



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD
GENERALIZADA EN UNA MADRE DE UNA NIÑA CON TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Calero Milla, Yudy Mónica

Asesor:

Vallejos Flores, Miguel Ángel
(ORCID: 0000-0002-63803412)

Jurado:

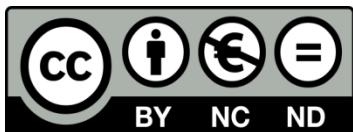
Mendoza Huamán, Vicente
Hervias Guerra, Edmundo Magno
Barboza Navarro, Evelyn

Lima - Perú

2022

Referencia:

Calero, Y. (2022). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una madre de una niña con trastorno del espectro autista*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6258>



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/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MADRE DE UNA NIÑA CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Línea de investigación:
Salud Mental

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

AUTORA

Calero Milla, Yudy Mónica

ASESOR

Vallejos Flores, Miguel Ángel
(ORCID: 0000-0002-63803412)

JURADO

Mendoza Huamán, Vicente
Hervias Guerra, Edmundo Magno
Barboza Navarro, Evelyn

Lima — Perú

2022

Pensamientos

“Un día de preocupación
es más agotador que
un día de trabajo”

John Lubbock

“Nuestra ansiedad no se produce
por pensar en el futuro, sino
por querer controlarlo”

Kahlil Gibran

Dedicatoria

A mi esposo por su amor, comprensión y apoyo incondicional, durante este proceso de formación profesional.

A mi madre que partió al lado de Dios. Por brindarme siempre su amor, por enseñarme a ser perseverante y seguir esforzándome en la realización de mis metas.

Agradecimiento

Primero a Dios por su infinito amor, por guiarme con su sabiduría en mi camino de formación profesional. A mi familia que a pesar de la distancia siempre me brindaron su apoyo incondicional.

Mi profundo agradecimiento a los docentes de la facultad de psicología por facilitar mi formación profesional y a mi alma mater la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Finalmente, mi agradecimiento a todas las familias con un hijo con discapacidad, por su fortaleza, tenacidad y el gran amor que le brindan a sus hijos, por nunca rendirse a pesar de las adversidades que se presentan en su camino.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes Internacionales	17
1.2.3 Fundamentación Teórica	20
1.3 Objetivos	36
1.4 Justificación	36
1.5 Impacto esperado del trabajo académico	37
II. Metodología	38
2.1 Tipo y diseño de investigación	38
2.2 Ámbito temporal y espacial	38
2.3 Variable de Investigación	38
2.4 Participante	39

2.5	Técnicas e instrumentos	39
2.5.1	Técnicas	39
2.5.2	Instrumentos	40
2.5.3	Evaluación psicológica	44
2.5.4	Evaluación psicométrica	54
2.5.5	Informe psicológico integrador	63
2.6	Programa de intervención	72
III.	Resultados	84
3.1	Análisis de resultados	84
3.2	Discusión de resultados	92
IV.	Conclusiones	95
V.	Recomendaciones	96
VI.	Referencias	97
VII.	Anexos	102

Índice de Tablas

1. Educación	52
2. Familia de origen	53
3. Familia actual	54
4. Resultados de creencias irracionales	59
5. Análisis Funcional del trastorno de ansiedad generalizada	67
6. Análisis cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada	69
7. Diagnóstico Funcional del trastorno de ansiedad generalizada	70
8. Criterios según DSM V: Trastorno de ansiedad generalizada	71
9. Sesión N°1: Psicoeducación	73
10. Sesión N°2: Psicoeducación y entrenamiento en técnica de respiración	74
11. Sesión N°3: Entrenamiento en la técnica de relajación	75
12. Sesión N°4: Psicoeducación y Reestructuración cognitiva	76
13. Sesión N°5: Reestructuración cognitiva	77
14. Sesión N°6: Entrenamiento en la técnica de visualización	78
15. Sesión N°7: Entrenamiento en manejo de emociones y autocontrol	79
16. Sesión N°8: Entrenamiento en Resolución de problemas	80
17. Sesión N°9: Entrenamiento en Habilidades Sociales	81
18. Sesión N°10: Técnicas para disminuir las creencias irracionales	82
19. Sesión N°11: Técnicas utilizadas para disminuir las creencias irracionales	83
20. Sesión N°12: Psicoeducación y cierre del programa	84

Índice de Figuras

1. Línea base de los síntomas de la ansiedad generalizada	85
2. Línea base del pre y post tratamiento de los síntomas de la ansiedad generalizada	86
3. Nivel de Ansiedad pre y post tratamiento	87
4. Nivel de Ansiedad Estado – Rasgo del pre y post tratamiento	88
5. Línea base de la frecuencia de los pensamientos distorsionados	89
6. Frecuencia del pre y post tratamiento de los pensamientos distorsionados	90
7. Puntuación de creencias irracionales pre y post tratamiento	91
8. Puntuación del pre y post tratamiento de las Habilidades Sociales	92

Resumen

El objetivo del estudio fue disminuir la sintomatología de la ansiedad generalizada mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual de una madre con una hija con trastorno del espectro autista (TEA). Se realizó un abordaje bajo el diseño de tipo cuasi experimental de caso único AB. El programa se aplicó a una mujer de 38 años de edad quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Para la evaluación del caso se realizó la entrevista conductual y se aplicaron instrumentos de evaluación como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), el Registro de Opiniones Forma – A, el Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMII-II) y la Escala de Habilidades Sociales. Se aplicó un programa de terapia cognitivo conductual estructurado en 12 sesiones, con un tiempo de 45 minutos cada sesión una vez a la semana. El programa de tratamiento incluyó técnicas como entrenamiento en respiración diafragmática, entrenamiento de relajación de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, auto control y en resolución de problemas. Los resultados demostraron una disminución significativa en la frecuencia de los síntomas somáticos y pensamientos distorsionados de la ansiedad generalizada. Se concluye que la terapia cognitivo conductual tuvo eficacia en este caso de trastorno de ansiedad generalizada.

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

Abstract

The objective of the study was to reduce the symptoms of generalized anxiety through the application of a cognitive behavioral program of a mother with a daughter with autism spectrum disorder (ASD). An approach was carried out under the AB single case quasi - experimental type design. The program was applied to a 38-year-old woman with generalized anxiety disorder (GAD). For the evaluation of the case, a behavioral interview was carried out and evaluation instruments were applied such as the Hamilton Anxiety Scale (HARS), the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI), the Form-A Opinion Registry, the Multiaxial Clinical Inventory Million (MCMII-II) and the Social Skills Scale. A structured cognitive behavioral therapy program was applied in 12 sessions with a time of 45 minutes each session once a week. The treatment program included techniques such as diaphragmatic breathing training, Jacobson's relaxation training, cognitive restructuring, social skills training, self-control and problem solving. The results demonstrated a significant decrease in the frequency of somatic symptoms and distorted thoughts of generalized anxiety. It is concluded that cognitive behavioral therapy was effective in this case of generalized anxiety disorder.

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

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) “alerta que la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades”. Dentro de las enfermedades mentales que afecta a las personas una de las más incapacitantes es la ansiedad, las personas constantemente se ven afectados por la falta de empleo, delincuencia, pobreza, estar a cargo su familia, poca atención médica y psicológica, etc. generando el incremento de problemas psicológicos.

La ansiedad es un sentimiento de emociones que nos causan angustia y preocupación e interfiere en el desarrollo de nuestras vidas, tal es el caso de las mujeres que asumen la responsabilidad de trabajar, cuidar del hogar y los hijos, pero se ven afectadas tras la llegada de un hijo con discapacidad al hogar, viendo sus objetivos truncados, presentando sentimientos de rabia, dolor, ira, miedo, incertidumbre y sabiendo que tiene la responsabilidad del cuidado del nuevo miembro para toda la vida, provocando síntomas de ansiedad en la madre (Alvarado, 2015).

En el presente estudio, describimos el caso de una madre con una hija con trastorno del espectro autista (TEA) afectada por un trastorno de ansiedad, en este caso un trastorno de ansiedad generalizada. El abordaje de este trastorno emocional se sostiene en el tratamiento cognitivo conductual, haciendo especial énfasis en la disminución de los síntomas fisiológicos, la modificación de pensamientos perturbadores, la adquisición de herramientas para controlar la impulsividad y toma de decisiones.

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

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

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

En la tercera apartado encontraremos el análisis y la discusión de los resultados desarrollados en el estudio de caso.

En el cuarto apartado vemos, las conclusiones a las que se llegó luego aplicado el tratamiento en la paciente de este estudio de caso.

En el quinto apartado se encuentran las recomendaciones, importante aspecto a considerar para el mantenimiento de la conducta ansiosas, sugiriendo realizar controles rutinarios.

Se cierra el estudio de caso con el apartado seis donde se ubican las referencias de todos los autores que sirvieron de sustento teórico y metodológico para esta investigación.

1.1 Descripción del problema

La OMS (2020) “manifiesta la salud mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública. Cerca de 1000 millones de personas viven con un trastorno mental”, en la actualidad estas cifras van en aumento teniendo como una de las causas la pandemia por el coronavirus y el confinamiento que está afectando la salud mental tanto en adultos como en niños, observándose a nivel mundial.

Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo Venezuela (3,6%), muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional (4,9%). América del Norte muestra la menor discapacidad, observándose en países como Canadá (3,4%), seguida de México (3,6%). y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional (Organismo Panamericano de la Salud [OPS], 2018).

Mora, explicó que las medidas de salud pública como el confinamiento obligatorio implementado por muchos países ante COVID-19, ha generado mayores niveles de estrés y ansiedad en las mujeres. Asimismo, manifiesta que “Las mujeres están asumiendo la emergencia de los cuidados, el trabajo doméstico remunerado y no remunerado, y están en primera línea en el sector de salud, situación que no solo conlleva a mayor riesgo de contagio, sino que también, impactos evidentes en su salud mental” (Citado en OPS, 2020).

El Ministerio de Salud del Perú (Minsa, 2012) manifiesta que cuatro de cada diez personas presentan problemas de salud mental a lo largo de su vida, según las estadísticas los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y depresión, las mismas que se presentan en todos los

sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, La Libertad y Callao, asimismo concluye que los casos de trastorno ansiosos diagnosticado suman 97 mil 604.

El 70% de peruanos ha visto afectado, de una u otra manera, su salud mental durante la pandemia del coronavirus, según estudios preliminares del Minsa, en los que se reporta un incremento significativo de casos de ansiedad.

Actualmente siete de cada 10 peruanos están atravesando por un problema de salud mental. Los primeros estudios al respecto, en base a encuestas poblacionales, nos indican que los síntomas de ansiedad son los que predominan (Castro, 2018).

Se observa que en los últimos años se han incrementado los casos de personas que sufren trastorno de ansiedad, en la actualidad el confinamiento por la pandemia ha generado mayor incremento de problemas de salud mental. Observándose que los casos de ansiedad se presentan en su mayoría en mujeres.

1.2 Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente en base de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Scielo, Dialnet, Redalyc y otros encontramos que, aunque es escasas la información relacionada con la variable de estudio, tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Maraví (2020) realizó un programa de terapia cognitivo conductual a una usuaria adulta quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada. El objetivo del estudio fue disminuir la ansiedad generalizada en una usuaria adulta mediante un programa de intervención cognitivo conductual. Se realizó un abordaje bajo el diseño de tipo experimental aplicado de caso único

multicondicional ABA. El programa fue aplicado a una mujer de 43 años de edad quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se utilizaron las pruebas como el Test de Matrices Progresivas de Raven, el registro de Opiniones – Forma A, el Test de Pensamientos Automáticos de Aarón Beck, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ- R, el Inventario Multiaxial de Millon III, el Inventario SCL- 90. Los resultados mostraron que el trastorno de ansiedad generalizada disminuyó con el tratamiento los niveles de ansiedad de 54% a 14%, favoreciendo la disminución de la intensidad de la preocupación, se concluye que la terapia cognitivo conductual tuvo eficacia en este caso de trastorno de ansiedad generalizada.

Espinoza (2019) aplicó la terapia cognitivo conductual a una mujer quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada, el objetivo del programa fue identificar y modificar el sistema de creencias irracionales instaurando nuevas formas de pensar de forma flexible, lógica, objetiva y racional para que de esa manera se pueda dar el cambio emocional y conductual, pudiéndose optimizar su desempeño personal, social y laboral. El programa fue aplicado a una mujer de 57 años quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron el Cuestionario sobre la Historia de vida de Lazarus, el Inventario de Depresión de Beck – II, la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II, la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos, el programa se desarrolló en 12 sesiones, con una duración de 45 minutos, una vez por semana. Los resultados evidencian que la aplicación de la terapia cognitivo conductual ha sido eficiente en el caso de la paciente, teniendo como resultado la estabilidad emocional.

Zegarra (2019) realizó un programa de terapia cognitivo conductual a un paciente quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada. El objetivo del estudio tuvo como finalidad que el

paciente sea capaz de manejar estrategias de afrontamiento que le permitan controlar respuestas anticipatorias y disminuir el nivel de respuesta emocional ante situaciones que le originan ansiedad. Se trabajó bajo el diseño de caso único. El programa se aplicó a un varón de 20 años de edad quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se aplicaron pruebas como el Test de Personalidad de Eysenck, el Inventario Multiaxial de Millon, Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Test de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El programa se desarrolló en 10 sesiones, en un periodo de cuatro meses, tuvo una duración de 60 minutos por sesión. Los resultados mostraron una disminución de las respuestas fisiológicas, se logró sustituir las creencias y pensamientos automáticos irracionales por pensamientos racionales, también disminuyeron las respuestas de escape y evitación en situaciones amenazantes. Demostrándose que la Terapia Cognitivo Conductual aplicada al trastorno de ansiedad generalizada fue eficaz en el presente caso

Vizcarra (2018) realizó un programa de terapia cognitivo conductual a una mujer quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada, el objetivo del programa fue ayudar al paciente a reconocer sus preocupaciones, reducir el trastorno emocional y fomentar la participación activa en la prevención del riesgo de recaída y de incapacidad social. El programa fue aplicado a una mujer de 52 años quien padece trastorno de ansiedad generalizada. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron el Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA), la Escala de Ansiedad de Hamilton, el inventario de Depresión de Beck (IDB-II), El Inventario Clínico Multiaxial de Millón II, el programa se desarrolló en siete sesiones, con duración de 45 minutos, una vez por semana. De acuerdo con el criterio clínico hubo un aumento de la funcionalidad del paciente respecto del inicio del tratamiento en donde se ha logrado un incremento de las tareas o responsabilidades para mejorar su percepción de eficacia, así mismo, se evidencia una disminución considerablemente

significativa de los síntomas negativos como la preocupación constante, tristeza, culpabilidad, pobre auto estima, entre otros. Finalmente, la paciente ha sido capaz de incorporar habilidades y estrategias de afrontamiento derivadas de la terapia cognitiva de manera eficaz en su vida diaria hacia el final del tratamiento.

Vega (2017) realizó un programa de terapia cognitivo conductual a una mujer quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada, el objetivo del programa fue mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, además de la adquisición de nuevos estilos de pensamiento que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana. El programa fue aplicado a una mujer de 24 años quien padece trastorno de ansiedad generalizada. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron el inventario de Depresión de Beck (IDB-II), la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI), el programa se desarrolló en 22 sesiones, tuvo una duración de 45 a 60 minutos, una vez a la semana. Los resultados evidencian un aumento de la funcionalidad, una disminución considerablemente significativa de los síntomas de preocupación, logro incorporar habilidades y estrategias de afrontamiento en su vida diaria.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Gonzáles (2020) realizó un programa denominado efectos de la terapia grupal cognitivo conductual en la ansiedad de los cuidadores primarios con niños que padecen parálisis cerebral. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la terapia grupal cognitivo conductual en la ansiedad de los cuidadores primarios con niños que padecen parálisis cerebral. Esta investigación utilizó un diseño pre experimental, de tipo transversal, descriptivo y comparativo, la muestra estuvo conformada por 15 personas, cuidadores primarios de sexo femenino (90%) y masculino (10%), con un rango de edad de 18 a 65 años. Se utilizaron los instrumentos de evaluación como el

Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Evaluación de Ansiedad de Zung, el proyecto se desarrolló en un plazo de dos meses, distribuido en nueve sesiones, dichas sesiones se realizaron una vez a la semana. Los resultados demuestran que posterior al proceso terapéutico se pudo observar, según el Test de Ansiedad de Beck, que del total de los participantes 13 presentan ansiedad leve, mientras que 2 participantes presentan ansiedad mínima y según la Escala de Ansiedad de Zung, del total de los participantes 13 no presentan ansiedad, mientras que 2 individuos presentan ansiedad mínima. Finalmente, se evidencia que al concluir la terapia grupal cognitivo conductual, el 100% de participantes disminuyeron los niveles de ansiedad.

Rodríguez (2017) realizó un programa de evaluación y tratamiento cognitivo conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos. El objetivo fue conocer y evaluar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual y metacognitivo en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastornos comórbidos, el diseño de investigación fue cuasi experimental longitudinal, se trabajó con una muestra de 33 personas, siendo mujeres el 63.6% y hombres el 36.4, para este programa se utilizaron los instrumentos de evaluación como la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), la Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI, versión 2.1), el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ), el Cuestionario de preocupación y Ansiedad (CPA), el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Evaluación de 45 Síntomas (SA-45), Intolerance of Uncertainty (IUI), el Cuestionario de Evitación Cognitiva (CEC), el Cuestionario de Orientación Negativa al Problema (ONP), la Escala de Adaptación, el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CSQ-8), la Escala de Alianza Terapéutica de California (CALPAS-P), la Escala de Eventos Vitales Estresantes (SRRS). Se trabajaron seis módulos, divididos en 14 sesiones. Los resultados de este estudio, mostraron una mejora estadísticamente significativa en los síntomas cognitivos y somáticos del

trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos psicopatológicos permitiendo demostrar la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la ansiedad generalizada.

