21	60min	Semanal	Reestructuración cognitiva: ABC Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson abreviada.
6	08/02/21	60min	Semanal	Técnica de detención del pensamiento. Técnica de reestructuración cognitiva: ABCDE
7	15/02/21	60min	Semanal	Psicoeducación Técnica de reestructuración cognitiva: ABCDE
8	22/02/21	60min	Semanal	Técnica del Procesamiento elaborativo del presente. Entrenamiento en Autoinstrucciones.
9	01/03/21	60min	Semanal	Entrenamiento en resolución de problemas. Aplicación de pruebas post test: Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI).
10	15/03/21	60min	Quincenal	Programación de actividades. Prevención de recaídas.

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Técnicas de tratamiento
				Resolución de problemas. Aplicación de Post test: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III
11	29/03/21	60min	Quincenal	Prevención de recaídas. Resolución de problemas. Aplicación de Post test: Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.
12	12/04/21	60min	Mensual	Prevención de recaídas. Alta psicológica. Cierre del programa de intervención.

2.6.2 Programa de intervención

Tabla 5

Programa de intervención

N°	SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión N° 1 04/01/21	Motivo de consulta.	Se logra el rapport con la paciente. Se detalla el contrato terapéutico. La paciente resuelve las pruebas brindadas.	Entrevista psicológica Contrato terapéutico. Aplicación de pruebas pre test: Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAD).	Entrevista psicológica Contrato terapéutico. Aplicación de pruebas pre test: Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAD).	Realizar el registro de conductas en el transcurso de los días hasta la próxima sesión, identificando y registrando pensamientos, situaciones y emociones.

N°				
SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión N° 2 11/01/21	Evaluar los antecedentes personales y familiares. Brindar psicoeducación sobre la ansiedad, el TAG.	Se le aplica a la paciente el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Se realiza una introducción sobre la ansiedad patológica y la ansiedad adaptativa.	Entrevista psicológica Aplicación de pruebas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Psicoeducación	Realizar el registro de conductas en el transcurso de los días hasta la próxima sesión, identificando y registrando pensamientos, situaciones y emociones.
Sesión N° 3 18/01/21	Reducir la sintomatología fisiológica asociadas al TAG.	¿Qué es la ansiedad? (mitos y verdades). Información al paciente sobre la naturaleza del TAG. Objetivos y metodología del tratamiento.	Psicoeducación Introducción a la reestructuración cognitiva Técnica de visualización.	Realizar un autoregistro de las preocupaciones que presenta la paciente identificando su

N°	SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
			<p data-bbox="688 415 1188 737">Análisis funcional: (Antecedente-Conducta-Respuesta). mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas.</p> <p data-bbox="688 781 1188 956">Psicoeducación de los efectos en nuestro organismo de la respiración consiente.</p>	<p data-bbox="1220 342 1549 448">Técnica de respiración diafragmática</p> <p data-bbox="1220 488 1398 594">Programación de actividades</p>	<p data-bbox="1577 342 1885 448">Antecedente-Conducta-Respuesta.</p> <p data-bbox="1577 488 1885 886">Realizar su programación de actividades de forma diariamente, teniendo en cuenta actividades de recreación y nuevas.</p> <p data-bbox="1577 927 1885 1179">Practicar la técnica de respiración diafragmática y visualización.</p>

N°					
SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES	
Sesión N°4 25/01/21	Reducir sintomatología fisiológica asociadas al TAG.	la Se realiza la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson. Se le pide a la paciente que realice la técnica de control de estímulos, seleccionando un tiempo y lugar determinado para exacerbar todas sus preocupaciones diarias. Se le aplica el Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.	Psicoeducación Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Técnica de control de estímulos. Aplicación: Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.	Realizar la técnica de Jacobson diariamente en un lugar y horario que le favorezca para la relajación. En su programación de actividades diarias, tener un horario reservado para realizar la técnica de control de estímulos.	
Sesión N°5 01/02/21	Reducir creencias irracionales.	Se le brinda psicoeducación a la paciente de las 10 principales creencias irracionales de Ellis: necesidad de	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva: ABC	Realizará un autoregistro diario de pensamientos que le	

N°	SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
			<p>aceptación, altas autoexpectativas, culpabilizarían, reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, preocupación acerca de futuros problemas, evitación de problemas, dependencia, indefensión y perfeccionismo.</p>		<p>produzcan ansiedad identificando las creencias irracionales de cada uno de ellos.</p>
	<p>Sesión N°6 08/02/21</p>	<p>Reducir creencias irracionales</p>	<p>Se realiza junto a la paciente la técnica del ABCDE, donde se resalta la importancia del cuestionamiento ante los pensamientos irracionales.</p>	<p>Técnica de reestructuración cognitiva: ABCDE Técnica de detención del pensamiento.</p>	<p>Realizará diariamente el llenado del registro de la técnica ABCDE trabajada en sesión.</p>

N°	SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
			Se enseña a la paciente la técnica de detención del pensamiento para saber cómo actuar ante un pensamiento rumiante que le produce niveles de ansiedad.		
	Sesión N°7 15/02/21	Reducir creencias irracionales	Realizar con la paciente la técnica de la Técnica de restructuración cognitiva: ABCDE	Psicoeducación Reestructuración cognitiva: ABCDE	Realizar cada día el registro de la técnica ABCDE en situaciones diarias.
	Sesión N°8 22/02/21	Reducir creencias irracionales	Se trabaja enfocando a la paciente en situaciones reales que acontecen en el presente. Diferencia entre la objetividad y subjetividad. Diferencias	Técnica del Procesamiento elaborativo del presente.	Se realiza el autoregistro de las preocupaciones presentes identificando en que tiempo se

N°				
SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
		Se evalúa a la paciente con las pruebas.		
Sesión N°10 29/03/21	Incorporar habilidades de afrontamiento Evaluar el post test.	Se le pide a la paciente que realice un listado de los logros alcanzados al presente desde que empezó la sesión. Se realiza ejercicios de resolución de problemas. Se evalúa a la paciente con el Millon III.	Programación de actividades. Prevención de recaídas. Resolución de problemas. Aplicación de Post test: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	
Sesión N°11 12/04/21	Incorporar habilidades de afrontamiento Evaluar el post test.	Se considera las vivencias que la paciente hay tenido en estos días, el manejo que ha tenido frente a situaciones que antes le provocaba ansiedad.	Prevención de recaídas. Resolución de problemas. Aplicación de Post test: Registro de Opiniones e Inventario de	

N°	SESIÓN	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
			Se le aplica el Inventario de Creencias Irracionales de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.	Albert Ellis forma A.	
	Sesión N°12	Lograr preparar a la paciente para posibles recaídas.	Se considera las vivencias que la paciente hay tenido en estos días, el manejo que ha tenido frente a situaciones que antes le provocaba ansiedad.	Reforzar la prevención de recaídas. Alta psicológica. Cierre del programa de intervención.	
	12/05/21	Se da por culminado del programa.			