Torrenova (2016) realizó un programa denominado Mindfulness y Psicoterapia un caso clínico de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva. El objetivo del estudio fue disminuir los niveles de activación fisiológica y reducir su alta presencia e intensidad de las preocupaciones que generan ansiedad en la paciente. El diseño de investigación es AB, el único sujeto de análisis es un diseño de N=1. El programa fue aplicado a una mujer de 35 años quien presentaba un cuadro de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva. Se utilizaron los instrumentos de evaluación como el Cuestionario de Preocupación (PSQW), el Inventario de Ansiedad de Beck (BDI), la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Escala de Conciencia y Atención Plena (MAAS), La Philadelphia Mindfulness Scale - PHLMS. Se desarrollaron 16 sesiones, con duración de 1 hora, una vez a la semana. Los resultados demuestran que el tratamiento psicológico aplicado (mindfulness integrado en la terapia cognitivo conductual) resultó efectivo para reducir las preocupaciones patológicas propias de la ansiedad generalizada, así como para la clara disminución de su sintomatología depresiva asociada.

Sevilla (2013) realizó un programa denominado terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide. El estudio tuvo como objetivo, determinar si la Terapia Cognitiva Conductual es efectiva al momento de reducir la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada, Episodio Depresivo Mayor y trastorno de Personalidad Esquizoide. Se utilizó el método cualitativo de estudio de caso debido a que esta herramienta permite ahondar en detalles específicos para el análisis de teoría. El programa fue aplicado a una mujer de 24 años quien presenta un cuadro de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide y

sintomatología depresiva. Se utilizaron los instrumentos de evaluación como el Inventario de Síntomas 80 (SLC-90), el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota 2 (MMPI-2). Se desarrollaron 30 sesiones, con duración de 1 hora, una vez a la semana. Los resultados concluyeron, que la Terapia Cognitiva Conductual ha mostrado eficacia en la remisión de síntomas de Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor; además de brindar herramientas de soporte para manejar los rasgos de Personalidad Esquizoide.

García et al. (2012) aplicaron un programa de Tratamiento cognitivo conductual en una persona con trastorno de ansiedad generalizada. El objetivo del estudio fue Aprender a manejar las sensaciones relacionadas con la ansiedad, a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración. Se aplicó un programa multicomponente. El programa fue aplicado a una mujer de 36 años de edad quien presentaba trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se utilizaron los instrumentos como el Inventario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania (PSWQ), la Escala de Intolerancia a la incertidumbre (IUS), el Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ), Cogniciones Agorafobicas (ACQ), el Inventario Breve de Síntomas (BSI), la Escala de Interferencia, el Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI). Se realizaron 43 sesiones, cada sesión tuvo la duración de 1 hora. Los resultados demostraron, que el tratamiento con la terapia cognitivo conductual fue eficaz para lograr los objetivos planteados en este caso.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Ansiedad

Para Sierra et al. (2003) la ansiedad comprende un estado de perturbación e inquietud, acompañado de síntomas psíquicos que causan malestar e inquietud en las personas, así mismo, viene acompañado de síntomas fisiológicos y de un estado de hipervigilia, pues la persona que la

padece tiene la sensación de que se viene un peligro inminente, que puede no ser real, pero que ellos lo perciben con total claridad y sienten que deben anticiparse, tratando de buscar solución para sentirse seguros.

Para Ellis (2010, p. 27) la ansiedad es un conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción que permite darse cuenta a las personas de que algo ocurre o pueden ocurrir como hechos desagradables, cosas que van en contra de sus deseos y que le avisan de que tendría que actuar de manera que pueda sentirse a salvo.

Para Beck et al. (2012) la ansiedad supone un incremento de la vulnerabilidad en las personas, esto debido a que suelen dar una valoración exagerada a ciertas actitudes y opiniones de las personas que ellos ven como dañinos hacia su persona, siendo estos acontecimientos muchas veces inofensivos para ellos. “Esta valoración primaria de amenaza hace pensar a las personas que ciertos actos pueden ser dañinos, peligrosos y perjudiciales” (p. 69). Cuando las personas se sienten vulnerables son más propensas a pensar que algo malo les puede pasar o que algo que es muchas veces inofensivo les puede hacer daño debido a que lo ven como algo dañino y peligroso.

Rachman (citado en Beck 2012) manifiesta las personas miedosas y temerosas están más propensas a sobrevalorar los actos que ven como amenazantes y prefieren evitar estas conductas para sentirse seguros y así disminuir su ansiedad. “La valoración secundaria se da inmediatamente como resultado de la valoración primaria de la amenaza, esto es la capacidad que tienen las personas de afrontar dichas amenazas y del sentimiento de seguridad que presentan” (p. 69).

Barlow (citado en Beck et al., 2012) afirma, que la ansiedad se aprecia como acontecimientos que van a ocurrir en el futuro, que se presentan de manera impredecible y que no

pueden ser controlados, de tal manera, que las personas cambian su foco de atención hacia estos sucesos que sienten como potencialmente peligrosos.

La ansiedad es un conjunto de sentimiento compuesto por miedos y angustias ante acontecimientos o sucesos que no están claros, pero que las personas sienten como amenazante, este sentimiento de temor se produce muchas veces de la nada y por nada (Rojas, 2014), estos acontecimientos generalmente provocan malestar en las personas que padecen ansiedad dado que el temor que presentan es confuso y vago, generándoles la sensación de no tener un camino hacia la salida, sintiendo así que es algo incontrolable, malo y doloroso va a ocurrir.

Para Rojas (2014), la ansiedad se presenta como una activación de los temores y sensaciones de que algo malo ocurrirá, por ende, no se puede catalogar como un fenómeno unitario puesto que afecta cuatro componentes del estado de las personas (física, conductual, cognitiva y asertivas), esto a su vez hace que las personas tengan cuatro tipos de respuestas:

Respuestas físicas: son manifestaciones somáticas y se deben a una activación del sistema nervioso autónomo. Siendo los principales síntomas: taquicardia, nudo en el estómago, dificultad respiratoria, sequedad de boca, aumento del tono muscular, náuseas o deseos de vomitar, vértigos o inestabilidad espacial

Respuestas de conducta: son manifestaciones observables de forma objetiva y que generalmente son motoras. Los más frecuentes son los siguientes síntomas: contracción de los músculos de la cara, temblores en manos, brazos, piernas, etc., bloqueo generalizado (como una cierta paralización motora), estado de alerta, irritabilidad, respuestas desproporcionadas a estímulos externos simples, moverse de un sitio para otro (caminatas sin rumbo), cambios y altibajos en el tono de la voz, tensión mandibular, morderse las uñas o los padrastrós, jugar con objetos en las manos o necesitar tener algo entre las manos

Respuestas cognitivas: se refiere al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia. Sus principales síntomas son: miedos, temores de anticipación de lo peor, preocupaciones obsesivas, pensamientos intrusos negativos, pesimismo generalizado (sin base real), dificultades de concentración, pensamientos de los que no se puede liberar, se acuerda más de lo negativo que de lo positivo.

Respuestas asertivas (o sociales): hacen referencia al contacto interpersonal. Sus síntomas más sobresalientes son: le cuesta mucho iniciar una conversación con alguien que se encuentra, le cuesta mucho presentarse a sí mismo en una reunión social, le cuesta decir que no o mostrar desacuerdo, bloqueo en las relaciones sociales, está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de él, prefiere pasar desapercibido cuando está con gente.

Stamateas (2017) manifiesta que la ansiedad pone en alerta a las personas ante posibles situaciones amenazantes, estas reacciones se presentan instantáneamente y preparan a la persona para estar alerta ante un futuro que lo siente como amenazador y negativo.

Clasificación de los trastornos de ansiedad

De acuerdo con el DSM V (APA, 2014) los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. En muchas personas que padecen trastorno de ansiedad es posible diagnosticar uno o más trastornos debido a su comorbilidad, haciéndose necesario una evaluación bien detallada para llegar al tipo o tipos de

ansiedad que presenta el paciente. Podemos encontrar las diferentes clasificaciones del trastorno de ansiedad.

Trastorno de pánico. Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso, sin peligro aparente, las personas pueden sentir como si estuvieran perdiendo el control, también pueden ir acompañados por distintos síntomas físicos, estos ataques pueden presentarse en cualquier momento y en cualquier lugar.

Agorafobia. Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares de donde es difícil escapar o donde no podrían tener ayuda si se desarrolla la ansiedad. Las personas que la padecen se sienten atrapados, indefensos o avergonzados, por lo que evitan los lugares o situaciones que temen, en su caso más severo pueden llevar a que el paciente no pueda salir de su casa.

Fobia específica. Los pacientes sienten un temor abrumador e irracional a objetos o situaciones específicos, que muchas veces no guarda proporción con el riesgo real. Algunos ejemplos son animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad.

Trastorno de ansiedad social. Es un temor intenso y persistente de ser observado y juzgado por otros. Las personas que la padecen tienen un temor tan fuerte que piensan que no pueden controlarlo. Como resultado, el temor se interpone con su capacidad para ir al trabajo, a la escuela o hacer cosas cotidianas, estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público.

Mutismo selectivo. Es un trastorno de ansiedad que se manifiesta con un problema de inhibición del habla sin ninguna causa orgánica que lo explique. Aparece en niños, normalmente

en la etapa escolar, el niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas y en ciertos contextos seguros para ellos.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las personas que la presentan se sienten nerviosas, tensas o ansiosas gran parte del tiempo. Se preocupan por muchas cuestiones distintas, incluso cuando hay poca o ninguna razón para preocuparse, les parece difícil controlar esta ansiedad y tienen dificultad para mantenerse concentrados en las actividades diarias.

Trastorno de ansiedad por separación. Es la preocupación y temor excesivo de estar separado de los miembros de la familia o personas con las que el niño se siente apegado. Los niños que la padecen temen perderse de su familia o temen que algo malo le suceda a un miembro de su familia si se separan de ellos.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento. El consumo de una sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad.

Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado. Estas categorías son para los trastornos con síntomas de ansiedad notables que no corresponden claramente a ninguno de los grupos previos

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Para Hunot et al. (2008) el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema prevalente en la población, que se caracteriza porque las personas tienden a preocuparse de forma

desbordante ante eventos, situaciones y problemas de la vida cotidiana, generándole una sensación de malestar perturbable e incontrolable, dificultándole la realización de sus actividades diarias. Las personas con TAG manifiestan dificultades subjetivas, esto a raíz de sus constantes preocupaciones y la dificultad que sienten para controlarlas, lo cual les genera un deterioro en su funcionalidad social y en su calidad de vida.

Bados (s.f.) manifiesta, que la ansiedad generalizada tiene dos componentes, la ansiedad y la preocupación excesiva, que suelen ser persistentes y difíciles de controlar. Afectan varios aspectos de la vida de la persona, tales como la familia, salud, el trabajo, la escuela, la economía y las diversas situaciones que se puedan presentar en su vida cotidiana. Esto debido a que su intensidad frecuencia y duración son mayores con respecto a la realidad, es decir que pueden presentarse por varios días o semanas, así mismo pueden durar varias horas por ello las personas que la padecen sienten que es muy difícil de controlarlo.

Perea García-Herrera et al. (2013) el TAG se caracteriza por la tendencia a preocupaciones persistentes, excesivas y difíciles de controlar, estas implican diferentes áreas de la vida de las personas. Así también, se presenta sin causa aparente, pero como las personas la percibe como algo real, pueden pasarse todo el día preocupados. El TAG se presenta con inquietud, incertidumbre, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión en los músculos, cansancio y dificultad para conciliar el sueño o sueño interrumpido.

Para Moreno (2002) la ansiedad generalizada, o ansiedad flotante, es aquel sentimiento de temor hacia nada en particular y al mismo tiempo hacia todo en general. Las personas con ansiedad generalmente se preocupen con facilidad por varias cosas al mismo tiempo, teniendo dificultad para controlar estas preocupaciones y viéndose afectado su capacidad para concentrarse en las actividades diarias.

Es frecuente que las personas que padecen TAG suelen experimentar en alguna etapa de su vida sentimientos de angustia, tensión, ansiedad, inquietud y que tengan pensamientos que no suelen tener sustento en la realidad. Estos sentimientos pueden estar presentes a lo largo de su vida, hasta sentir que ya no pueden controlarlo y que le está afectando en sus actividades diarias, sus relaciones sociales y familiares.

Modelos Explicativos del trastorno de ansiedad generalizada

Las investigaciones basadas en la teoría del aprendizaje, realizadas en décadas demuestran que los miedos son adquiridos por el aprendizaje asociado. Esto da lugar a las respuestas fisiológicas, y conductuales que son características del estado de ansiedad. La teoría del aprendizaje inicial explicaba que el miedo, y las reacciones fóbicas se dan a través del condicionamiento clásico. (Beck et al., 2012)

Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow

Barlow (citado en Velázquez et al., 2016) manifiesta, que la ansiedad ocasiona que las personas se sientan inquietas ante una situaciones o actividades que las perciben como peligrosas, puesto que estos acontecimientos han sido almacenados en su memoria a largo plazo y están siendo evocados frente a estas situaciones. Ante ello la persona se siente exaltada, hipervigilante y centra su atención hacia sí mismo, a su vez que realiza autoevaluaciones a su estado fisiológico, lo cual eleva la cronicidad de su estado. El estado de hipervigilia hará que su estado de atención sea estrecho y a su vez se active su esquema cognitivo aprensivo generando que la persona no pueda controlar la situación puesto que se siente amenazado y siente incapacidad para afrontarlo. Todo ello conlleva a que la persona tenga dificultad en su atención y concentración, disminuyendo así

su rendimiento en diferentes áreas de su vida, así también evitarán situaciones y lugares que las sienten como amenazador.

Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec

Borkovec (citado en Velázquez et al., 2016)) manifiesta, que la preocupación es un estado normal que permite que la persona encuentre soluciones ante posibles amenazas. Sin embargo, se vuelve patológica cuando la persona evoca constantemente esos acontecimientos que son aversivos y que desea olvidar, convirtiéndose en un círculo vicioso. Asimismo, la persona piensa, que el estar preocupado le va ayudar a disminuir las probabilidades de que sucedan los acontecimientos amenazantes, le ayudará a prevenirlo y a solucionarlo de la mejor manera. Este modelo también manifiesta que esta preocupación patológica se mantendrá ya que se convierte en un reforzador negativo, puesto que dichos acontecimientos amenazantes no se presentarán al no ser reales.

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

Wells (citado en Velázquez et al., 2016) manifiesta, que la preocupación patológica se presenta, cuando la persona cree que mientras más se preocupe le ira mejor en la solución de su problema. Esto se da a través de dos puntos claves: el primero se da por los modelos observados en la infancia y en segundo lugar como un reforzamiento negativo ya que al preocuparse de algo que no es real, no se presentará la amenaza temida.

La ansiedad generalizada se presenta según este modelo, como la meta preocupación, es decir las personas se preocupan por estar preocupadas, puesto que sienten que esa preocupación les puede generar un daño, como un infarto, por ello las personas tratan de no preocuparse, sin embargo, la meta preocupación se presenta un como proceso insidioso e incontrolable haciendo

que las personas aumenten su preocupación y piensen que no pueden controlarlo, incrementando así los síntomas de la ansiedad.

Modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas

Dugas et al. (citado en Velázquez et al., 2016) definen este modelo como, un estado de alerta de la persona ante situaciones o acontecimientos que le resultan inciertos, sin tener en cuenta si van a ocurrir o de las consecuencias que puedan generar. Así mismo señalan que cuando mayor sea la intolerancia a la incertidumbre, mayor será la reacción de la persona poniéndola en estado de alerta. En el trastorno de ansiedad generalizada la aparición de la preocupación patológica considera dos puntos importantes.

El primer punto es la aparición de las preguntas: ¿y si algo malo me puede pasar? o ¿y si no puedo hacer bien algo?, la segunda es que la persona cree que preocupándose va a evitar que sucedan las cosas o que va a poder encontrar una mejor solución ante dichos problemas.

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

Davey (citado en Velázquez et al., 2016) señala como principal característica patológica a los constantes pensamientos disfuncionales que generan desconfianza en la persona, dándole un valor a las preocupaciones puesto que siente que le ayudan en la resolución de sus problemas. La preocupación perseverativa aparece generalmente cuando la persona se preocupa demasiado y estas preocupaciones se dan por los acontecimientos que lo ven como negativos y que pueden interferir en el cumplimiento de sus objetivos y metas. Las personas están frecuentemente evaluando el cumplimiento de sus objetivos, así mismo estas personas dan un valor negativo al cumplimiento de sus objetivos a pesar de no ser así, esto se debe a la influencia de su estado negativo.

Por otro lado, también se señala que el modelo de la perseverancia cognitiva no solo está presente en los trastornos de ansiedad, también se evidencia en las personas otros trastornos como la depresión.

Modelo cognitivo de la ansiedad:

Clark et al. (2012) sostienen que en la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña que: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Para los pacientes que atraviesan cuadros de malestar psicológicos se les hace complicado entender esta afirmación, puesto que no pueden reconocer como es que sus pensamientos pueden estar afectando su estado de ánimo, ya que en el momento en que están atravesando una crisis de ansiedad se activa inmediatamente las respuestas fisiológicas y estas pueden ser tan incontrolable para el paciente que no le permite reconocer que son sus pensamientos los que están haciendo que se active estas respuestas. Sin embargo, es importante reconocer que son las cogniciones la que están conectadas entre las situaciones y los sentimientos como factor mediador, indicado en el siguiente diagrama:

Situación provocadora → Pensamiento/Valoración ansiosa → Sentimiento de ansiedad:

Las personas generalmente asumen que son las situaciones las causantes de la ansiedad, negando así los procesos cognitivos o las valoraciones que ellos le dan a estos pensamientos como causantes de la ansiedad. Poniendo en práctica un ejemplo, cuando una persona se tiene que presentar a una entrevista de trabajo, previo a ello la ansiedad se elevará si se siente inseguro de sus conocimientos y si considera al entrevistador como una persona seria, exigente, minucioso y poco amable, sin embargo, la ansiedad será menos si se siente seguro de sus conocimientos y considera al entrevistador como una persona amable, perceptiva y flexible. La ansiedad se elevará o disminuirá según como el paciente vea la situación fácil o difícil. Se puede entender que no es la

situación la que determina el grado de ansiedad sino es la valoración que la persona le da a la situación (Clark et al., 2012).

El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contemplan como amenazantes las situaciones en las que se encuentra. Estos procesos de valoración es la que la persona da a las señales que percibe interna o externamente como amenazadora o como algo que puede causarle daño en su bienestar, para lo cual actúa de manera defensiva en forma automática, mostrando reacciones, conductuales y cognitivas para garantizar su seguridad y protección (Beck et al., 2012).

Terapia Cognitiva conductual para la Ansiedad

La terapia cognitiva (TC) “parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje” (Ruiz et al., 2012). Para ello es importante tener en cuenta el análisis funcional, es decir como se ha ido evolucionando a través de los años la conducta problema y que lo ha estado reforzando para que se mantenga.

La terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento psicológico que reúne una variedad de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica que son empleadas para el tratamiento de las personas con problemas y trastornos psicológicos. Entendiendo que las personas se ven afectadas en la interacción social y familiar, la terapia cognitivo conductual utiliza técnicas para desarrollar habilidades que ayudan y favorecen al individuo en su adaptación en el entorno donde se desenvuelven, mejorando su calidad de vida y su estado emocional (Ruiz et al., 2012).

Ruiz et al. (2012) menciona las principales características de la terapia cognitiva conductual:

- La TCC. Tiene como objetivo de tratamiento las conductas observables y encubiertas, los cuales pueden ser medidos y evaluados según sea la conducta o conductas a intervenir.
- El objeto de intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas desadaptadas y enseñando conductas adaptadas según la necesidad del paciente.
- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional, para ello se trabaja modificando las conductas desadaptativas e insertando conductas más adaptativas, cuando el paciente carece de este repertorio. Por ello también se trabaja con la intervención en los procesos cognitivos que son los causantes de los comportamientos de las respuestas emocionales.
- Se establece una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, puesto que ambas se trabajan en conjunto a lo largo de la intervención, dándose así una mutua interdependencia.
- Tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, tal eficacia se establece valorando los cambios producidos en la conducta problema, considerando cambios a corto y largo plazo, así como la generalización a diferentes ambientes donde se relaciona la persona.

Técnicas conductuales para la ansiedad

Entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson

La Relajación progresiva tiene como objetivo reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se

producen en cada situación es un método de carácter fisiológico (Ruiz et al., 2012). Es un método que favorece el estado corporal más energético pues favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno, implicando liberar el otro.

Entrenamiento en respiración

Cuando las personas se encuentran en situaciones ansiosas o estresantes inician, muchas veces, un tipo de respiración rápida y superficial. Los procedimientos de respiración controlada entrenan a los individuos para ser más conscientes de su respiración disfuncional y para sustituirla por una respiración diafragmática más lenta (Clark et al., 2012). La respiración diafragmática ayuda al paciente a controlar su respiración de manera adecuada y así pueda sentir cuando exhala e inhala, permitiendo una disminución de los niveles de ansiedad.

Técnica del modelado

La técnica del modelado desempeña una función importante al enseñar a los clientes ansiosos a ejecutar la conducta interpersonal de forma más efectiva. El terapeuta demuestra la habilidad que ha de ser aprendida y, a continuación, comenta con el cliente cómo se ejecuta la conducta (Clark et al., 2012). Así podemos describir que esta técnica permite que el cliente aprenda comportamientos nuevos observando e imitando la conducta que el terapeuta o terapeutas le modelen, para ello también se hace uso del refuerzo y auto refuerzo, así mismo se complementa con la técnica de ensayo conductual.

Técnica de ensayo conductual

Ruiz et al. (2012) manifiesta, que esta técnica tiene como objetivo que el paciente ponga en práctica las conductas adecuadas mediante la guía del terapeuta ya que esto permite un mejor

aprendizaje puesto que se realiza en un lugar controlado por el terapeuta, esta técnica se realiza mediante el role – play. Esta técnica facilita que el paciente practique nuevas formas de conductas, mejorando sus conductas problemáticas en las sesiones con el terapeuta; para ello primero el terapeuta modelará la conducta y luego el paciente lo pondrá en práctica.

Técnicas cognitivas para la ansiedad

Psicoeducación

Esta estrategia tiene como objetivo proporcionar de información a los pacientes acerca del malestar que están padeciendo, generar conciencia de enfermedad, incrementar la motivación al cambio, así mismo, explicar sobre la intervención terapéutica TCC, en el cual va a participar y las técnicas que va a trabajar. Con la psicoeducación se buscará soluciones apropiadas, modificar pensamientos y esquemas irracionales por constructos reales y racionales hacia un cambio de estilo de vida.

Reestructuración cognitiva

Clark (citado en Bados et al., 2010) La reestructuración cognitiva permite que el terapeuta trabaje con el paciente los pensamientos que le causan perturbación y los modifiquen por otros pensamientos más adaptativos, que le ayuden a disminuir su malestar emocional, fisiológico y conductual. La reestructuración cognitiva se trabaja cuestionando los pensamientos desadaptativos del paciente con una serie de preguntas que le permite al paciente evaluar y poner a prueba sus pensamientos desadaptativos, es decir que puedan darse cuenta de cuál es la veracidad de los pensamientos que le están causando malestar y así ellos puedan cambiarlo por otros pensamientos adaptativos y válidos a su realidad.

Técnica de visualización

Es una técnica que se utiliza para tener mayor control de la mente, las emociones y el cuerpo, así mismo mediante esta técnica se ven cambios en la conducta del paciente. Esta técnica es usada para aliviar la tensión muscular, aliviar el dolor y facilita la recuperación de las enfermedades (McKay et al., 1985). Esta técnica es guiada por el terapeuta, donde el paciente tiene que aprender a relajarse e imaginar de forma real las situaciones que le causan malestar, estos malestares pueden ser pasados o futuros, estas situaciones normalmente están cargadas de ciertas emociones de tal manera que el paciente experimenta detalladamente los aspectos de la situación y lugar donde se presenta el malestar.

Autorregistros

Es una herramienta que sirve para recoger información del paciente, estas pueden ser emocionales, fisiológicas, conductuales y cognitivas, así mismo nos permite saber si su conducta incrementa o baja. Tiene una doble funcionalidad uno es que nos permite saber de forma precisa cómo está el malestar del paciente durante una semana y también nos sirve de línea base para luego de aplicado el tratamiento poder comprobar los cambios en el paciente. Tiene una puntuación del 1 al 10, donde 1 significa sentirse bien y 10 muy mal (Ruiz et al., 2012). Los autorregistros pueden ser aplicados por el terapeuta, el paciente o un familiar y pueden ser de frecuencia, duración e intensidad.

Solución de Problemas

D'Zurilla et al. (citado en McKay et al., 1985) plantearon la técnica de solución de problemas de cinco pasos para resolver los problemas que se puedan suscitar en la vida diaria y encontrar solución efectiva, puesto que muchas veces las primeras respuestas que las personas dan

puede que no sean las adecuadas y al no ser las respuestas apropiadas se convierten en problema para las personas, para la aplicación de la técnica se usa la sigla de los cinco pasos SOLVE. Que consiste es identificar el problema, perfilar su respuesta, hacer una lista de alternativas, elegir la alternativa más apropiada teniendo en cuenta las consecuencias, por ultimo ejecutar y valorar los resultados.

1.3 Objetivos

- **Objetivo General**

- Disminuir la sintomatología de la ansiedad generalizada mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual de una madre con una hija con TEA.

- **Objetivos Específicos**

- Disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada a través del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática y la relajación de Jacobson.
- Disminuir los pensamientos distorsionados que causan malestar y modificarlas por otras más adaptativos, través de la técnica de las líneas paralelas.
- Disminuir las creencias irracionales a través del debate socrático.
- Incrementar las habilidades sociales mediante las técnicas de modelado, ensayo conductual y resolución de problemas.

1.4 Justificación|

La presentación de este estudio de caso, se justifica ya que a través del programa utilizado se puede disminuir los síntomas de ansiedad generalizada y reestructurar los pensamientos disfuncionales que presenta la madre con una hija con trastorno del espectro autista (TEA), por lo tanto, el programa servirá como base para futuras investigaciones en estrategias cognitivas

conductuales para pacientes con características similares a la tratada, no existiendo muchos estudios de investigación relacionados con este tema, siendo necesario el apoyo psicológico para las madres con hijos con TEA.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

La presente investigación manifiesta la necesidad de atención psicológica relacionados al trastorno de ansiedad generalizada que requieren las madres con hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Dado que en el proceso de mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana (Clark et al., 2012). Las diferentes investigaciones demuestran que las madres con hijos con TEA pasan por varios procesos que le generan ansiedad desde la confirmación del diagnóstico, la preocupación por la educación de su hija y su futuro incierto, aumentando así los síntomas de la ansiedad.

Este estudio de investigación reafirma la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad en una madre con una hija con Trastorno del Espectro Autista, asimismo contribuirá como guía para la aplicación del programa en pacientes con características similares a la de este estudio de caso.

II. Metodología

2.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño del presente estudio es de tipo aplicado cuasi experimental porque se caracteriza por tener un solo grupo experimental $N = 1$. El estudio busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual sobre un caso de ansiedad en una usuaria adulta de lima metropolitana (Hernández et al., 2014).

El estudio de caso es un diseño AB, porque permite elegir al sujeto, aplicarle una evaluación previa a la administración de algún estímulo, realizar una segunda evaluación y hacerle un seguimiento al finalizar la terapia.

2.2 Ámbito temporal y espacial

La terapia se desarrolló de manera virtual en Lima Metropolitana y tuvo una duración de 4 meses, 1 vez por semana. Se inició en el mes de setiembre y culminó en el mes de diciembre del año 2021.

2.3 Variables de Investigación

Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual

Definición conceptual: Kendall (citado en Stallard, 2007) afirma que la TCC tiene su base en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que pensamos) y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar.

Definición operacional: En este estudio se llevará a cabo 12 sesiones lo cual se utilizaron las técnicas de respiración, relajación, visualización, debate socrático, ensayo conductual.

Variable Dependiente: Ansiedad

Definición conceptual: La ansiedad es aquella experiencia interior en la que todo es inquietud, desasosiego, estar en guardia y como al acecho esperando lo peor (Rojas, 2014).

Definición operacional: En este estudio se utilizará la Escala de Hamilton para la Ansiedad, esta escala nos arrojará con los puntajes obtenidos la intensidad de ansiedad en la que se encuentra la paciente. Así mismo se hará uso de los auotregistros.

Variable Extraña: Terapia virtual, problemas con la señal, horario de las sesiones.

2.4 Participante: Paciente adulta de 38 años, género femenino, con 2 hijas, una hija con TEA, estado civil casada, con educación superior.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

Entrevista:

La entrevista conductual es una herramienta de evaluación, que tiene como objetivo recoger información detallada del paciente, identificar las conductas problema, hacer la historia clínica, seleccionar los métodos de evaluación adecuados para el caso, desarrollar el análisis funcional, solicitar el consentimiento informado si es necesario, motivar al paciente y hacer el contrato conductual. También sirve para informar al paciente sobre el tiempo de duración del tratamiento y recaba información sobre tratamientos anteriores y su eficacia (Ruiz et al., 2012). Durante la entrevista es importante que el terapeuta tenga en claro el tipo de entrevista que va hacer al paciente, con la finalidad de poder recabar la mayor información relevante del problema, para ello puede

hacer uso de la entrevista estructurada, semi estructurada o con preguntas abiertas, y de esta manera pueda cumplir el objetivo de la entrevista, que es la de recabar información, dar la retroalimentación y el feedback al paciente en el tiempo establecido.

Observación:

La observación conductual tiene como objetivo obtener información detallada acerca de las conductas problema y es un complemento de la entrevista, esta puede darse por el terapeuta, los evaluadores, por los familiares o por maestros según sea la conducta a observar. En algunos casos puede ser un método de evaluación sobre todo cuando se dificulta recabar información en la entrevista, esto puede darse en personas con discapacidad, niños pequeños, niños con problemas de conducta en casa etc. (Ruiz et al., 2012).

2.5.2 Instrumentos

- **Escala de Ansiedad de Hamilton**

Ficha técnica de la Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre: Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre original: Hamilton Anxiety Scale (HAS)

Autores: Max R Hamilton

Autor de la adaptación: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, y el

Grupo de validación en español de Escalas Psicométricas (GVPEEP).

Área de aplicación: Clínico, sintomatología

Administración: Heteroaplicada

Duración: 10 a 30 minutos

Aplicación: Adultos

Número de ítems: 14

Finalidad: Valorar la intensidad de la ansiedad en pacientes previamente diagnosticados.

13 ítems evalúan los signos y síntomas ansiosos y el último valora comportamiento del paciente durante la entrevista.

Materiales:

- Escala de aplicación, Hoja de respuesta: Corrección manual y corrección mecanizada
- Cronometro, lapicero o lápices y borrador.

- **Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo STAI**

Ficha técnica de Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI.

Nombre: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Nombre original: State- Trait Anxiety Inventory

Autores: C.D- Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene

Autor de la adaptación: G. Buena-Casal, A. Guillen- Riquelme, N. Seisdedos Cubero

Tipo de instrumento: Estructurada

Área terapéutica: sintomatología

Administración: Autoaplicada

Duración: 10 a 20 minutos

Aplicación: Adultos

Número de ítems: 40

Finalidad: Medir la ansiedad como estado y rasgo. Se divide en 2 subescalas: que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como rasgo (R) y estado (E). La ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los

individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E).

Materiales:

- Escala de aplicación
- Hoja de respuesta: Corrección manual y corrección mecanizada
- Cronometro,
- lapicero o lápices y borrador. Inventario Clínico Multiaxial de Millón – II

● **Inventario Clínico Multiaxial de Millón - II**

Ficha técnica del Inventario Clínico Multiaxial de Millón – II

Nombre original: Inventario Clínico Multiaxial de Millón – II (MCMI-II)

Autor: Theodore Millón

Publicación: TEA Ediciones Madrid - 1998

Administración: Individual o colectiva (grupos pequeños de 10 personas)

Duración: aproximadamente 45 a 60 minutos.

Aplicación: personas de 18 años a más

Número de ítems: 175 de afirmaciones auto descriptivas.

Dimensiones: 5

Tipo de respuesta: dicotómico (verdadero o falso)

Finalidad: Proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales.

Materiales:

- Cuadernillo de preguntas, Hoja de respuesta: Corrección manual y corrección mecanizada, lapicero o lápices.

- **Registro de opiniones - forma A**

Ficha técnica Registro de Opiniones

Nombre: Registro de Opiniones - Forma A

Autores: Martha Davis, Matthew McKay y Elizabeth Eshelman

Autor de la adaptación: Percy Guzmán Grados

Año: 2009

Administración: Individual y colectiva

Duración: No hay límite de tiempo, aprox. 20 min.

Ámbito de aplicación: Adolescentes y Adultos que hayan cursado y aprobado un año de instrucción secundaria.

Escalas: conformado por 6 escalas

Objetivo: Poner de manifiesto las creencias irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta a crear y mantener el estrés y la infelicidad.

Materiales:

- Manual, cuadernillo
- Hoja de respuesta, lapicero o lápices.

- **Escala de Habilidades Sociales de Arnold Goldstein & Col.**

Ficha técnica de la Escala de Habilidades Sociales de Arnold Goldstein & Col.

Nombre: Escala de Habilidades Sociales

Autores: Arnold Goldstein y equipo de colaboradores.

Año: 1978

Autor de la adaptación: Ambrosio Tomás (1994 - 1995)

Administración: Individual y colectiva

Duración: 15 a 20 minutos aproximadamente

Aplicación: 12 años en adelante

Número de ítems: 50

Escalas de habilidades: 6 escalas,

habilidades sociales básicas,

habilidades sociales avanzadas,

habilidades relacionadas con los sentimientos

habilidades alternativas a la agresión

habilidades para hacer frente al estrés

habilidades de planificación.

Objetivo: Determinar las diferencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales. Identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales. Evaluar en qué tipo de situaciones las personas son competentes o deficientes en el empleo de una habilidad social.

Materiales:

- Cuestionario de preguntas
- Hoja de respuesta.

2.5.3 Evaluación psicológica:

2.5.3.1 Historia psicológica

Datos de Filiación:

Nombres y Apellido : Pamela R.C.

Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 10 de agosto 1983

Edad : 38 años

Sexo	: Femenino
Estado Civil	: Casada
Número de hijos	: 2 hijas
Grado de Instrucción	: Licenciada en Contabilidad
Ocupación	: Asesoría (virtual)
Religión	: católica
Fechas de Entrevista	: octubre
Lugar de la entrevista	: Consultorio privado
Psicóloga	: Yudy Calero Milla

Observación psicológica:

La examinada se encuentra lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Presenta lenguaje comprensible, discurso coherente y con un adecuado tono de voz. Durante la entrevista permanece sentada, manteniendo el contacto visual con la evaluadora, a medida que se desarrolla la entrevista la paciente hace movimientos con su mano jugando con una liga, hace movimientos con la cabeza dirigiendo su mirada hacia sus manos y hacia los costados del consultorio. Con el transcurrir de la entrevista se muestra colaboradora y siempre respondiendo a las interrogantes generadas, logra recordar detalles de su historia de vida. Se logra construir una buena empatía durante las sesiones, evidenciándose esta en dar detalles e información adicional.