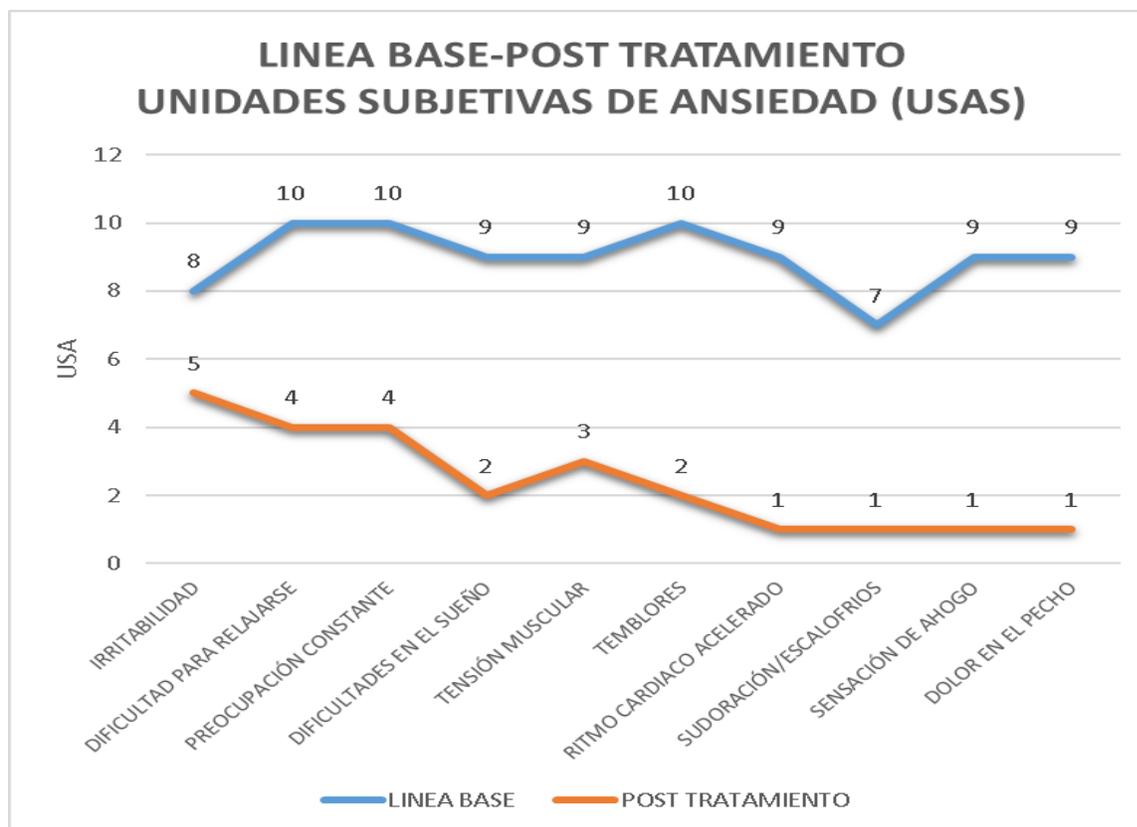
III. Resultados / resultados esperados

3.1 Análisis de resultados

De acuerdo a la sintomatología fisiológica, se puede observar que existe una clara disminución en las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA), entre la línea base y el post tratamiento, logrando así reducir los síntomas fisiológicos asociados al TAG como: la irritabilidad, dificultad para relajarse, preocupación constante, dificultades en el sueño, tensión muscular, temblores, ritmo cardiaco acelerado, sudoración/escalofríos, sensación de ahogo y dolor en el pecho, mediante la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson abreviada y la visualización positiva principalmente como observamos en la Figura 1.

Figura 1

Línea base- post tratamiento



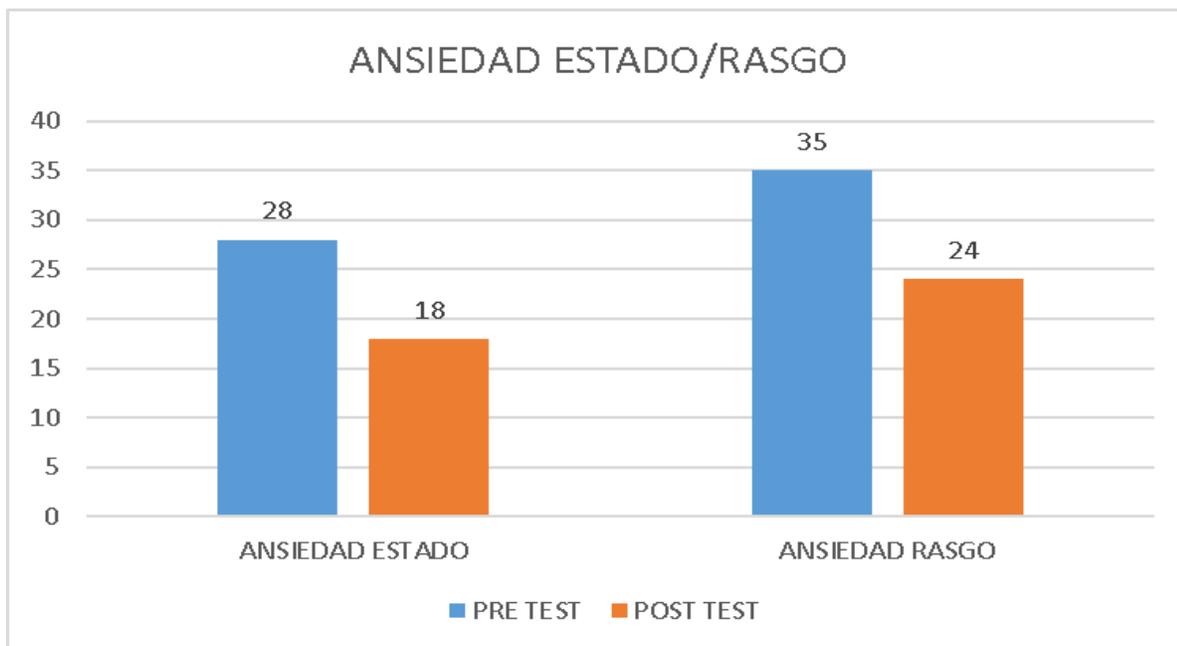
Como resultado del Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), se evidencia una disminución de la Ansiedad Estado (AE) y la Ansiedad Estado Rasgo (AR) validado con el pre test y el post test.

De la categoría Sobrepromedio de AE=28, logró disminuir a la categoría Tendencia Promedio con un puntaje de AE=18.

En cuanto a la AR, de la categoría Alto de AR=35, logró disminuir a la categoría Promedio con un puntaje de AR=24. Esto lo podemos visualizar en la Figura 2.