Motivo de Consulta:

Patricia acude a consulta y refiere "...No estoy bien anímicamente", desde hace cuatro años en que me dieron el diagnóstico de mi hija, me derrumbe, me vino la ansiedad (8/10), fueron tantas preguntas no encontraba respuesta, me informe por internet y el saber que mi hija siempre dependerá de mi me derrumbo anímicamente", "yo tenía tantos proyectos para ella como: que vaya

al colegio, que estudie una carrera en la universidad”, “ahora pensar en eso me preocupa (7/10), que será de su futuro cuando yo no esté”, cuando estoy ansiosa me pongo mal, me duele la cabeza y la espalda, me voy al cuarto y me echo a la cama a descansar, me encierro en mi cuarto porque ya no me puedo controlar.

Problema Actual:

Pamela Manifiesta desde hace un año me preocupo por todo”, “...la pandemia cambio mi situación y mis planes”, “yo quería que mi hija estudie en un colegio y tenga amiguitos”, “... las clases virtuales, no la están ayudando mucho”. Comenta “...mi hija tiene TEA y por ello tengo que acompañarla en sus clases virtuales”, “no tengo paciencia”, “en ocasiones mi hija se levanta fastidiada, llora y grita; así está casi todo el día”. Manifiesta ... “eso me provoca dolores de cabeza y siento que mi ritmo cardiaco se acelera”. Cada vez que se acerca el fin de mes vuelvo ansiosa (9/10) porque tengo que ver de dónde sacar la plata para pagar la mensualidad de la casa, del colegio, los suministros, etc. Me gusta ser puntual en esas cosas y tenerlo todo bajo control”, “cuando se acercan los exámenes de mi hija me preocupo (8/10), porque sé que aún le falta aprender algunos temas”.

Pamela refiere “Siento que no estoy haciendo nada para ayudar a mi hija”, “siento que me mienten las maestras con el avance de mi hija”, luego pienso “soy incapaz como madre”, “siento que estoy fracasando como madre”, “me preocupan muchas cosas”, “tengo que actuar porque mi hija está creciendo y yo no voy a estar siempre a su lado”. Cuando estoy muy ansiosa me pongo a limpiar, trato de hacer algo de las cosas de casa para no pensar, trato de jugar con mis hijas, pero no puedo dejar de pensar en toda esta situación, a veces trato de ver películas, pero no me concentro.

Pamela manifiesta “mi esposo no tiene carácter y no le puede enseñar a mi hija”. Añade “...toda esta situación me pone ansiosa”, “no duermo bien”, “en ocasiones tengo dificultad para

respirar”, “siento dolor en el pecho”, “mi dolor de espalda incrementa”, “me irrito con facilidad y le grito a mi esposo, dejándole con toda la responsabilidad de mis niñas”, él se hace cargo de ellas y me deja descansar. Cuando me desespero prefiero alejarme, apartarme, ir a mi cuarto para no explotar. Me encierro en el cuarto y me echo a la cama, pero los pensamientos me invaden “hasta cuándo estará esta situación”, “siento que todo se me escapa de las manos”, “no puedo con las conductas de mi hija”, “si mi hija pequeña también tiene TEA”, “que va ser de mi vida”, “mi esposo debería ayudarme con mis hijas “, pienso que “mi esposo no se preocupa por nada” tengo temor a volverme loca”.

Desarrollo cronológico del problema:

Pamela refiere que, a la edad de 6 años, cuando estaba en primer grado su mamá le decía siempre “debes ser responsable, cumplida y hacer las cosas con tiempo para que seas una buena mujer” menciona que su mamá era muy trabajadora se levantaba temprano para hacer los quehaceres del hogar, le gustaba tener todo bajo control. Pamela manifiesta que se preocupaba mucho por cumplir sus responsabilidades y a la hora de los exámenes se ponía nerviosa, a pesar de haber estudiado mucho y siempre sacar buenas calificaciones.

A los 8 años recuerda que era muy tímida y le costaba hacer amigos por ello no tenía amigos en su barrio, ni en el colegio. sin embargo, menciona que le gustaba mucho hablar con personas mayores, se sentía más en confianza.

En la secundaria a la edad de 12 años, Pamela recuerda exigirse demasiado para tener buenas calificaciones, le gustaba ser ordenada y tener todo bajo control, cuando sentía que le faltaba hacer alguna tarea y se acercaba el tiempo de entregarlo y aún no tenía lista la tarea se angustiaba. Casi siempre se ponía nerviosa cuando tenía que dar sus exámenes a pesar de sacar buenas calificaciones.

En tercero de secundaria a los 14 años, recuerda que su padre le decía a su mamá “porque estudian tanto tus hijas, deberían dedicarse a los quehaceres del hogar, cuando se casen se van a dedicar a al cuidado de su casa y sus hijos y no van a trabajar” y por eso se sentía en la obligación de estudiar más, porque quería demostrar a su papá que ella podía ser alguien en la vida, con una profesión y que podía trabajar, se exigía al máximo y eso le generaba ansiedad se ponía muy nerviosa para los exámenes.

A los 17 años, cuando termino la secundaria no sabía que estudiar eso la ponía nerviosa y ansiosa ya que quería demostrarle a su familia que podía ser alguien en la vida, el no saber que estudiar le producía dolor de cabeza, tenía pensamientos como “si es una carrea que no me gusta, si no termino la carrera, si mi padre tiene razón, debo ingresar a la primera para que mis padres no me critiquen”.

A los 20 años, cuando cursaba el cuarto año de carrera, menciona comienza a trabajar para poder pagar los gastos de su estudio y demostrar a su papá que podía salir adelante por sus propios medios, estudiando y trabajando; sin embargo, siempre quería tener todo bajo control, sobre todo los trabajos grupales, cuando aún no lo terminaban y ya quedaba poco tiempo se angustiaba mucho porque pensaba que eso podría afectar su calificación.

A los 30 años, durante su embarazo tuvo amenaza de aborto, por ello le dieron descanso medico por tres meses, en ese momento le venían pensamientos como “porque tuvo que pasarme esto”, ahora no puedo hacer nada y tengo que estar en cama”, “mi esposo no podrá con todo el gasto”, “si no podemos pagar el alquiler nos pueden desalojar”, “no puedo con toda esta situación”, poniéndose ansiosa.

A los 33 años, cuando llevaba por primera vez a su hija a estimulación temprana observaba algo diferente en su hija en comparación de los otros niños, teniendo la sospecha que algo tenía o algo le pasaba, notando que, no era normal las conductas que observaba en su hija y tampoco se integrara con los demás niños, eso le generaba angustia, ansiedad y preocupación. En una oportunidad su mamá vino a visitarla le dijo “porque tu hija no habla como los demás niños” ante esas palabras se sintió más ansiosa (8/10) y la llevo a evaluar, en ese entonces estaba embarazada de su segunda hija, manifiesta que cuando le dieron el diagnostico le choco emocionalmente y su ansiedad se incrementó (10/10), se puso a investigar, todo lo relacionado sobre autismo y eso le generaba temor al futuro, pensaba “ahora que será de mi hija”, “siempre va a depender de mi”, “yo quería que ella sea una profesional”, “ya no podré trabajar”.

A los 34 años, cuando su hija tenía 4 años empezó sus problemas de conducta con más fuerza, gritaba y lloraba de todo, se tiraba al piso, tiraba los juguetes, daba manotazos cuando no le daban lo que quería, eso le causo una fuerte crisis de angustia y ansiedad, sentía que no podía controlarlo, tenía insomnio, sentía que todo se le escaba de sus manos, ante ello comenzaron los dolores de cuerpo y cabeza cuando fue al hospital le dijeron que tenía que recibir apoyo psicológico.

A los 35 años, menciona “las crisis de ansiedad son frecuentes”, cuando su hija tiene problemas de sueño lo que genera que la niña presente problemas de conducta, evidenciándose en gritos y lloriqueos cuando no se le da lo que quiere, Pamela menciona “ello me generaba una crisis de ansiedad (9/10), dolor muscular y dolor de cabeza, piensa “esto escapa de mis manos, no puedo controlarlo”, “mi esposo no me ayuda”.

A los 36 años, decide llevar a su hija colegio por primera vez, donde tenían que evaluarla, durante toda la evaluación se mantuvo ansiosa (9/10) y angustiada, pues ella tenía que permanecer fuera del consultorio, en esos momentos pensaba “mi hija se va a portar mal”, “seguro no la van

aceptar”, “me van a decir que soy una mala madre, que no sabe educar a su hija”, mientras caminaba de un lado a otro. Durante el primer día de clases se mantuvo preocupada y angustiada en su casa, mantenía el celular cerca de ella por si le llamaban del colegio, en caso su hija presentaba algún problema. Se mantuvo ansiosa hasta que llegó del colegio su esposo con su hija. Esta ansiedad se mantuvo durante toda la semana que su hija asistió al colegio. Luego empezó la pandemia y al suspenderse las clases presenciales, decidió que su hija no asista a clases por ese año.

A la edad de 37 años decidió inscribirle a su hija para que tenga clases de forma virtual, la ansiedad (9/10) volvió a presentarse, cuando tenía que estar presente en las clases virtuales, hacer los materiales para la clase de su hija, menciona “no me gusta mucho realizar manualidades, eso me provoca malestar”, por otro lado había días en que su hija amanecía fastidiada y lloraba durante toda la clase, eso la ponía tensa y ansiosa, sentía que las profesoras no le hacían caso a su hija, eso provocaba que en ocasiones se desconecte de las clases.

Actualmente se pone ansiosa y se angustia, cuando tiene que presentar los trabajos de su hija, cuando su hija tiene que dar sus exámenes, cuando se acerca la fecha para pagar la pensión escolar, cuando su hija no duerme por las noches, cuando las niñas pelean por el celular, cuando su esposo está en casa y no le ayuda con su hija, cuando tiene que presentar su trabajo y siente que no tiene tiempo. Manifiesta "cuando tengo que salir al banco y debo dejar a mis hijas con mi esposo, constantemente estoy llamándolo y preguntándole si todo está bien. Tengo pensamientos como: “seguro me está mintiendo para que no me preocupe”, “debo apurarme porque él no puede hacer nada sin mí”.

Historia Personal:

Desarrollo inicial:

El padre de Pamela tenía 38 años y la mamá 33 años cuando quedo embarazada, el embarazo no fue planificado, se desarrolló sin complicaciones durante los 9 meses, el parto fue natural.

Pamela camino al año y medio, no recuerda haber gateado, comenzó a emitir sus primeras palabras a los 10 meses y el control de esfínter fue a los 2 años.

Actitudes de la familia frente a la niña:

Sobre su familia Pamela señala que sus padres no tenían tiempo para ella, porque tenían muchas responsabilidades.

Con su hermano mayor no había mucha relación porque siempre estaba ocupado.

Con su hermana se llevaba bien pero siempre estaba ocupada ayudando a su mamá en los quehaceres del hogar.

Tabla 1

Educación

Estudios	Concluyó		Rendimiento		
	Si	No	Bajo	Promedio	Alto
Inicial	x				x
Primaria	x				x
Secundaria	x				x
Universidad	x				x

Desarrollo psicosexual:

Pamela refiere que su única pareja fue su esposo a quien conoció cuando tenía 30 años y al año de conocerse se casaron.

Actitudes religiosas:

Pamela menciona ser católica pero que no es practicante, en las ocasiones cuando algún familiar está muy enfermo suele rezar.

Interacción Social:

Desde pequeña le costaba mucho interactuar con sus vecinitos por ese motivo no tenía amigos, en la primaria y secundaria le costaba hablar con sus compañeros de aula por ello no tenía amigos, en la universidad se comienza a relacionar y tiene su grupo de amigas, con las que trabajaba en equipo para los diferentes cursos, en la actualidad no tiene amigos, pero participa en un grupo de madres con hijos con TEA de manera virtual.

Enfermedades y accidentes:

No ha presentado ningún problema de salud significativo.

Historia Familiar:

Datos familiares:

Tabla 2

Familia de origen

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Darío	73	Secundaria completa	Taxista
Madre	Paulina	67	Secundaria completa	Ama de casa
Hermano 1	Félix	48	Superior	Economista
Hermana 2	Milagros	43	Superior	Dentista

Tabla 3*Familia actual*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Esposo	Mario	43	Superior	Asesoría en redes
Hija 1	Claudia	7	Colegio Especial	Estudiante
Hija 2	Daniela	3	Inicial	Estudiante

Relaciones familiares:

La relación con su padre, refiere: “fue buena, cuando era niña no teníamos mucha comunicación por su trabajo, no paraba en casa, llegaba por las noches y algunos fines de semana viajaba a provincia por trabajo, el trataba de darnos todo en la medida de lo que podía.

La relación con su madre, menciona: “Era buena, pero no teníamos mucha comunicación, ella era muy responsable, se levantaba muy temprano para tener todo listo, le gustaba tener todo bajo control, siempre me aconsejaba que tenía que ser responsable con mis cosas, actualmente, no la voy a visitar por la pandemia.”

Con Félix: “No fue muy buena, ya que él me molestaba mucho por ser la menor y decía que mis padres me preferían a mí”, en la época escolar solamente lo veía de noche porque él estudiaba por las tardes, teníamos poca comunicación, ahora ya ni lo veo porque para ocupado en su trabajo y con sus hijos. “la relación con Milagros, refiere: “Ella es buena, siempre conversamos, me aconseja, nos comunicamos constantemente por teléfono, ella vive lejos y no puedo ir a visitarla, por la pandemia y por mis hijas”.

La relación con su esposo, refiere; “Él es muy bueno, no le gusta hablar mucho, es muy comprensivo, es pasivo, no se molesta a pesar que en ocasiones le grito o me molesto con él”.

La relación, con su hija mayor Claudia manifiesta “Es buena, aunque, mi hija no es muy cariñosa y a veces por su conducta me genera malestar, yo la quiero mucho, ella es mi mayor preocupación.

La relación con su hija Daniela refiere, “Ella es cariñosa, muy pegada a mí, compartimos juegos, me ayuda en algunas cosas de la casa, es muy tranquila y obediente, pero se pelea mucho con su hermana por el celular”.

Antecedentes Familiares con antecedentes psíquicos o psicológicos:

Refiere no tener ningún familiar que haya recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico.

2.5.4 Evaluación psicométrica:

A. Escala de Ansiedad de Hamilton

Datos de Filiación:

Nombres y Apellido	: Pamela R.C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 10 de agosto 1983
Edad	: 38 años
Sexo	: Femenino
Estado Civil	: Casada
Número de hijos	: 2 hijas
Grado de Instrucción	: Licenciada en Contabilidad
Ocupación	: Asesoría (virtual)
Religión	: católica

Fechas de Entrevista : octubre
Lugar de la entrevista : Consultorio privado
Psicóloga : Yudy Calero Milla

Motivo de Evaluación:

Evaluar el nivel de severidad de la ansiedad en la usuaria.

Técnicas e Instrumentos aplicados:

Entrevista

Escala de ansiedad de Hamilton

Resultados:

Ansiedad Psíquica 17

Ansiedad Somática 16

Puntuación total 33, lo cual indica ansiedad mayor

Conclusión:

La paciente presente ansiedad psíquica mostrando preocupación insomnio y cansancio, así mismo presenta ansiedad somática presentando síntomas como dolor muscular, sensación de debilidad, palpitaciones, dolor de pecho y problemas estomacales.

Recomendación:

- Entrenamiento en respiración y relajación, progresiva de Jacobson.
- Reestructuración cognitiva.

B. Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI.

Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos : Pamela R.C.
Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima, 10 de agosto 1983

Edad : 38 años
Sexo : Femenino
Estado Civil : Casada
Número de hijos : 2 hijas
Grado de Instrucción : Licenciada en Contabilidad
Ocupación : Asesoría (virtual)
Religión : católica
Fechas de Entrevista : octubre
Psicóloga : Yudy Calero Milla

Motivo de Evaluación:

Medir los niveles de ansiedad estado y rasgo

Técnicas e Instrumentos aplicados:

Entrevista

Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

Resultados:

Ansiedad de estado A- E = 28 puntos, ubicado en la categoría sobre promedio

Ansiedad de rasgo A- R = 31 puntos, ubicado en la categoría sobre promedio

Conclusión:

La paciente presente ansiedad estado (A-E) mostrando preocupación tensión, nerviosismo y cansancio, en la actualidad. Asimismo, presenta ansiedad rasgo (A-R) mostrando dificultad para resolver problemas, agitación cuando piensa en algunos problemas que no puede resolver porque siente que se le escapan de la mano e inseguridad a la hora de tomar decisiones.

Recomendación:

- Entrenamiento en respiración diafragmática
- Relajación progresiva de Jacobson.
- Reestructuración cognitiva.

C. Registro de Opiniones - Forma A**Datos de Filiación:**

Nombres y Apellidos	: Pamela
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 10 de agosto 1983
Edad	: 38 años
Sexo	: Femenino
Estado Civil	: Casada
Número de hijos	: 2 hijas
Grado de Instrucción	: Licenciada en Contabilidad
Ocupación	: Asesoría (virtual)
Religión	: católica
Fechas de Entrevista	: octubre
Psicóloga	: Yudy Calero Milla

Motivo de Evaluación:

Conocer creencias irracionales.

Técnicas e Instrumentos aplicados:

Entrevista

Registro de Opiniones – Forma A

Resultados:**Tabla 4***Resultados de las creencias irracionales.*

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Puntaje alcanzado	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	4	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	9	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	3	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	7	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	7	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	2	0-2	3	4	5-10

Conclusión:

La examinada presenta las siguientes creencias irracionales:

- “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”.
- “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”.
- “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”.

Recomendación:

Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otros pensamientos racionales.

D. Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI – II)

Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: Pamela
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 10 de agosto 1983
Edad	: 38 años
Sexo	: Femenino
Estado Civil	: Casada
Número de hijos	: 2 hijas
Grado de Instrucción	: Licenciada en Contabilidad
Ocupación	: Asesoría (virtual)
Religión	: católica
Fechas de Entrevista	: octubre
Psicóloga	: Yudy Calero Milla

Motivo de Evaluación:

Evaluar rasgos de personalidad.