Figura 1

Ansiedad estado- ansiedad rasgo pre y post

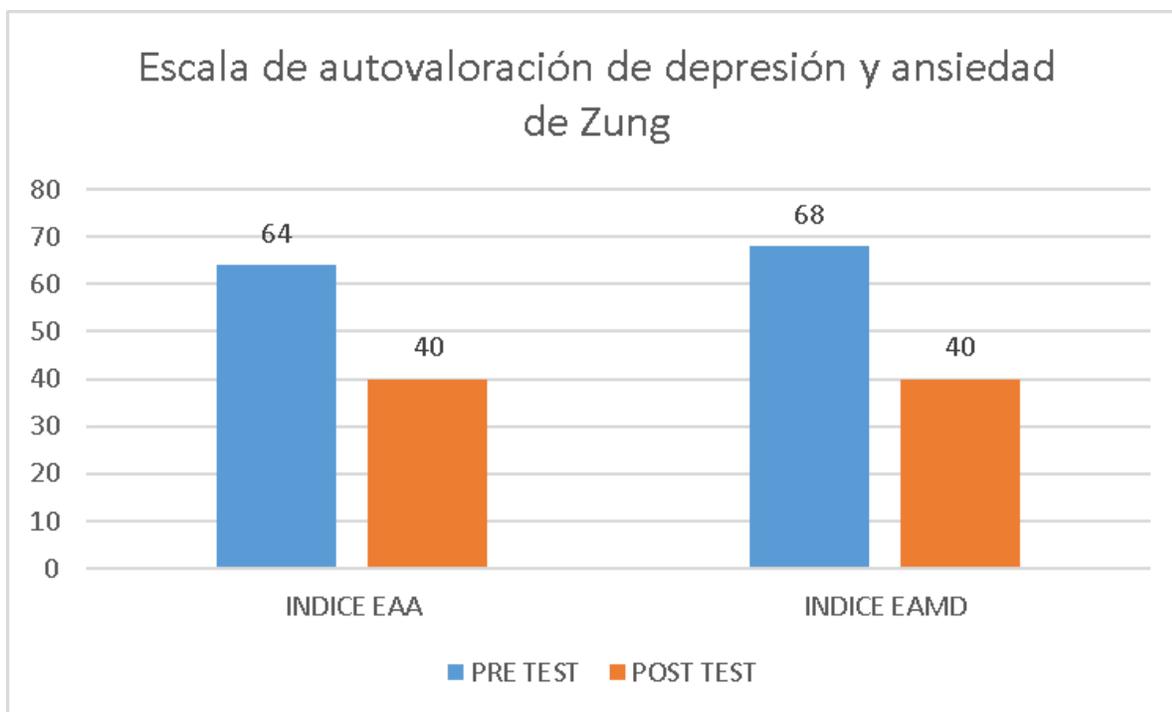


En cuanto a la Escala de autovaloración de depresión de Zung (EAMD) y la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung (EAA), obtenemos como resultado que los niveles tanto de ansiedad como de depresión han disminuido después del tratamiento psicoterapéutico brindado a

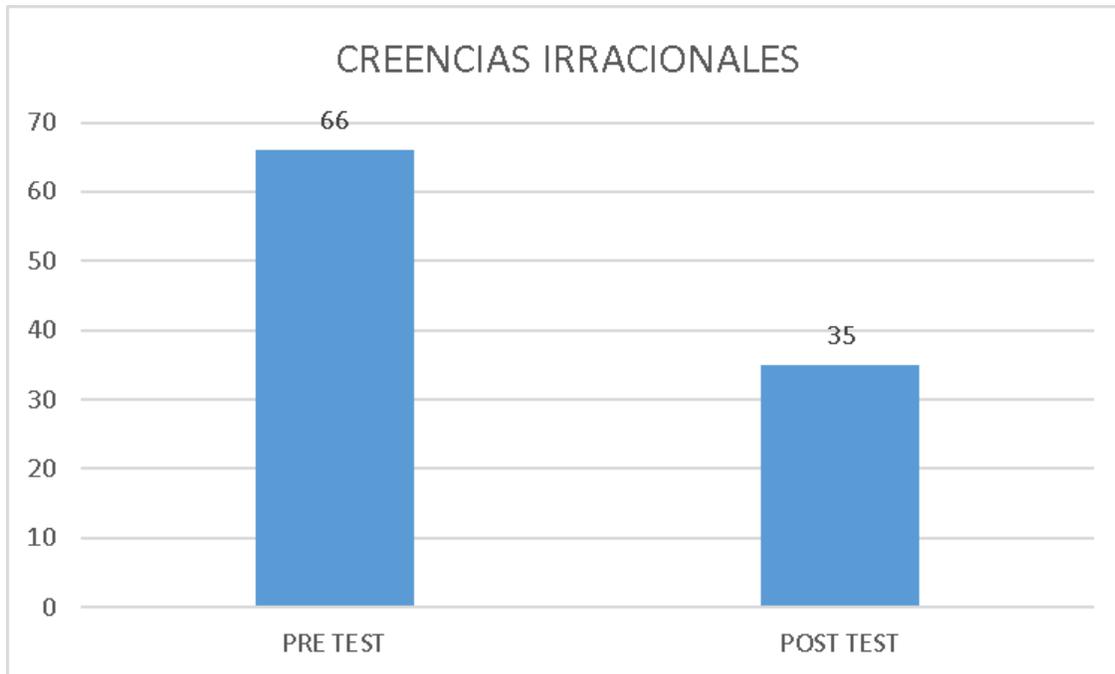
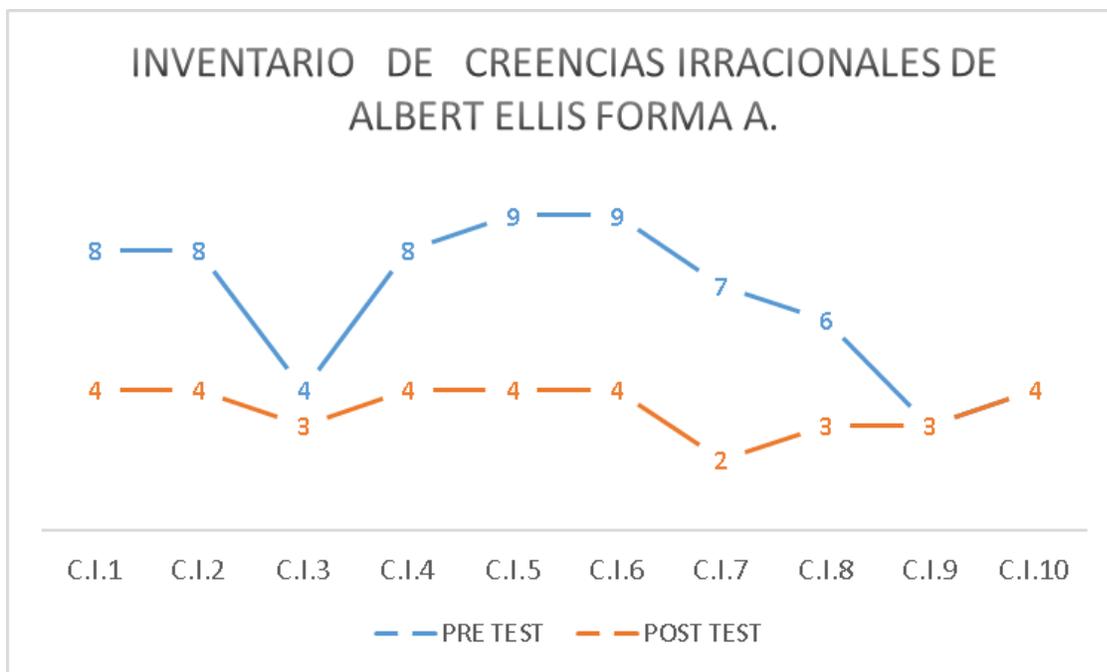
la paciente. El índice EAA se redujo de 64 (Grado máximo de ansiedad) a 40 (Ansiedad mínima o moderada) y en el EAMD se disminuyó su puntaje de 68 (Depresión situacional) a 40 (No hay depresión presente).

Figura 2

Escala de depresión y ansiedad Zung



Por otro lado, los resultados del Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis Forma A reflejan como se ha logrado reducir los niveles de creencias irracionales que la paciente tenía antes del tratamiento, considerando las 6 creencias irracionales con mayores puntajes obtenidos CI1: Necesidad de aprobación, CI2: Altas autoexpectativas, CI4: Catastrofismo, CI5: Indefensión, CI6: Ansiedad acerca del futuro y CI7: Evitación de problemas.

Figura 3*Creencias irracionales***Figura 4***Resumen inventario de creencias irracionales*

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.

3.2 Discusión de resultados

El objetivo de este estudio de caso fue reducir la ansiedad mediante técnicas cognitivas conductuales, los resultados reflejan que se logró dicho objetivo, estos resultados coinciden con los informados de Ellis (2000) que la persona es quien tiene el poder de controlar su destino emocional, por lo tanto, tiene el poder de controlar lo que cree y también lo que no cree pudiendo sentir y actuar teniendo dicho control.

Se ha logrado reducir creencias irracionales mediante la técnica de reestructuración cognitiva, esto comprueba lo que Olivares (2001) indica sobre dicha técnica, las cuales encaminan a la paciente a que identifique y modifique cogniciones desadaptativas, reconociendo el impacto perjudicial en sus emociones y acciones para que se logre de esta manera el cambio por cogniciones más adaptativas.

También se logró reducir significativamente la sintomatología fisiológica asociadas al TAG mediante la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson abreviada y la visualización positiva, conforme a como lo mencionan Sierra et al., (2004) el entrenamiento en relajación es una prioridad en los tratamientos del TAG, y que la técnica de Jacobson es la que más ha sido empleado para lograr dicho cometido ya que ha obtenido resultados favorables.

Y como último objetivo se logró incorporar estrategias de afrontamiento en la paciente a través de la técnica de resolución de problemas, y se cumpliría lo que Ruiz et al., (2012) que el objetivo de la TCC, es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o extinguiendo conductas desadaptativas a través del aprendizaje de conductas adaptativas ya que la sintomatología psicopatológica puede entenderse como la respuesta de un afrontamiento ineficaz que la persona tiene.

Las limitaciones de este estudio de caso fue el uso de la mascarilla en las sesiones presenciales debido al protocolo de salud dado por el MINSA con el fin de prevenir contagios del Covid-19, hubo sesiones trabajadas vía on line (por la plataforma del zoom) alcanzando los objetivos planteados.

El estudio de caso presentado tiene su importancia en el sustento que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, ya que se logra los objetivos esperados.

3.3 Procedimiento

El tratamiento estuvo basado en tres procesos, una etapa de evaluación, otra de tratamiento y finalmente la etapa de seguimiento.

La evaluación se dio en las dos sesiones principalmente, donde se exploró el motivo de consulta realizando la entrevista psicológica y la aplicación de pruebas e instrumentos. En la primera sesión se realizó el contrato terapéutico entre terapeuta y la paciente dentro del cual se estipuló el compromiso y la participación activa durante el proceso de psicoterapia.

La etapa del tratamiento se desarrolló hasta la sesión número 9, fueron brindadas una vez por semana, con duración de 60 minutos cada una, haciendo uso de técnicas tanto cognitivas como conductuales. La estructura de las sesiones de tratamiento, incluye en la mayor parte de casos, en

primer lugar, recabar información de lo ocurrido entre sesiones y el estado de la paciente (5 minutos), tarea delegada y establecer la agenda del día (10 minutos), trabajar problemas o aplicar técnicas programadas (35 minutos) y finalmente preguntar por el feedback respecto a la sesión más la delegación de alguna tarea para la casa (10 minutos).

En la etapa final de seguimiento, se encuentran las sesiones 10,11 y 12: las dos primeras cada 15 días y la final realizada al mes, también con una duración de 60 minutos cada una, reforzando las técnicas aprendidas, así como el plan de prevención de recaídas.

Se llevó un total de 12 sesiones.

3.4 Consideraciones éticas

Consentimiento informado: la paciente tiene información de la realización del caso clínico presentado, da su consentimiento voluntario antes de ser parte de este trabajo académico.

Confidencialidad: en este trabajo académico se ha respetado la información personal de la paciente.

Respeto: La participante en el trabajo académico se le brindó la protección a su privacidad, teniendo el derecho a desistir la continuación de la intervención en cualquiera de sus fases y posteriormente, concluido el tratamiento, tuvo un seguimiento del bienestar logrado.

IV. Conclusiones

- La aplicación de la terapia cognitivo conductual en este caso clínico presenta las siguientes conclusiones:
- La paciente logró reducir los niveles de ansiedad generalizada mediante la terapia cognitiva conductual, disminuyendo así sus preocupaciones constantes en relación a las áreas de vida personal, familiar, social y pareja.
- Se logró reducir creencias irracionales identificando cada creencia irracional e incorporando cogniciones adaptativas mediante la técnica de reestructuración cognitiva.
- Según los resultados podemos afirmar que la paciente redujo significativamente los síntomas fisiológicos asociados al TAG, mediante la técnica de relajación progresiva muscular de Jacobson y la visualización positiva, esto se puede constatar con la línea base y al finalizar el tratamiento.
- La paciente adquirió habilidades de afrontamiento para situaciones que antes le causaba niveles de ansiedad elevados por medio de la técnica de resolución de problemas, logrando a su vez volver a realizar las actividades que había dejado de hacer e implementar otras nuevas siendo una persona funcional.

V. Recomendaciones

- Se recomienda que exista una mayor cantidad de investigaciones para lograr consolidar y fortalecer ciertos criterios teóricos, debido a que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es un tema de mucha incidencia en el área clínica.
- Promover en los profesionales de la salud mental, el estudio de casos clínicos para el TAG de una manera conjunta con el psiquiatra y psicólogo para una mejor evaluación y tratamiento.
- Proponer un programa de Intervención Cognitivo Conductual grupal, donde se le permita a la paciente poder aplicar y fortalecer lo aprendido en las sesiones del tratamiento individual.
- Realizar un plan de sesiones de seguimiento como prevención de recaídas de manera mensual, trimestral y semestral donde se realice una reevaluación sobre su estado presente.