Técnicas e Instrumentos aplicados:

Entrevista

Inventario Clínico Multiaxial de Millón II

Resultados:

Patrones clínicos de la personalidad: con un puntaje de 72 indicador sugestivo evitativo.

Patología severa de la personalidad: con un puntaje de 64 indicador sugestivo Paranoide.

Síndromes clínicos: con un puntaje de 98 indicador elevado en trastorno de ansiedad.

Síndromes clínicos graves: con un puntaje de 58 indicador sugestivo en Depresión mayor.

Conclusión:

La paciente se ajusta a los siguientes rasgos de personalidad: en el área de síndromes clínicos presenta rasgo de alta puntuación en trastorno de ansiedad generalizada.

Lo cual refiere que la paciente presenta síntomas de inquietud, tensión muscular, estado de preocupación constante por los problemas familiares, económicos, escolares de su hija con TEA. Reaccionando a veces con irritabilidad y cólera ante situaciones que siente que se le escapan de la mano, presentando insomnio, dolor en el pecho y problemas estomacales. Teniendo dificultad para relajarse y sus reacciones se presenten de forma exagerada.

Recomendación:

Entrenamiento en respiración y relajación progresiva de Jacobson.

Reestructuración cognitiva.

E. Escala de Habilidades Sociales

Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: Pamela R.C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 10 de agosto 1983
Edad	: 38 años
Sexo	: Femenino
Estado Civil	: Casada
Número de hijos	: 2 hijas
Grado de Instrucción	: Licenciada en Contabilidad
Ocupación	: Asesoría (virtual)
Religión	: católica
Fechas de Entrevista	: octubre
Psicóloga	: Yudy Calero Milla

Motivo de Evaluación:

Determinar las deficiencias y competencias que tiene la paciente

Técnicas e Instrumentos aplicados:

Entrevista

Escala de Habilidades Sociales de Arnold Goldstein & Col.

Resultados:

- Habilidades Sociales Básicas: puntaje directo obtenido 28, puntaje directo ponderado 88.
Eneatipo 5 = Normal nivel de habilidades sociales.
- Habilidades Sociales Avanzadas: puntaje directo obtenido 22, puntaje directo ponderado 91. Eneatipo 6 = Normal nivel de habilidades sociales.

- Habilidades Relacionadas con los Sentimientos: puntaje directo obtenido 22, puntaje directo ponderado 79. Eneatipo 4 = Normal nivel de habilidades sociales.
- Habilidades Alternativas a la Agresión: puntaje directo obtenido 27, puntaje directo ponderado 75. Eneatipo 3 = Bajo nivel de habilidades sociales.
- Habilidades para hacer frente al Estrés: puntaje directo obtenido 33, puntaje directo ponderado 68. Eneatipo 3 = Bajo nivel de habilidades sociales.
- Habilidades de planificación: puntaje directo obtenido 24, puntaje directo ponderado 75. Eneatipo 3 = Bajo nivel de habilidades sociales.
- Puntaje total directo obtenido 154.
- Puntaje total directo ponderado 78.
- Eneatipo 6 = Normal nivel de habilidades sociales.

Conclusión:

La paciente presente a nivel general nivel normal de habilidades sociales. Sin embargo, en algunas escalas presenta bajo nivel de habilidades sociales, estas escalas son: las escalas de Habilidades Alternativas a la Agresión, presentando dificultad para controlar su molestia o enojo y evitar los problemas con los demás, así mismo en Habilidades para hacer Frente al Estrés, teniendo dificultad para llegar a acuerdos con otras personas y frustrándose cuando no tiene éxito en algunas situaciones y en Habilidades de planificación presentando dificultad en la toma de decisiones o las tomas apresuradas que luego le provocan inconformidad.

Recomendación:

- Entrenamiento en respiración diafragmática
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: Pamela
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 10 de agosto 1983
Edad	: 38 años
Sexo	: Femenino
Estado Civil	: Casada
Número de hijos	: 2 hijas
Grado de Instrucción	: Licenciada en Contabilidad
Ocupación	: Asesoría (virtual)
Religión	: católica
Fechas de Entrevista	: octubre
Psicóloga	: Yudy Calero Milla

Motivo de Consulta:

Paciente acude a consulta debido a que hace un año está presentando síntomas físicos, emocionales y conductuales debido a la ansiedad.

Refiere: “Hace un año me siento muy ansiosa por todos los que se me presentan, siento que ya no lo puedo controlar se me escapa de la mano y eso me está causando angustia, preocupación. Irritabilidad, cuando no encuentro solución a lo que me pasa me vienen fuertes dolores de cabeza y espalda que no me permiten hacer nada y tengo que medicarme para estar bien, pero cuando me médico me tiro a la cama a descansar y me encierro en mi cuarto, pero no estoy tranquila porque

mis hijas gritan, lloran se pelean, mi esposo no puede controlarlas, eso me molesta porque no puedo descansar, por las noches me siento angustiada y no puedo dormir.

Técnicas e Instrumentos aplicados:

Escala de Ansiedad de Hamilton

Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI

Registro de Opiniones Forma- A

Inventario Clínico Multiaxial de Millón II

Escala de Habilidades Sociales de Arnold Goldstein & Col.

Análisis e interpretación de resultados de la evaluación Psicológica:

La paciente presenta un alto grado de ansiedad presentando síntomas como preocupación, inquietud, sensaciones de tensión, insomnio, cansancio al despertar y manos inquietas. Asimismo, presenta síntomas somáticos como dolores musculares, zumbido de oídos y sensación de debilidad, dolor de pecho, problemas gastrointestinales como hinchazón abdominal y cólicos, síntomas del sistema nervioso autónomo como Vértigos y dolor de cabeza.

Por otro lado, la paciente se muestra ansiosa, insegura, angustiada por situaciones que siente que no puede resolver, ya que en ocasiones se muestra insegura a la hora de tomar decisiones.

Emocionalmente experimenta cólera y frustración ante situaciones que siente que se le escapan de la mano o que siente que no puede hacerlo bien reaccionando impulsivamente con gritos y levantando la voz, para luego encerrarse en su cuarto.

Asimismo, presenta pensamientos irracionales de que debemos ser absolutamente competente y eficaz en todos los aspectos posibles, siendo muy exigente con sus tareas y acciones personales y familiares, criticándose si no sale como lo plantea o no tiene la solución en ese

momento, produciéndole síntomas físicos como dolores musculares, falta de aire y dificultad para dormir.

También presenta dificultad en las habilidades sociales como pedir ayuda, pedir las cosas de manera apropiada, no sabe cómo decirle a su esposo que la ayude con las responsabilidades. Así mismo tiene dificultades para controlar su enojo cuando algo no sale como lo planea, presentando irritabilidad, dolor de cabeza y cuerpo cuando siente que no puede controlar la situación.

Presunción Diagnóstica:

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

2.5.5.1 Diagnóstico:

A. *Diagnóstico Funcional*

Lista de conductas

- **Conductas Adaptativas:**
 - Motivación para el tratamiento
 - Acude regularmente a las terapias.
 - Cumplimiento de las tareas y registros
- **Conductas Desadaptativas**
 - Ansiedad Generalizada

Análisis funcional de la ansiedad Generalizada

Tabla 5

Análisis Funcional del trastorno de ansiedad generalizada

Estimulo Discriminativo	Variable del organismo	Conducta Problema	Estimulo Reforzador
<u>E.D. Externo</u>		<u>Respuesta</u>	<u>E.R. Externo</u>
La pandemia cambio mi situación y mis planes	Variables Psicológicas: personalidad: intuitivo-introvertido	<u>Cognitivo</u> “no tengo paciencia”	Se pone a limpiar la casa.
Mi hija se levanta fastidiada, llora y grita casi todo el día.	temperamento: colérico	“siento que no estoy haciendo nada para ayudar a mi hija”	Trata de jugar con sus hijas.
tengo que encargarme de la casa.	Variable sociocultural: Familia: la mamá tenía todo bajo control y era muy exigente.	“debería estar haciendo más cosas para ayudar a mi hija”	Trata de ver películas.
	Variables cognitivas: “debo tener todo bajo control”	“soy incapaz como madre”	Su esposo se hace cargo de las niñas.
	“mi esposo debería entenderme”	“siento que estoy fracasando como madre”	Su esposo le deja descansar
	“la profesora debería prestar más atención a mi hija”	“tengo que actuar porque mi hija está creciendo y yo no voy a estar siempre a su lado”	Su esposo le dice cálmate

Estimulo Discriminativo	Variable del organismo	Conducta Problema	Estimulo Reforzador
<u>E.D. Interno</u> “La pandemia cambio mi situación” “yo quería que mi hija vaya al colegio y tenga amiguitos” “las clases virtuales no la ayudan mucho	<u>Fisiológicos</u> dificultad para dormir dificultad para respirar dolor en el pecho dolor de cabeza Ritmo cardiaco acelerado dolor de espalda <u>Emocional</u> ansiedad preocupación desesperación irritabilidad llanto <u>Motor</u> encerrarse en el cuarto. echarse en su cama <u>Magnitud de la conducta:</u> Frecuencia: diaria Intensidad:9/10	<u>E. R. Interno</u> “no puedo con toda esta situación” “mi esposo no tiene carácter y no le puede enseñar a mi hija” hasta cuándo estará esta situación” “no puedo con las conductas de mi hija” “si mi hija menor tiene TEA”. “que va a ser de mi vida” “si mi esposo tuviera más carácter, me podría ayudar con las niñas “.	“mi esposo no se preocupa por el futuro de mi hija” “tengo temor a volverme loca”

Análisis Cognitivo de la Ansiedad Generalizada

Tabla 6

Análisis Cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
Cuando su hija no duerme por las noches y esta irritada gritando.	Soy incapaz como madre	Ansiedad 10/10 Ira 9/10
Cuando tiene que hacer las tareas con su hija	No puedo con toda esta situación	Desesperación 9/10 Cólera 10/10 Ira 9/10
cuando su hija interrumpe la clase gritando y llorar su hija en la clase zoom	La profesora no entiende a mi hija	Ansiedad 10/10 Cólera 9/10 Se desconecta de la clase zoom
Cuando su esposo le da dulces o el celular a sus hijas para que estén entretenidas	Mi esposo debería preocuparse por el futuro de mi hija	Ansiedad 10/10 cólera 9/10 irritabilidad 9/10
Cuando está recostada en la cama con dolor de cabeza	Si me muero que será de mi hija	Ansiedad 10/10 Preocupación 9/10

B. Diagnóstico Psicológico

Tabla 7

Diagnóstico Funcional del trastorno de ansiedad generalizada

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad cuando tiene que preparar los materiales de su hija • Ansiedad cuando sus hijas Gritan y se pelean • Se irrita con facilidad cuando siente que su esposo no le presta la atención necesaria a sus demandas • Preocupación cuando se acerca la fecha de pago de la mensualidad • Ansiedad medidas SUD en 10/10, Ansiedad 9/10, Preocupación 8/10, Cólera 8/10 • Dolor de cabeza, dolor de espalda, falta de aire, dificultad para dormir 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa comunicación asertiva • Habilidades sociales disminuidas • Poca capacidad en autocontrol 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de habilidades de planificación
Pensamientos de: <ul style="list-style-type: none"> • “Soy incapaz como madre” • “Debería estar haciendo más cosas para el futuro de mi hija” • “Tengo que actuar me queda poco tiempo” • “siento que como madre estoy fracasando” • “me molesta que la gente sienta lastima” 		

C. Diagnóstico Tradicional

Tabla 8

Criterios según DSM V: Trastorno de ansiedad generalizada

CRITERIOS DSM V	Presentes en la paciente
<p>A Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad a: <ul style="list-style-type: none"> - Hacer materiales para la clase de su hija - No poder controlar las conductas de su hija. - Que las personas sientan lastima de sus hijos con TEA,
<p>B Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación a: <ul style="list-style-type: none"> - No tener plata para poder pagar a tiempo la mensualidad. - Que su hija menor también tenga TEA. - Que su hija salga mal en sus exámenes.
<p>C La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente miedo y ansiedad <ul style="list-style-type: none"> - Cuando sus hijas pelean y gritan - Cuando está preocupada por la mensualidad, los exámenes, las tareas del colegio. - Cuando las personas sienten compasión por tener un hijo con TEA. - Cuando siente que todo se le sale de control. - Cuando está pensando cómo solucionar los problemas para pagar las terapias, el colegio, los problemas de sueño de sus hijas.
<p>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.</p>	<p>El dolor de espalda se presenta con dolores de lumbalgia, que no le permiten moverse por varias horas.</p>

CRITERIOS DSM V	Presentes en la paciente
E La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).	No presenta ninguna afección médica.
F La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.	Los problemas de ansiedad se presentaron en la juventud.

2.5.5.2 Recomendaciones:

- Seguir un programa cognitivo conductual para disminuir los síntomas físicos, emocionales, conductuales y cognitivos producto de la ansiedad que la aqueja.
- Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación.
- Entrenamiento en reestructuración de pensamientos distorsionados
- Entrenamiento en manejo de emociones.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en resolución de problemas.

2.6 Programa de intervención

Tabla 9

Sesión N° 1: psicoeducación

Fecha	Técnicas	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
23/09/21	Psicoeducación Explicación sobre el trastorno de ansiedad generalizada	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia. Establecer horario semanal de las sesiones y las reglas de las mismas Brindar información sobre el trastorno de ansiedad, como esta afecta en sus emociones, conductas, pensamientos y los síntomas fisiológicos que le aquejan. Reforzar la información brindada	<ul style="list-style-type: none"> • Se le da el saludo inicial • Se fijaron los días jueves para las sesiones. • Hora acordada 7pm • Mantener el ambiente libre de ruido (parte de la casa donde la paciente va a trabajar) • Cumplir con las tareas y ejercicios que se dejen para la semana. • Se le presentó a la paciente un video “qué es la ansiedad”. • Luego se explicó cómo afecta la ansiedad en su organismo y como se manifiesta con los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. • Se finalizó con preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión. 	Se firmó el contrato conductual Se le brindo el enlace del video Se le dejó como tarea para casa anotar durante la semana cuantas veces se presenta los síntomas de la ansiedad

Tabla 10

Sesión N° 2: Psicoeducación y entrenamiento en técnica de respiración:

Fecha	Técnicas	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
30/09/21	Psicoeducación Explicación del tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual Técnica de respiración diafragmática técnica del modelado	Explicar que es la terapia cognitiva conductual Lograr el control voluntario de la respiración para que pueda realizarlo en cualquier momento, sobre todo en las situaciones de mayor ansiedad o estrés. Reforzar la información brindada Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se le enfatizó en la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento • Se trabajó en base la información obtenida al inicio de la sesión para que mediante ejemplos identifique aquellas situaciones en las que ha experimentado malestar a causa de los pensamientos distorsionados. • Se le brindo información de la importancia de respirar con el diafragma y los beneficios que se obtienen en las personas con ansiedad • Se trabajó la forma guiada la técnica de la respiración diafragmática. Que inspire durante 4 segundos, que contenga el aire por 8 segundos y luego que exhale por 4 segundos luego se le pidió que repita la acción siguiendo la secuencia trabajada con el modelo dado. • Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida. Feedback. 	<p>Presentación de los registros trabajados durante la semana</p> <p>Se entregó un folleto con información de respiración diafragmática</p> <p>Se le dejó como tarea registrar durante la semana las veces que trabaja la técnica de respiración.</p>

Tabla 11

Sesión N°3: Entrenamiento en la técnica de relajación.

Fecha	Técnicas	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
14/10/21	Técnica de relajación muscular Jacobson	Consolidar el conocimiento del trastorno de ansiedad generalizada y la terapia cognitiva conductual Disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Breve resumen de los conceptos discutidos la anterior sesión Se practica la respiración diafragmática luego se le pide al paciente que se ponga cómoda y con ayuda de una música relajante se fue trabajando la técnica, relajando cada parte del cuerpo: • manos • brazos • hombros • cuello • espalda • rostro • abdomen • pies <p>Reforzar la información brindada Retroalimentación</p>	<p>La paciente presento la tarea de los registros de respiración.</p> <p>Se le dejo como tarea para trabajar la técnica aprendida y registrarla</p> <p>Se le facilitó el video sobre la relajación muscular progresiva de Jacobson (sesión guiada con instrucciones)</p> <p>Fuente: youtube</p>

Tabla 12*Sesión N°4: Psicoeducación y Reestructuración cognitiva*

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
21/10/21	Psicoeducación de la técnica Reestructuración cognitiva	Identificar y resolver las dudas respecto a las técnicas Introducir a la paciente al modelo cognitivo conductual. Identificar pensamientos distorsionados.	<ul style="list-style-type: none"> • Breve dialogo sobre las tareas que se dejaron la semana pasada. • Se le brindo información de cómo nuestros pensamientos distorsionados afectan nuestra emociones y conductas causando malestar y frustración. • Se le enseñó a identificar los pensamientos que le generaban malestar, para luego darle un valor SUD en una escala de 1 al 10. • Se trabajó con un pensamiento distorsionado y se le mostro cómo podemos cambiar este pensamiento por otro más adaptativos, logrando disminuir así el nivel de ansiedad • Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida • Retroalimentación 	Presentación de los registros de respiración y relajación. Se dejó como tarea para la siguiente sesión presentar un listado de pensamientos que le generan malestar y ansiedad.