VI. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Médica Panamericana.
- Asociación Parkinson Elche. (29 de julio del 2021). *Priscila Campillo* [Archivo de Video]. <https://acortar.link/q3Qx71>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Síntesis.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Universitat de Barcelona. <https://acortar.link/VTx4S1>
- Bados, A. y García. E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona. <https://acortar.link/jQCxCl>
- Barnés, H. (22 de noviembre del 2018). *La salud mental es el gran problema de Europa, y España ya lo está pagando caro*. El Confidencial. <https://acortar.link/uR6GH0>
- Bejar, E., Dobrow, I., Hekler, J., Mohlman, A., Staples, M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). *RET: Revista de toxicomanías*, S/N (63), 15-36. <https://acortar.link/EFZTnH>
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Siglo XXI. <https://acortar.link/Vob9Z6>
- Calvo, J. (1994). Trastorno por ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 42 (2), 101-107. <https://acortar.link/S0NIC6>
- Carro de Francisco, C. y Sanz, R. (2015). Cognición y Creencias Metacognitivas en el Trastorno de Ansiedad Generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud*, 26 (3), 159-166. <https://acortar.link/tMhHBM>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée De Brouwer. <https://acortar.link/VAQNHC>

- D'zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Técnica de Solución de problemas. En. M. Magallanes, *Terapia Cognitivo Conductual* (pp. 103-113). Fondo Editorial de la UIGV.
- Ellis, A. (1998). *Como controlar la ansiedad antes que la ansiedad lo controle a usted*. Paidós.
<https://acortar.link/bFRZ2r>
- Etchebarne, I., Roussos, A. y Juan, S. (2016). *El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires*. Anuario Ansia. <https://acortar.link/FHy2ad>
- Frias, L. (2019). Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. *Gaceta UNAM*, (5,265), 1-2. <https://acortar.link/TDPA7L>
- Gallo, C. (11 de setiembre del 2020). Estudios muestran que la pandemia y el confinamiento han afectado la salud mental de la población. *France24*. <https://acortar.link/p5X6wH>
- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Feiria, S., Rosales, G. y Kuotsovitits, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21. <https://acortar.link/75Uxrg>
- García, S., Bados, A. y Garcia, C. (2012). Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Persona con Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258. <https://acortar.link/6zRKdc>
- Guzman, J. y Tamayo, A. (06 de agosto 2020). *Ansiedad y depresión, 'verdugos' de los jóvenes en la pandemia*. Pesquisa Javeriana. <https://acortar.link/RjIHcl>
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores. <https://acortar.link/4hqOE>
- Huarcaya-Victoria, Jeff. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334. <https://acortar.link/YJyNRa>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana. *Informe General. Anales de Salud Mental*, Vol. 34 (1), 19-31. <https://acortar.link/4hcqht>
- Kerlinger, F. y Lee, B. (2002). *Investigación del Comportamiento* 4ta Ed. Mc Graw Hill.

- Magallanes, M. (2010). *Terapia Cognitivo Conductual*. Fondo Editorial de la UIGV.
- Mallqui, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad*. [Tesis]. <https://acortar.link/ayV2E6>
- Maraví, A. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual de una usuaria Adulta con Trastorno de Ansiedad Generalizada*. [Tesis]. <https://acortar.link/KTPv7B>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310. <https://acortar.link/e8O02D>
- Ministerio de Salud del Perú. (2022). *Te cuido, me cuidas, nos cuidamos. Por una convivencia saludable*. <https://acortar.link/kDedaW>
- Navas, J. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (1), 75-83. <https://acortar.link/0DXTgr>
- Nizama, M. (05 de marzo del 2021). *Covid-19 en el Perú: aumentan casos de ansiedad y depresión*. USIL. <https://acortar.link/lpLUeR>
- OCDE/Unión Europea. (2018). *Salud en un vistazo: Europa 2018*. OECDiLibrary. <https://acortar.link/eYWgtO>
- Olivares, J., Piqueras, J. y Rosa, A.(2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Adolescente con Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 87-98. <https://acortar.link/WSOLiV>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 : Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Perez, M. y Graña, J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19 (1), 99-126. <https://acortar.link/VflzVz>
- Psicopedia. (s.f). Distorsiones Cognitivas: Aprende a identificar los 10 errores de pensamiento más habituales. <https://acortar.link/QFyS3l>

- Rodríguez, S. (2017). *Evaluación y Tratamiento Cognitivo-Conductual y Metacognitivo del Trastorno de Ansiedad Generalizada y sus Trastornos Comórbidos*. [Tesis]. <https://acortar.link/UdPqVT>
- Rovella, A. (2008). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Aportes de la Investigación al Diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, IX(17), 179-194. <https://acortar.link/cd7qSN>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://acortar.link/mTzNeM>
- Valiente, M. (2016). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 3 (1), 19-34. <https://acortar.link/H8sKMV>
- Vega, J. (2017). *Estudio de Caso Clínico: Tratamiento de un Caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva*. [Tesis]. <https://acortar.link/9uoyjE>
- 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*. [Tesis]. <https://acortar.link/YJXXPu>
- Vizcarra, C.(2018). *Trabajo Académico de Aplicación en el Ámbito Laboral Caso Clínico: Trastorno de Ansiedad Generalizada*. [Tesis]. <https://acortar.link/UXKQyU>
- Wells, A. (2018). *Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión*. Desclée De Brouwer. <https://acortar.link/LJxarZ>

Anexo B

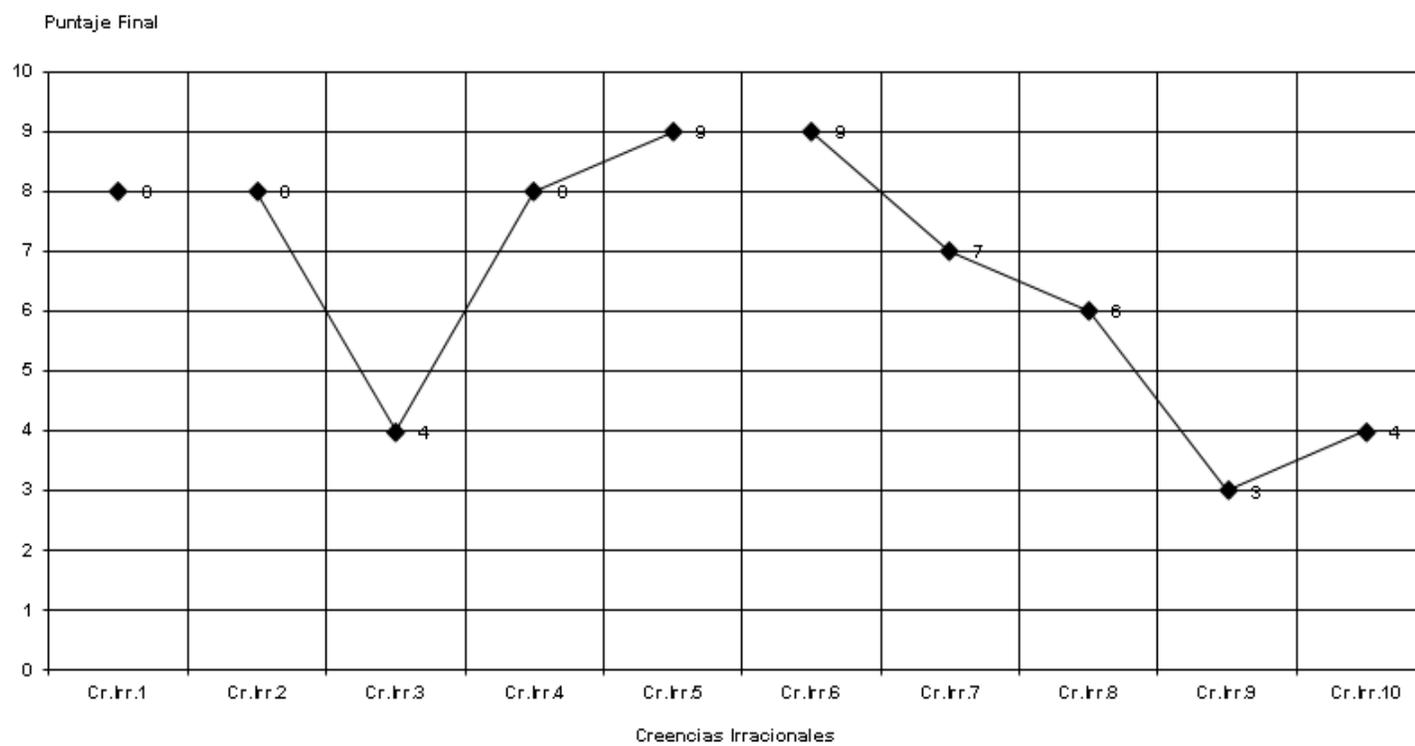
PRE TEST: Puntaje obtenido de creencias irracionales

<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>	<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>
Creencia Irracional #1:	8	Creencia Irracional #6:	9
Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.		Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	
Creencia Irracional #2:	8	Creencia Irracional #7:	7
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.		Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	
Creencia Irracional #3:	3	Creencia Irracional #8:	6
Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.		Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	
Creencia Irracional #4:	8	Creencia Irracional #9:	3
Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.		Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	
Creencia Irracional #5:	9	Creencia Irracional #10:	4
Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.		La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	

Anexo C

PRE TEST: Gráfico del registro de opiniones

Gráfico del Registro de Opiniones



Anexo D

POST TEST: Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis Forma A

Diseñado por Alfredo García Córdova												
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
1												
2												
3	*1			1	*21			1	**41	1		
4	*2	1			*22			1	*42	1		
5	*3			1	*23			1	**43	1		
6	**4	1			*24			1	**44	1		
7	**5	1			**25			1	**45	1		
8	*6			1	*26			1	*46			1
9	*7			1	*27			1	*47	1		1
10	*8			1	*28			1	**48	1		
11	*9			1	**29			1	*49	1		
12	*10	1			**30			1	*50			1
13	**11			1	**31	1			*51	1		
14	*12			1	**32			1	**52	1		
15	*13	1			*33	1			*53			1
16	**14			1	*34			1	**54			1
17	**15			1	**35			1	*55			1
18	**16			1	**36			1	**56			1
19	**17	1			**37	1			**57	1		
20	*18	1			*38			1	**58	1		
21	*19			1	**39	1			**59			1
22	**20	1			**40	1			**60			1
23									*80			1
									**61	1		
									*62			1
									*63			1
									**64			1
									**65	1		
									*66			1
									*67			1
									**68	1		
									*69			1
									*70	1		
									*71	1		
									*72	1		
									*73			1
									**74	1		
									*75	1		
									*76			1
									**77			1
									*78	1		
									*79			1
									*80			1
									*81	1		
									*82			1
									**83	1		
									*84	1		
									**85	1		
									**86			1
									**87	1		
									**88	1		
									*89			1
									*90			1
									**91	1		
									**92	1		
									**93			1
									**94	1		
									**95	1		
									*96			1
									**97	1		
									**98			1
									**99	1		
									*100			1

Anexo E

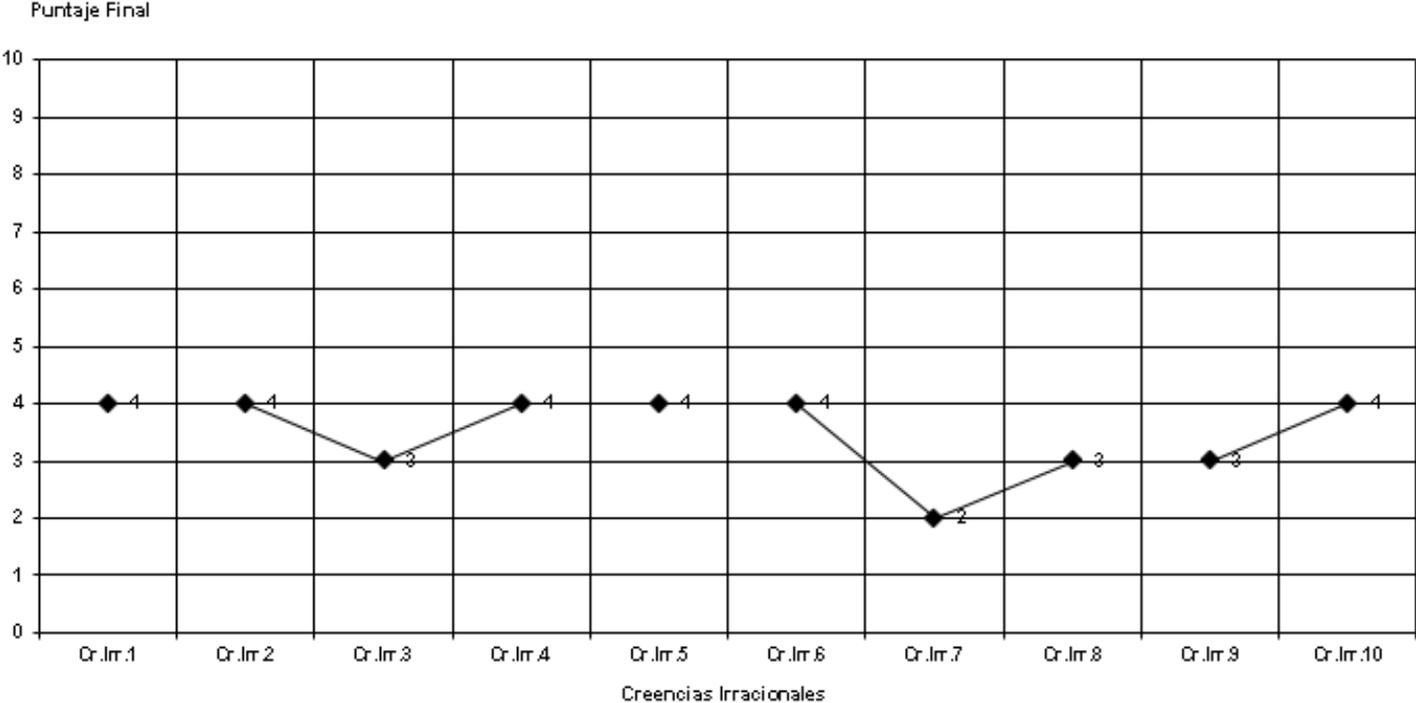
POST TEST: Puntaje obtenido por creencias irracionales

<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>	<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>
Creencia Irracional #1:	4	Creencia Irracional #6:	4
Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.		Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	
Creencia Irracional #2:	4	Creencia Irracional #7:	2
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.		Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	
Creencia Irracional #3:	3	Creencia Irracional #8:	3
Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.		Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	
Creencia Irracional #4:	4	Creencia Irracional #9:	3
Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaria.		Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	
Creencia Irracional #5:	4	Creencia Irracional #10:	4
Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.		La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	