Tabla 13*Sesión N° 5: Reestructuración cognitiva*

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
28/10/21	Debate socrático columnas paralelas.	Fortalecer la importancia de practicar las técnicas aprendidas. Identificar y modificar los pensamientos distorsionados	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior • Se trabajó con un pensamiento distorsionado, se fue debatiendo el pensamiento y luego se fue trabajando en las columnas paralelas en una columna se fue anotando la situación en que se presenta, los pensamientos distorsionados, la puntuación SUD y en la otra columna se va colocando otro pensamiento más adaptativo, se coloca la nueva puntuación SUD, logrando disminuir así el nivel de ansiedad. • Se trabajó otro pensamiento con la paciente, donde se fue debatiendo el nuevo pensamiento y la paciente fue anotando los pensamientos, puntuaciones y los cambios de pensamientos distorsionado por otro pensamiento más adaptativo, dándose cuenta que el cambio de pensamiento hace que disminuya su nivel de ansiedad al igual que su malestar físico. • Retroalimentación. 	<p>Paciente entrega el registro de respiración.</p> <p>Paciente presenta la lista de los pensamientos.</p> <p>La siguiente sesión la paciente presentara los auto registros de la técnica trabajada.</p>

Tabla 14*Sesión N° 6: Entrenamiento en la técnica de visualización*

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
04/11/21	Técnica de respiración Técnica de visualización	Disminuir los síntomas emocionales de la ansiedad Disminuir la tensión muscular.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior • Se trabajó la técnica de respiración con presencia. • Se le pidió a la paciente que se siente cómoda • Se trabajó la visualización, para ello se le pidió a la paciente que se relaje, que cierre sus ojos y que poco a poco pueda ir trasladándose al lugar y la situación que le generan malestar y dolor. • Para ello se le fue guiando con preguntas e intercalando con la respiración si la paciente sentía tensión en ese momento. • Luego poco a poco se fue regresando a la realidad y el momento en que se encuentra. • Retroalimentación. • Feedback. 	<p>La paciente presenta los registros trabajados durante la semana.</p> <p>Se dejó como tarea para la siguiente sesión anotar las veces que trabajo la técnica aprendida ante la presencia de ruidos</p>

Tabla 15*Sesión N° 7: Entrenamiento en manejo de emociones y autocontrol*

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
11/11/21	Psicoeducación de tipos de emociones. Técnica del semáforo Técnica del modelado Técnica del Ensayo conductual	Fortalecer el aprendizaje y la práctica de las técnicas trabajadas. Incrementar la forma correcta de responder ante situaciones de irritabilidad y enojo.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior • Explicación los tipos de emociones. • Se trabajó las emociones negativas y como interfieren en nuestras relaciones interpersonales. • Se le explico la técnica del semáforo • Se modelo la forma de trabarla. • Mediante el roleplay se practicó la técnica aprendida. • Retroalimentación. • Feedback 	<p>Presentación de las tareas.</p> <p>Se deja como tarea que la paciente elabore tres círculos con colores del semáforo.</p> <p>Se deja de tarea poner en practica la técnica aprendida y lo registre durante la semana.</p>

Tabla 16*Sesión N° 8: Entrenamiento en Resolución de problemas*

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
18/11/21	Técnica de Resolución de problemas mediante la aplicación de los 5 pasos de D'Zurilla y Goldfried.	Lograr un mejor afrontamiento a los problemas teniendo en cuenta las consecuencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior • Entrenamiento en los 5 pasos de la técnica de solución de problemas. • Se trabajó con un problema que le causaba malestar y no sabía cómo resolverlo. • Se realizó una lista de 10 posibles soluciones ante ese problema, se analizó cada respuesta de acuerdo a la realidad y la paciente logro elegir una posible solución que se adecuaba a su realidad, economía y no le generaba malestar. • Se anotó una lista de problemas que no sabe cómo solucionar. • Retroalimentación. • Feedback. 	Entrega de las tareas. Se dejó como tarea que anote las 10 posibles soluciones a cada problema trabajado en clase.

Tabla 17*Sesión N° 9: Entrenamiento en Habilidades Sociales*

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
25/11/21	Psicoeducación Técnica de aprenda modelado Técnica del ensayo conductual.	lograr que la paciente aprenda habilidades sociales en asertividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior. • Se le explico los tipos de comunicación: pasiva, asertiva y agresiva. • Se trabajó en una situación que le la paciente no es capaz de pedir ayuda correctamente, produciéndole enojo. • El terapeuta modelo la forma correcta de pedir ayuda, utilizando un tono de voz apropiado, la postura correcta y la mirada a los ojos. • Luego la paciente puso en práctica la forma como la terapeuta le modelo la situación, esto lo realizo en varias oportunidades hasta que se sintió en confianza y lo realizo de manera adecuada • Feedback. 	Entrega de registros con las tareas. Se le dejo como tarea poner en práctica la técnica aprendida en diferentes situaciones de su entorno familiar.

Tabla 18

Sesión N° 10: Técnicas para disminuir las creencias irracionales:

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
02/12/21	Reestructuración cognitiva Debate Socrático.	Identificar y modificar las creencias irracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior • Se formularon varias preguntas acerca de sus creencias irracionales. se trabajó con la creencia irracional de que debemos ser absolutamente competentes y eficaces para poder triunfar en la vida. formulándose así el debate sobre la racionalidad de su pensamiento, en búsqueda de la evidencia y lógica de la creencia. luego la paciente al darse cuenta de su irracionalidad, fue modificando su pensamiento por otro pensamiento más racional. • Retroalimentación • feedback. 	<p>Paciente entrega los autorregistros trabajados durante la semana.</p> <p>Seguir trabajando las técnicas que se aprendieron en las sesiones anteriores.</p>

Tabla 19

Sesión N° 11: Técnicas utilizadas para disminuir las creencias irracionales:

Fecha	Técnica	Objetivo	Procedimiento	Observaciones
09/12/21	Reestructuración cognitiva Debate socrático	Fortalecer el aprendizaje y la práctica de las técnicas trabajadas Identificar y modificar las creencias irracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión anterior • Se realizó preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida • Se continuó trabajando las creencias irracionales, se trabajó la creencia es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sea como a uno le gustaría que fuesen. varias preguntas acerca de sus creencias irracionales. • formulándose así el debate sobre la racionalidad de su pensamiento, en búsqueda de la evidencia y lógica de la creencia. luego la paciente fue modificando su pensamiento por otro pensamiento más racional. • Retroalimentación • feedback. 	<p>Paciente entrega los autorregistros trabajados durante la semana.</p> <p>Se deja de tarea llenar durante una semana los pensamientos distorsionados de la línea base y de los síntomas de la ansiedad generalizada. Así también llenar el registro de opiniones y la escala de ansiedad de Hamilton.</p>

Tabla 20*Sesión N° 12: Psicoeducación y cierre del programa*

Etapas	Técnica	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Observaciones
16/12/21	Psicoeducación	Reafirmar el conocimiento y aplicación de las técnicas trabajadas Supervisar el uso de técnicas o habilidades aprendidas en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pregunto cómo esta, cómo le fue durante la semana. • Se comentó el estado del paciente. • Se superviso el uso de las técnicas y habilidades aprendidas. • Trabajo el manejo de posibles recaídas. • Comprobar la evolución del tratamiento a través de, la aplicación de pruebas psicológicas cuestionario de Habilidades Sociales • Se programó la siguiente sesión de seguimiento para después de 1 mes. 	La paciente presenta los registros de la línea base de pensamientos y de respuestas emocionales y fisiológicas
Seguimiento mensual por 6 meses.				

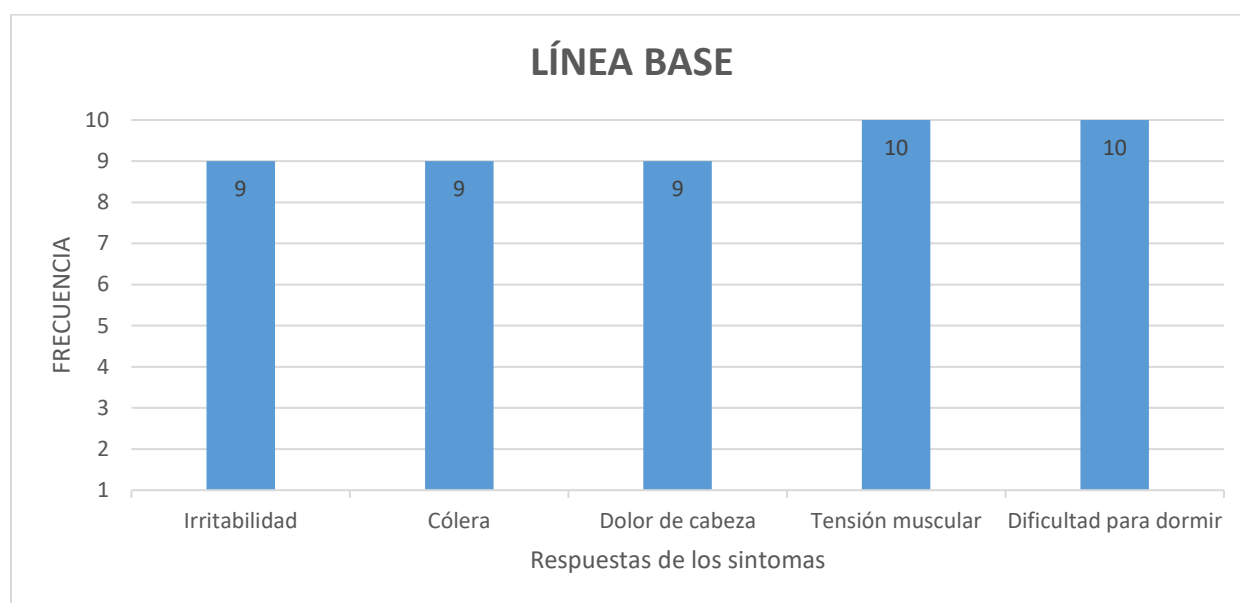
III. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la Intervención Cognitivo Conductual iniciando desde la línea base de las respuestas de los síntomas de la ansiedad, para posteriormente contrastar dicha información con los efectos del programa cognitivo conductual que denotan la disminución de la ansiedad en la paciente.

3.1 Análisis de resultados.

Figura 1

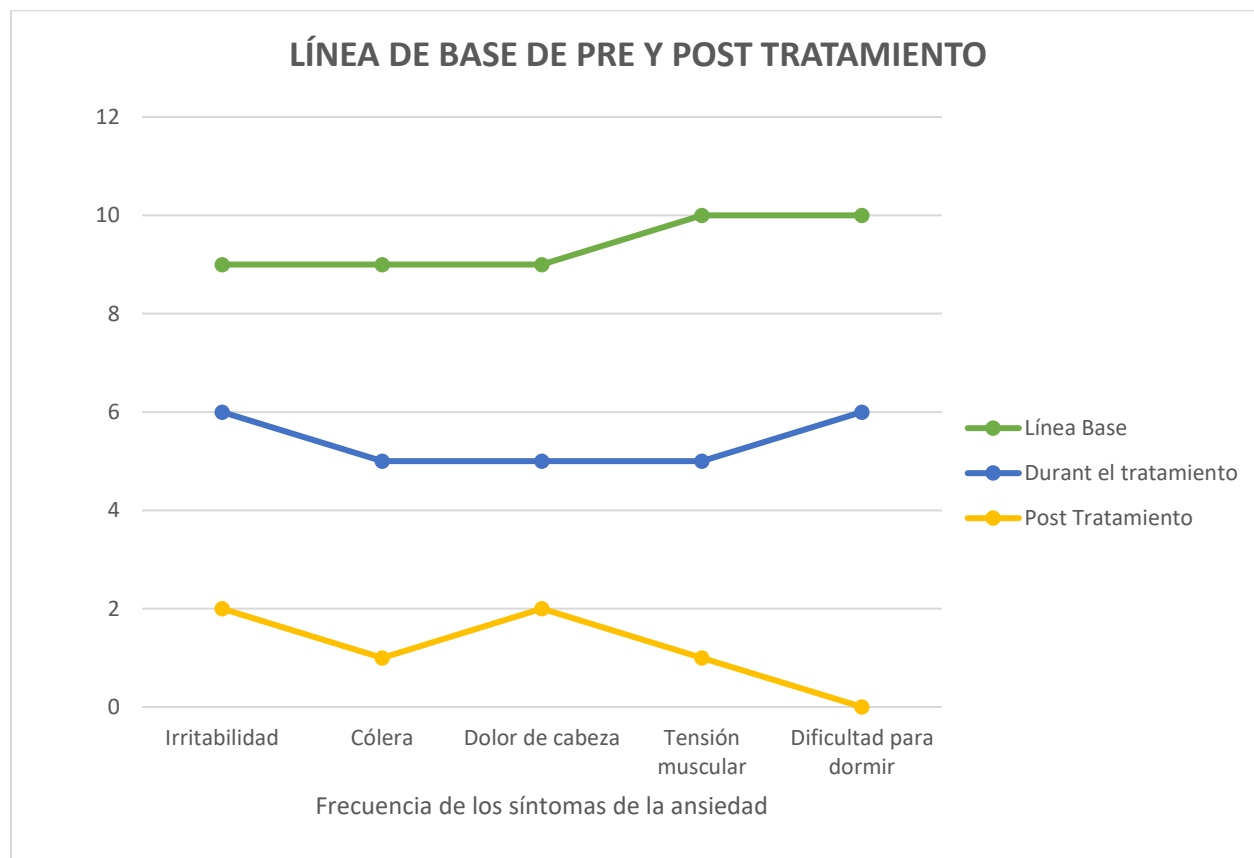
Línea Base de los síntomas de la ansiedad generalizada



Nota: En la figura 1 se observa el registro antes de iniciar el tratamiento de la frecuencia de los síntomas de la ansiedad generalizada promediados de una semana, evidenciándose las emociones de irritabilidad, cólera en un puntaje de 9 en la puntuación SUD y en las respuestas fisiológicas como dolor de cabeza la puntuación es 9 y en la tensión muscular y la dificultad para dormir el puntaje es 10 en la puntuación SUD.

Figura 2

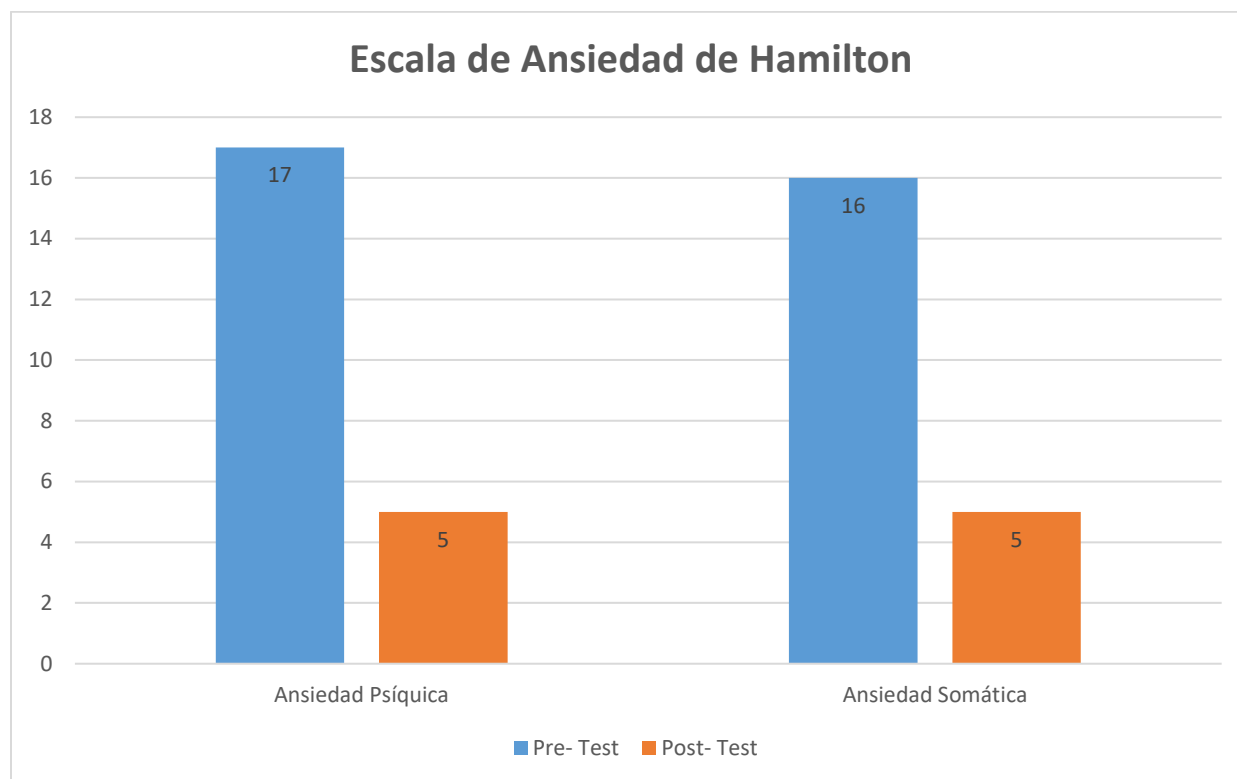
Línea base del pre y post tratamiento de los síntomas de la ansiedad generalizada



Nota: En la figura 2 se observa la puntuación del pre, durante y post test con la puntuación SUD en la frecuencia de las respuestas emocionales y fisiológicas de los síntomas de la ansiedad generalizada, antes del tratamiento la puntuación de las respuestas emocionales eran 9 en la frecuencia, luego del tratamiento bajo la puntuación a oscilar entre 2 y 1 el nivel de la frecuencia. En cuanto a las respuestas fisiológicas antes del tratamiento oscilaba entre 9 y 10 en la frecuencia, luego del tratamiento bajo la puntuación a oscilar entre 2 y 0 el nivel de frecuencia en la paciente con ansiedad generalizada.

Figura 3

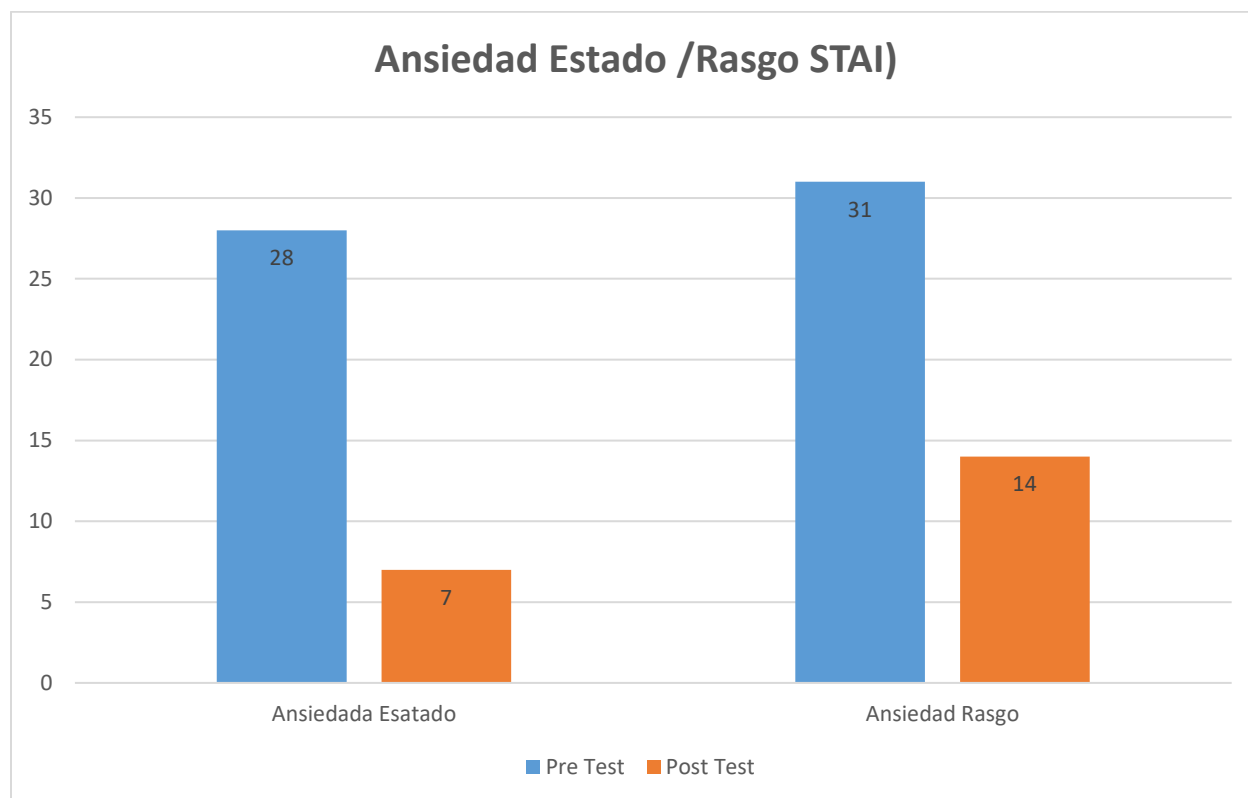
Nivel de Ansiedad pre y post tratamiento.



Nota: En la figura 3 se observa las puntuaciones de pre y post test de la escala de ansiedad de Hamilton, antes de la aplicación del programa de intervención la intensidad en ansiedad psíquica es 17 puntos perteneciente al rango de ansiedad mayor, luego de la aplicación del programa se observa una reducción significativa de la intensidad a 5 puntos perteneciente al rango de no presentar ansiedad. En la ansiedad somática antes de la aplicación del programa se observa la intensidad de 16 puntos perteneciente al rango de ansiedad mayor, luego de la aplicación del programa se observó una reducción significativa a 5 puntos en la intensidad perteneciente al rango de no presentar ansiedad.

Figura 4

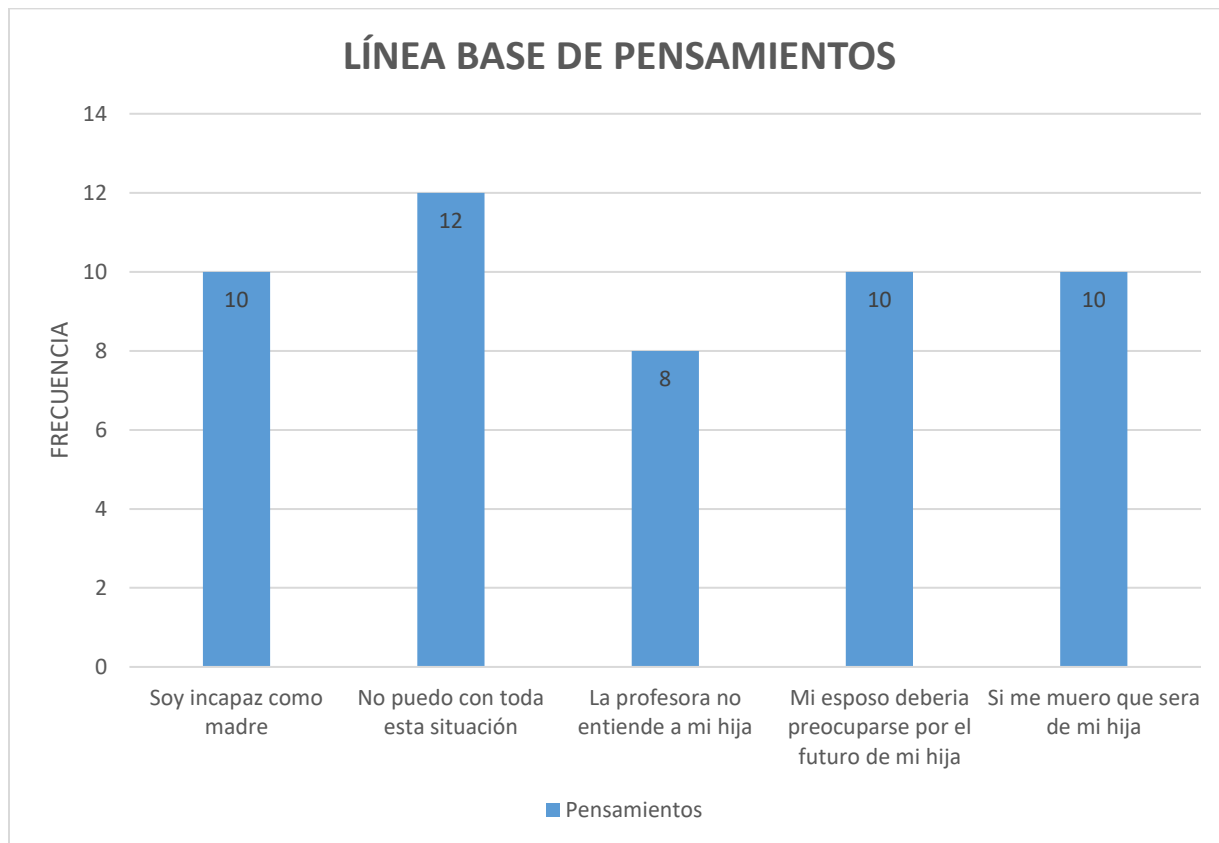
Nivel de Ansiedad Estado – Rasgo pre y post tratamiento



Nota: En la figura 4 se observa las puntuaciones de pre y post test del cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI, antes de la aplicación del programa la intensidad en ansiedad estado es 28 puntos que se encuentra en una categoría de sobre promedio, luego de la aplicación del programa se observa una reducción significativa de la intensidad a 7 puntos encontrándose en la categoría bajo. En la ansiedad rasgo se observa antes de la aplicación del programa una puntuación de 31 en intensidad que se encuentra en una categoría de sobre promedio, luego de la aplicación del programa se observa una disminución significativa a 14 puntos encontrándose en un nivel bajo.

Figura 5

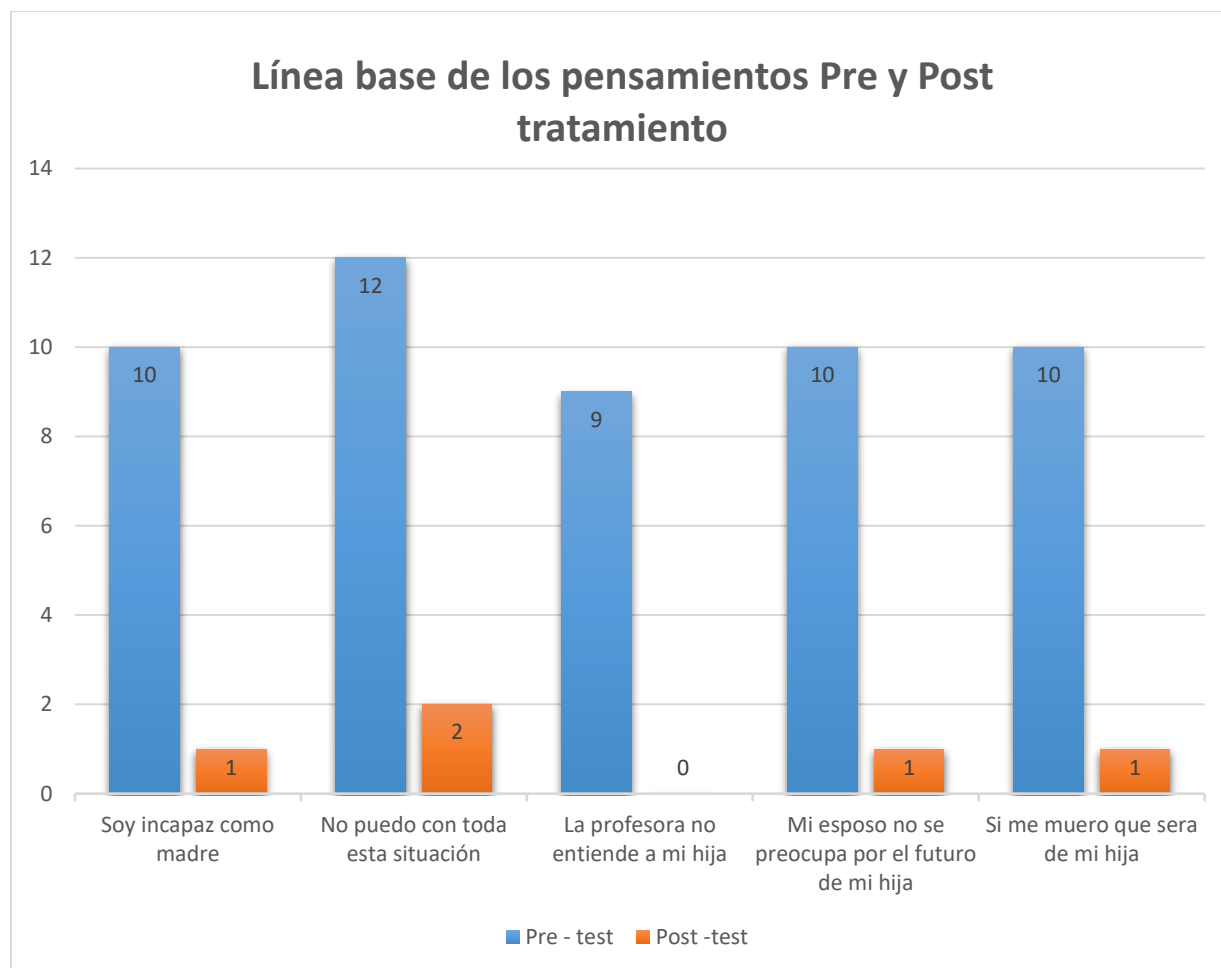
Línea base de la frecuencia de los pensamientos distorsionados



Nota: En la figura 5 se observa el registro promediado de una semana de la frecuencia de los pensamientos distorsionados de la paciente con ansiedad generalizada antes de iniciar el tratamiento, siendo la puntuación 12 la mayor y la puntuación de 8 la menor puntuación de los pensamientos.

Figura 6

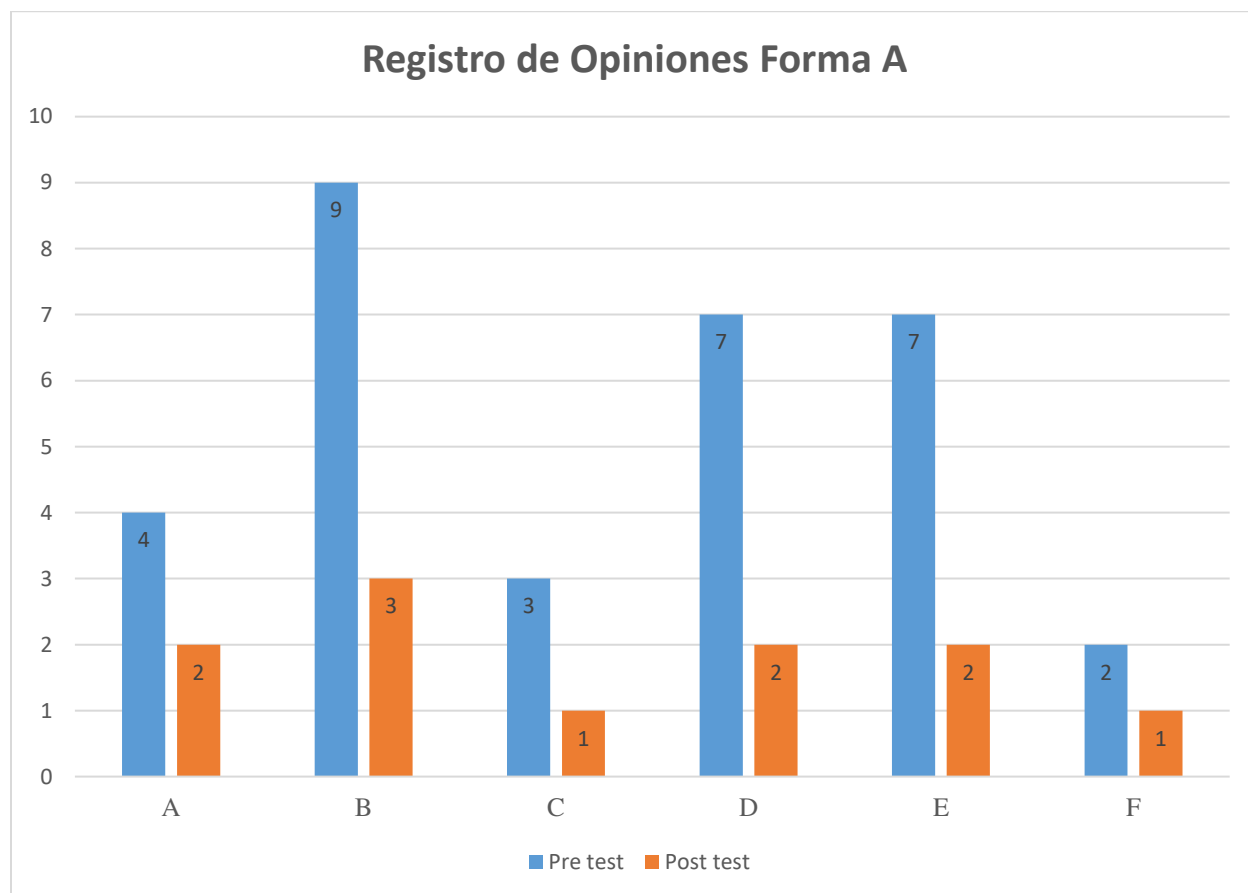
Frecuencia del pre y post tratamiento de los pensamientos distorsionados



Nota: En la figura 6 se observa la puntuación de la frecuencia del pre y post tratamiento de los pensamientos distorsionados de la paciente con ansiedad generalizada, antes de iniciado el tratamiento se observa que la puntuación oscila entre 12 y 9 puntos, luego de aplicado el tratamiento se observa una disminución significativa en la frecuencia de los pensamientos que oscilan entre 2 y 0 puntos.

Figura 7

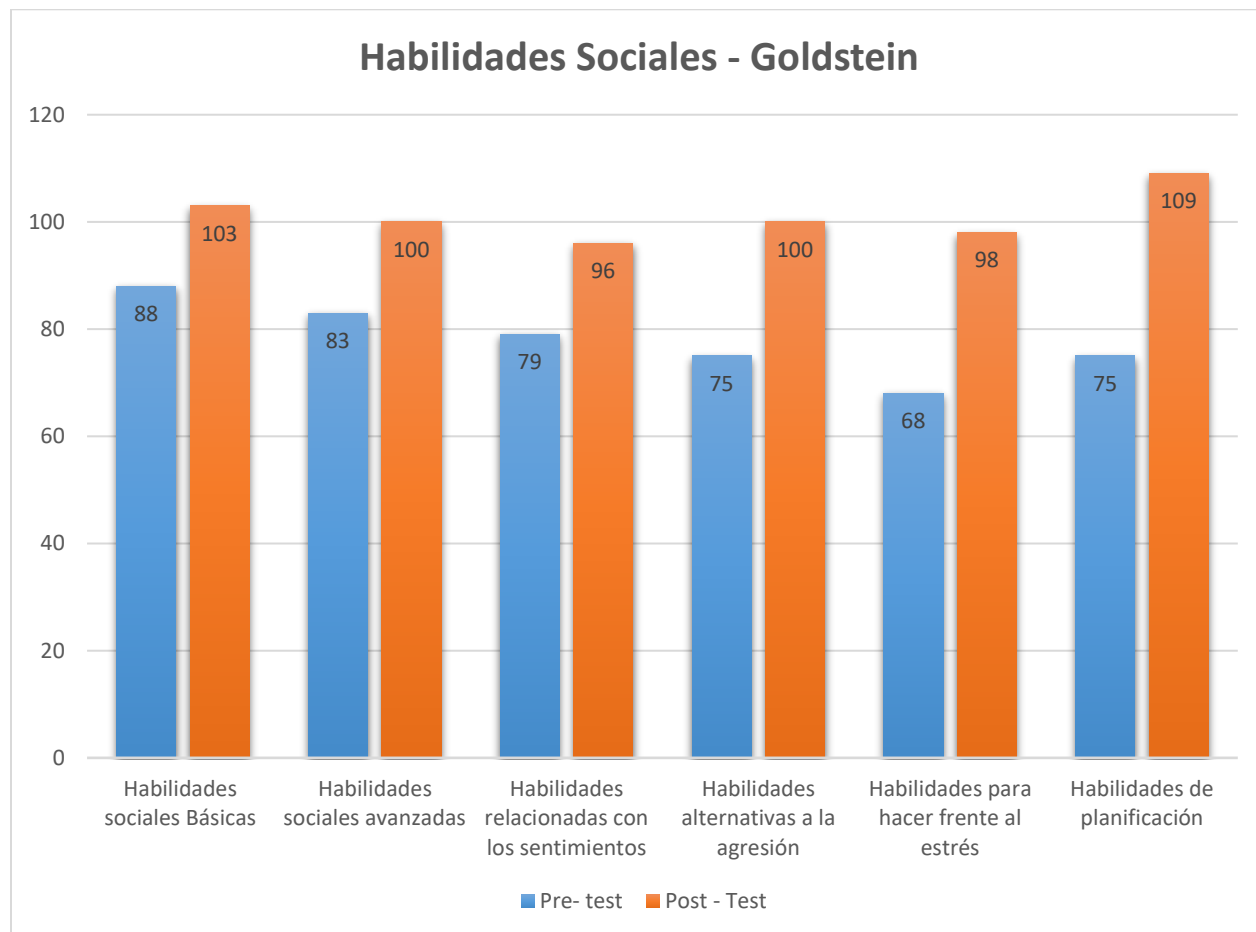
Puntuación de creencias irracionales pre y post tratamiento



Nota: En la figura 7 se observa la puntuación del pre test y post test del registro de opiniones, antes de iniciar el tratamiento la paciente presenta tendencia irracional en la letra B con una puntuación de 9, en la letra D con una puntuación de 7 y en la letra E con una puntuación de 7, luego de aplicado el tratamiento se observa una disminución significativa en las creencias irracionales observándose en la letra B una puntuación de 3, en la letra D una puntuación de 2 y en la letra E una puntuación de 2 pertenecientes al rango de pensamientos racionales.