Anexo F

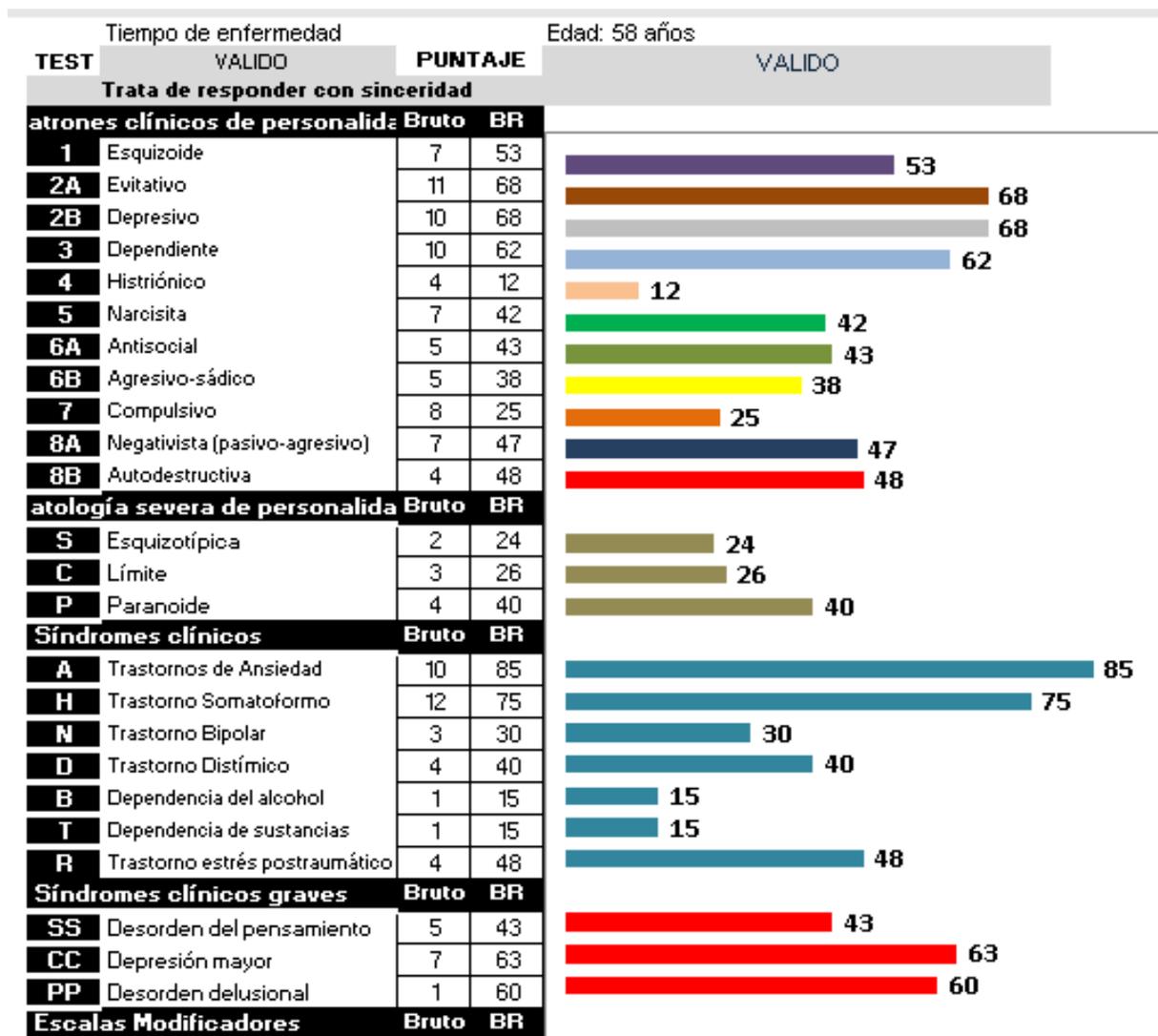
POST TEST: Gráfico del registro de opiniones