Figura 8

Puntuación del pre y post tratamiento de las Habilidades Sociales



Nota: En la figura 8 se observa la puntuación del pre y post test en las habilidades sociales de la paciente, antes de aplicado el tratamiento se observa la puntuación directa ponderada que la puntuación mínima es 68 y la máxima es 88, luego de aplicado el tratamiento se observa un aumento significativo en las puntuaciones de habilidades sociales, siendo la mínima 96 y la máxima puntuación 109. Este aumento significativo se puede apreciar en las habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación.

3.2 Discusión de Resultados

El estudio de este caso tuvo como objetivo general disminuir la sintomatología de la ansiedad generalizada mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual de una madre con una hija con TEA. Al culminar las sesiones del programa cognitivo conductual obtuvimos una disminución significativa de los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada, lo que significa que las técnicas cognitivas conductuales seleccionadas para su caso fueron las indicadas. Completando lo dicho anteriormente se logró la modificación de los síntomas ansiosos, reforzando así lo señalado por Maraví (2020) y Espinoza (2019) quienes también demostraron la eficacia de la intervención cognitiva conductual para los trastornos de ansiedad generalizada, pues ayuda al paciente a mejorar el estado emocional, afectivo y fisiológico, asimismo permite modificar los pensamientos distorsionados que causan malestar a los pacientes permitiendo la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana. De la misma manera encontramos en estudios internacionales como los de Gonzales (2020) y Rodríguez (2017) quienes igualmente señalan la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales, ya que disminuyen los niveles de ansiedad y favorecen la obtención de pensamientos adaptativos en los pacientes con hijos con discapacidad, esto corrobora la eficacia de las técnicas aplicadas para la disminución de la ansiedad que padece la paciente con una hija con TEA. Según el análisis planteado se demostró que las técnicas de respiración diafragmática, técnica de relajación de Jacobson, reestructuración cognitiva y habilidades sociales son efectivas para los trastornos de ansiedad en madres con hijo con discapacidad.

Respecto al primer objetivo que fue disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad generalizada a través del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática y la relajación de Jacobson, nuestros resultados señalan que si se disminuyó los síntomas fisiológicos de la

ansiedad a través del uso de la técnica de respiración diafragmática y relajación de Jacobson, estos resultados son similares a los descritos por Maraví (2020) y Espinoza (2019) quienes aplicaron la técnica de respiración y relajación de Jacobson y tuvo como resultado un descenso en los síntomas fisiológicos, así mismo la paciente mejoro el desarrollo de adquisición de la relajación. De la misma manera encontramos en estudios internacionales como el de Gonzales (2020) quien aplico de la técnica de relajación de Jacobson observándose la disminución de los síntomas de la ansiedad generalizada en la paciente.

En relación al segundo objetivo fue Identificar disminuir los pensamientos distorsionados que causan malestar y modificarlas por otras más adaptativos, nuestros resultados demuestran que la paciente logro incorporar pensamientos más adaptativos en relación a sus pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva, estos resultados son similares a lo descrito por Maraví (2020) y Vega (2017) aplicaron la técnica de reestructuración cognitiva logrando modificar los pensamientos distorsionados que causan malestar en la paciente. De la misma manera encontramos en estudios internacionales como el de Torrenova (2016) donde la paciente logro identificar sus pensamientos distorsionados para luego modificarla por otros pensamientos más adaptativos logrando disminuir el nivel de ansiedad, tristeza y preocupaciones comparados con la línea base al inicio de la terapia.

Respecto al tercer objetivo disminuir las creencias irracionales y modificarlas por otros pensamientos más adaptativos, esto se evidencio en la aplicación del pre y post test donde hubo una disminución significativa en sus creencias irracionales, logrando que la paciente instaure pensamientos más adaptativos y disminuyan sus las respuestas de escape e incomodidad. Estos resultados son similares a lo descrito por Zegarra (2019) donde se evidencia que el paciente logro

sustituir las creencias irracionales, y logro instaurar pensamientos racionales, así como también disminuyeron las respuestas de escape y evitación en situaciones amenazantes.

Del mismo modo el cuarto objetivo fue incrementar las habilidades sociales en asertividad, esto se logró a través del automonitoreo, la respiración, la relajación, la técnica del semáforo para el autocontrol, el role play, modelamiento, la resolución de problemas los resultados evidenciaron que la paciente pudo mejorar sus habilidades sociales, ser más asertiva en su comunicación mejorando la relación con su entorno. Resultados similares podemos observar en Espinoza (2019) donde la paciente logro desarrollar nuevas habilidades para solucionar problemas de manera asertiva, así mismo instauro habilidades sociales que le ayudaron a desenvolverse de manera adecuada en su entorno.

Finalmente, nuestro estudio de caso Intervención cognitivo conductual en ansiedad generalizada en una madre con una hija con TEA buscó ser el inicio o la base para futuras análisis de casos similares, puesto que hay pocos aportes de casos al respecto de este tema. Teniendo en cuenta los porcentajes de la ONU donde evidencian que son las mujeres las que presentan mayor ansiedad en comparación con los hombres, de la misma manera se debe tener en cuenta no solo el abordaje conductual de la persona, sino también la importancia del enfoque cognitivo, dado que son los pensamientos los que buscan movilizar los comportamientos de la persona en los diversas fases y aspectos de su vida. Esto permitirá que al identificar indicadores de creencias o de déficit en sus habilidades sociales, se logre dar una intervención oportuna o temprana, evitando que repercuta negativamente en el desempeño de su entorno familiar o en el logro de sus aspiraciones personales. La terapia cognitivo conductual sigue vigente para el abordaje de pacientes con trastorno de ansiedad.

IV. Conclusiones

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

- 4.1. Se logró disminuir la sintomatología ansiosa luego de haber aplicado la terapia cognitiva conductual en una madre con una hija con TEA.
- 4.2. Disminuyeron los síntomas fisiológicos que causaban malestar en el cuerpo ya que la paciente aprendió a respirar y relajarse en momentos que siente tensión.
- 4.3. Se disminuyeron los pensamientos distorsionados que causan malestar identificándolos y modificándolos por afirmaciones verbales positivas.
- 4.4. Se disminuyeron las creencias irracionales, que tenía la paciente respecto a las opiniones que le producían irritabilidad y malestar logrando adquirir pensamientos más adaptativos.
- 4.5. Se incrementó el repertorio de habilidades sociales, respuestas de comunicación asertiva y manejo de autocontrol frente a conductas agresivas presentadas durante el estado de ansiedad.

V. Recomendaciones

- 5.1. Para que estos resultados se mantengan la paciente requiere un seguimiento primero a corto plazo y luego a mediano plazo, para seguir evaluando la efectividad de la terapia.
- 5.2. Para que estos resultados se mantengan la paciente debe incorporar la práctica de respiración y relajación en diferentes momentos de su vida.
- 5.3. Seguir trabajando los cambios de pensamientos distorsionados, cada vez que se presenten y generen ansiedad.
- 5.4. Continuar trabajando las creencias irracionales y seguir incorporando pensamientos más adaptativos que eviten generar malestar como irritabilidad y conductas de escape.
- 5.5. Seguir reforzando las habilidades sociales y de autocontrol aprendidas, así como el entrenándose en solución de problemas.
- 5.6. Hacer un programa de prevención de recaídas para que la paciente identifique las situaciones que puedan hacerle recaer en la sintomatología ansiosa y pueda actuar eficazmente ante posibles situaciones.

VI. Referencias

Alvarado, L. (2015). *Ansiedad en madres con hijos que padecen Síndrome de Down* [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Alvarado-Lucila.pdf>

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

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

Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

Bados A. (s.f.) *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Síntesis.

<https://es.scribd.com/document/377669132/Trastorno-de-Ansiedad-Generalizada-Guia-Para-El-Terapeuta-Arturo-Bados>

Clark, D. & Beck, A. (2012) *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (2010) *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Paidós.

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

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5873/ESPINOZA_RG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

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

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

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

Gonzales, M. (2020). *Efectos de la terapia grupal cognitivo conductual en la ansiedad de los cuidadores primarios con niños que padecen parálisis cerebral* [Tesis de licenciatura].

Repositorio Institucional Universidad Del Azuay.

<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9753>

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana

https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M. y Teixeira, V. (2008) *Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada*. The Cochrane Collaboration.

<https://www.samfyc.es/pdf/GdTSaludMental/20093.pdf>

Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad].

Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3109>

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*.

Martínez Roca S.A.

MINSA (2012) *Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34796-mas-de-11-millones-de-peruanos-tendrian-un-problema-mental-a-lo-largo-de-su-vida>

Moreno, P. (2002) *Guía de la ansiedad.* Desclée de Brouwer.

<https://www.infogerontologia.com/documents/patologias/ansiedad/ansiedad.pdf>

OMS (2018) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.*

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

OMS (2020) *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental.*

<https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

OPS (2018) *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018.*

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

OPS (2020) *Líderes mujeres llaman a integrar la salud mental en la respuesta al COVID-19.*

<https://www.paho.org/es/noticias/17-7-2020-lideres-mujeres-llaman-integrar-salud-mental-respuesta-al-covid-19>

Rodríguez, S. (2017). *Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comórbidos* [Tesis doctoral,

Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional ULL.

<https://portalciencia.ull.es/documentos/5e3170372999523690ffe6f2>

Rojas, E. (2014). *Cómo Superar la Ansiedad. La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Planeta.

https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29106_Como_superar_la_ansiedad.pdf

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

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

Sevilla, E. (2013) *Estudio de caso: terapia cognitiva conductual para trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide* [Tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ.

<https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2182>

Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1).

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es)

Stallard, P. (2007) *PENSAR BIEN – SENTIRSE BIEN: Manual práctico de terapia cognitivo – conductual para niños y adolescentes*. Desclée de Brouwer.

https://drive.google.com/open?id=1URKyLIXKdcCSPiH0e-5_UmXFSNU5UqC

Stamateas, B. (2017) *Calma emocional: como superar la ansiedad, los miedos y las inseguridades*. B De Books.

- Torrenova, E. (2016) *Mindfulness y Psicoterapia: un caso clínico de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva*. Universidad Pontificia Comillas Madrid.
<https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/13185/1/TFM000423.pdf>
- Vega, J. (2017) *Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva* [Estudio de caso para la licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5873>
- Velázquez, M., Martínez, M. P., Martínez, M. y Padrós, F. (2016) Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de psicología – GEPU*. 7(2)
<https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=googlescholar&id=GALE|A553280294&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=f089c018>
- Vizcarra, C. (2018) *Caso clínico: trastorno de ansiedad generalizada* [Estudio de caso para optar el título de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa] Repositorio Institucional UNSA.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8932>
- Zegarra M. (2019) *Terapia cognitiva conductual en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada* [Estudio de caso para optar el título de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4541>

VII. Anexos

Pre test

STAI

Nombre: Pamela
Fecha: 30 setiembre 2021

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Indique **CÓMO SE SIENTE USTED AHORA MISMO**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A-E

Marque (x) la columna adecuada	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado		X		
2. Me siento seguro		X		
3. Estoy tenso			X	
4. Estoy contrariado		X		
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)		X		
6. Me siento alterado		X		
7. Estoy preocupado ahora por las posibles desgracias futuras			X	
8. Me siento descansado		X		
9. Me siento angustiado			X	
10. Me siento confortable		X		
11. tengo confianza en mí mismo		X		
12. Me siento nervioso			X	
13. Estoy desasosegado			X	
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)			X	
15. Estoy relajado	X			
16. Me siento satisfecho		X		
17. Estoy preocupado				X
18. Me siento aturdido y sobreexcitado			X	
19. Me siento alegre		X		
20. En este momento me siento bien		X		

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Indique **CÓMO SE SIENTE USTED EN GENERAL**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A-R

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

Post test

STAI

Nombre: Pamela
Fecha: 30 setiembre 2021

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Indique **CÓMO SE SIENTE USTED AHORA MISMO**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A-E

Marque (x) la columna adecuada	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado		X		
2. Me siento seguro	X			
3. Estoy tenso		X		
4. Estoy contrariado	X			
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	X			
6. Me siento alterado		X		
7. Estoy preocupado ahora por las posibles desgracias futuras		X		
8. Me siento descansado	X			
9. Me siento angustiado	X			
10. Me siento confortable	X			
11. tengo confianza en mí mismo	X			
12. Me siento nervioso	X			
13. Estoy desasosegado		X		
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)		X		
15. Estoy relajado	X			
16. Me siento satisfecho	X			
17. Estoy preocupado		X		
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	X			
19. Me siento alegre	X			
20. En este momento me siento bien	X			

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno mismo. Indique **CÓMO SE SIENTE USTED EN GENERAL**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A-R

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

Pre test

Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre: Pamela

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupación, Inquietud. Temor de que suceda lo peor. Temor anticipado. Aprensión Irritabilidad.				*	
2 Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.				*	
3 Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. Al tráfico. A la muchedumbre.	*				
4 Insomnio: Dificultades de conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.				*	
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.			*		
6 Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.				*	
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.				*	
8 Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos u hormigueos).			*		

9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico (dolor de pecho). Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).			*		
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).			*		
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.			*		
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Pérdida de la libido, impotencia sexual.	*				
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.			*		
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitations. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.			*		

Post test

Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre: Pamela

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Preocupación, Inquietud. Temor de que suceda lo peor. Temor anticipado. Aprensión Irritabilidad.					
2 Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.		*			
3 Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. Al tráfico. A la muchedumbre.	*				
4 Insomnio: Dificultades de conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.		*			
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.		*			
6 Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	*				
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.			*		
8 Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parastésicas (pinchazos u hormigueos).	*				

9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico (dolor de pecho). Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).		*		
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).		*		
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	*			
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Pérdida de la libido, impotencia sexual.	*			
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.		*		
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitations. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.		*		

Pre test

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: Pamela

Edad:38

INSTRUCCIONES Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas. Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.
 Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.
 Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.
 Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.
 Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?			3		
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?				4	
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?				4	
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?				4	
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?			3		
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?			3		
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre sí?			3		
8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?				4	
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?		2			
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?				4	
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?			3		
12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?				4	
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?			3		

14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?					4
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?				3	
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?				3	
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?				3	
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?				3	
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?				3	
20. ¿Piensa por que está asustado y hace algo para disminuir su miedo?				3	
21. ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?					4
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?				3	
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?				3	
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?					4
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?					3
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?				2	
27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cuál es su postura?					4
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?				2	
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?					4
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?				2	
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?				2	
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?					3
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?					3
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?					3

35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?		2			
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?				3	
37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?		2			
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?				3	
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen?				3	
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?				3	
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?				3	
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?				3	
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?		2			
44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?					4
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?				3	
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?				3	
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?				3	
48. ¿Determina de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?				3	
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?				3	
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?				3	

Post test

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: Pamela

Edad: 38

INSTRUCCIONES Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas. Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.
Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.
Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.
Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.
Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE.

Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?					5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?					5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?			3		
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?					5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?				4	
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?				4	
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre sí?			3		
8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?				4	
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?					5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?				4	
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?				4	
12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?				4	
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?				4	

14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?				3	
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?					4
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?					4
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?					4
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?				3	
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?					5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?				3	
21. ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?					4
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?				3	
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?					4
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?					4
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto a quienes sostienen posturas diferentes?					4
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?				3	
27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cuál es su postura?					4
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?					4
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?					5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?					5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?					4
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?					4
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?					4
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?				3	

35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?					4
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?			3		
37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?					5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?					4
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen?					4
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?					4
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?					4
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?					4
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?					4
44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?					5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?					4
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?					4
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?					5
48. ¿Determina de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?					4
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?					4
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?					5

Creencias irracionales

Nombre: Pamela

Pre test

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Puntaje alcanzado	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	4	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	9	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	3	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	7	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	7	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecta fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	2	0-2	3	4	5-10

Nombre: Pamela

Post test

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