Gráfico del Registro de Opiniones



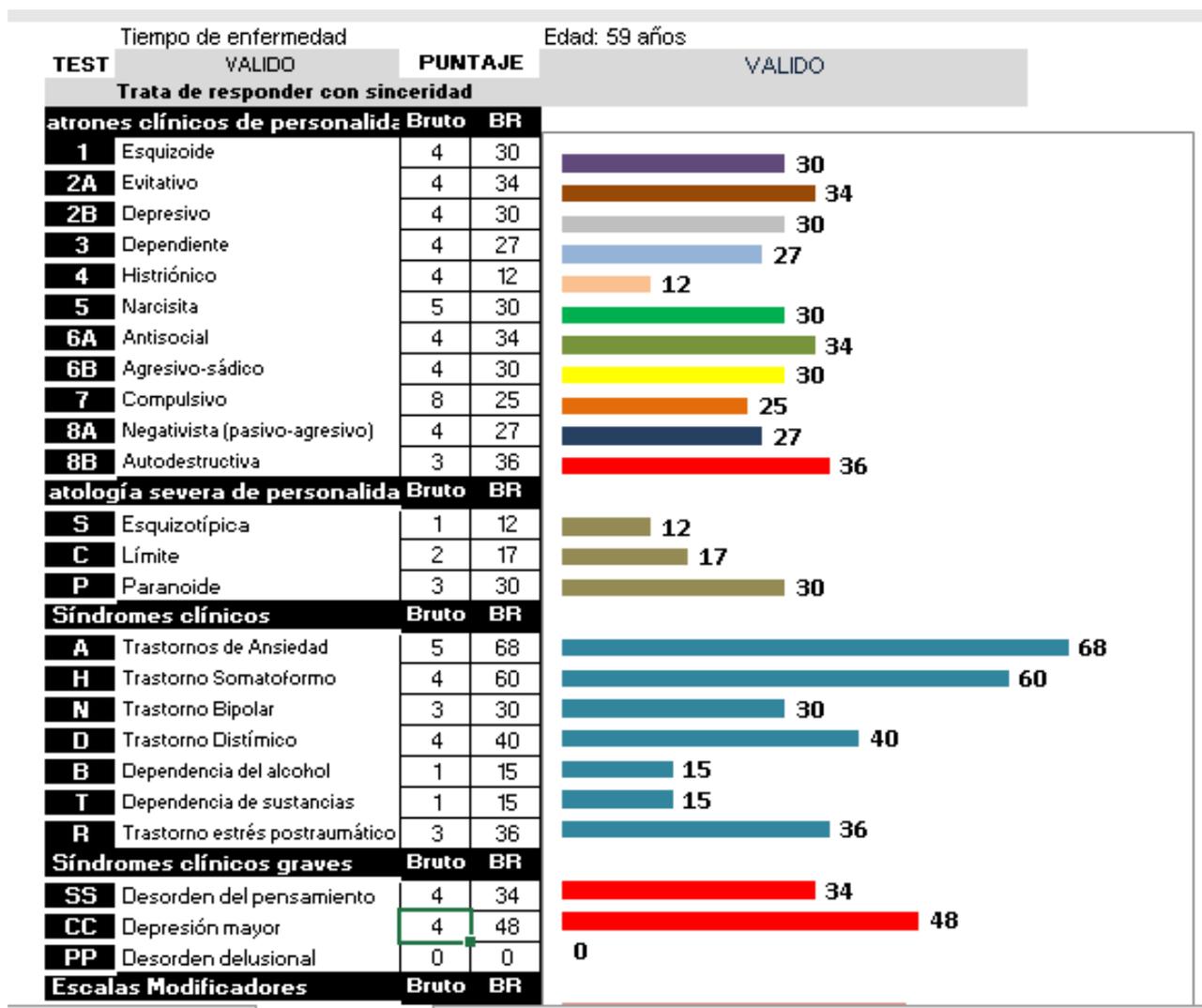
Anexo G

PRE TEST: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III



Anexo H

POST TEST: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

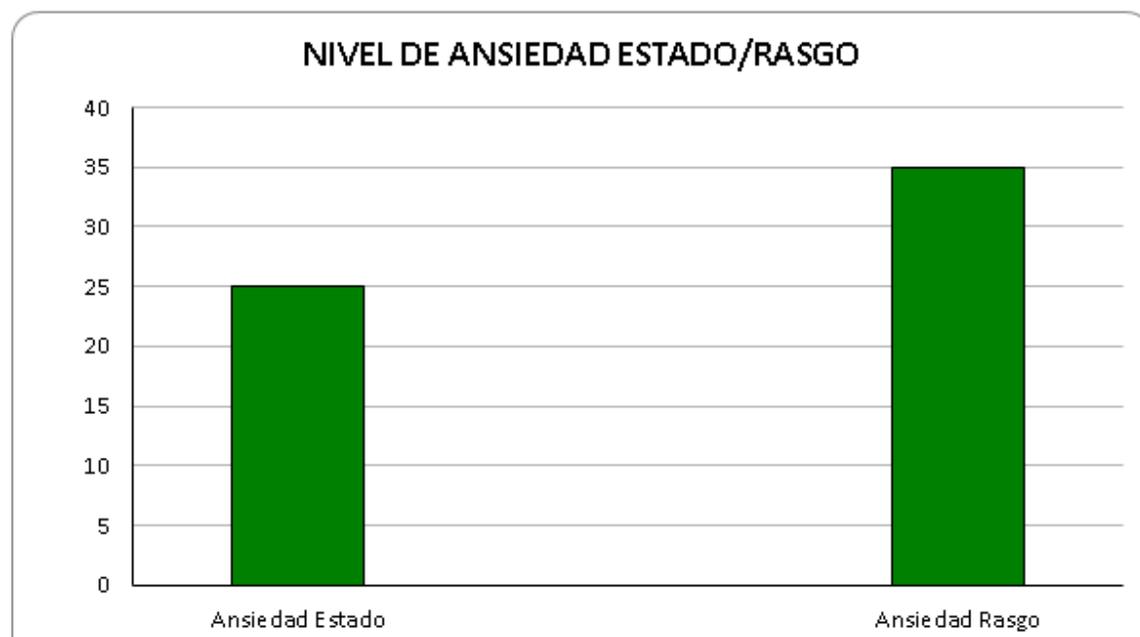


Anexo I

PRE TEST: Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

A/E	PD	=	30	+	-5	=	25
A/R	PD	=	21	+	14	=	35

CATEGORIA
Sobre promedio
Alto



PUNTAJES PARA INTERPRETACION

CATEGORIAS DEL STAI

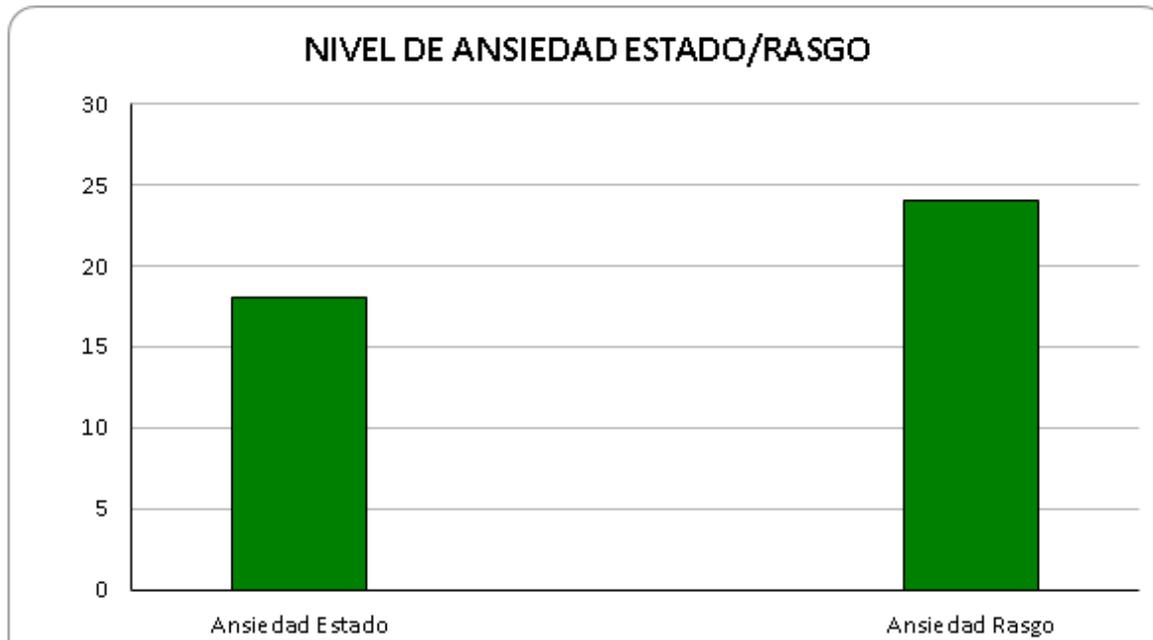
ADULTOS CATEGORIAS	VARONES		MUJERES	
	A/E	A/R	A/E	A/R
Alto	29 60	26 60	32 60	33 60
Sobre promedio	20 28	20 25	23 31	26 32
Promedio	19	19	20 22	24 25
Tend. Promedio	14 18	14 18	15 19	17 23
Bajo	0 13	0 13	0 14	0 16

Anexo J

POST TEST: Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

A/E	PD	=	30	+	-12	=	18
A/R	PD	=	21	+	3	=	24

CATEGORIA
Tend. Promedio
Promedio



PUNTAJES PARA INTERPRETACION

CATEGORIAS DEL STAI

CATEGORIAS	VARONES		MUJERES	
	A/E	A/R	A/E	A/R
Alto	29 60	26 60	32 60	33 60
Sobre promedio	20 28	20 25	23 31	26 32
Promedio	19	19	20 22	24 25
Tend. Promedio	14 18	14 18	15 19	17 23
Bajo	0 13	0 13	0 14	0 16

Anexo K

Formulario de análisis situacional

FORMULARIO DE ANALISIS SITUACIONAL

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones:

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

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

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

Anexo L

Valoración diaria de ansiedad y registro de situación

3

VALORACION DIARIAS DE ANSIEDAD Y REGISTRO DE SITUACION

REGISTRO DE SITUACION – PENSAMIENTO – CONDUCTA

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

Anexo M

Formulario de automonitoreo de sensaciones físicas

FORMULARIO DE AUTOMONITOREO DE SENSACIONES FISICAS

Nombre: _____ Fecha _____

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

Describa brevemente la situación ansiosa: _____

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

Listado de Sensaciones físicas experimentadas en la situación:

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

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