



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DE UNA MUJER ADULTA

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Chambi Morales, Mayra Lucia

Asesora

Tantalean Terrones de Callohuanca, Lizley Janne

ORCID: 0000-0001-7439-5699

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Del Rosario Pacherrres, Orlando

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima - Perú

2022

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: 1-A CHAMBI MORALES, MAYRA LUCIA 17% OFICIO N° 0126-2022- OGGE -AS-FAPS-

Fecha del Análisis: 17/10/2022

Operador del Programa
Informático: Sofia Teresa Salazar Chamba

Correo del Operador del
Programa Informático: ssalazar@unfv.edu.pe

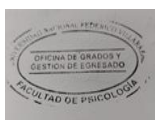
Porcentaje: 17 %

Asesor: Dra. LIZLEY JANNE TANTALEAN TERONES

Título: ·INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA DE UNA MUJER ADULTA·

Enlace: <https://secure.arkund.com/old/view/139946452-635105-304692#FZBLTgMwDETv0vUTiu34k14FsUAVoC7opkvE3RmU2LFn4ugpP5fv5+X6ujBMaaWiFK0YTKpJgW1t6bJTch5MXckrSaXbJbkq2w91JpsDfV/L6tl6RhZo+dG1sHxhRuulvCNJ15444MfgliEEU6o3kQSRTQxxGGzF9vYzlad7CZJJ5WLVDcUtShDsBXUpqQ04hVu1ixttOBgDvpQtSCFvMg4jHGEbaoJ5limpF10Foc4zgnOPXG5Xn/etw/77f3x+3jcl0v+qWwilg2nelev38=>

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



Mg. MAXIMO AUGUSTO NIQUEN VALLEJOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DE UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación

Salud mental

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

Autora

Chambi Morales, Mayra Lucia

Asesora

Tantalean Terrones de Callohuanca, Lizley Janne

ORCID: 0000-0001-7439-5699

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Del Rosario Pacherrres, Orlando

Carlos Ventura, David Dionisio

Lima - Perú

2022

ÍNDICE

Resumen	vi
Abstrac	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Antecedentes	4
1.2.1. <i>Antecedentes nacionales</i>	4
1.2.2. <i>Antecedentes internacionales</i>	7
1.2.3. <i>Fundamentación teórica</i>	9
1.3. Objetivos	30
1.4. Justificación	30
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	31
II. METODOLOGÍA	33
2.1. Tipo y diseño de investigación	33
2.2. Ámbito temporal y espacial	33
2.3. Variables de investigación	33
2.4. Participante/Sujeto	34
2.5. Técnicas e instrumentos	34
2.5.1. <i>Técnicas</i>	34
2.5.2. <i>Instrumentos</i>	34
2.5.3. <i>Evaluación psicológica</i>	38
2.5.4. <i>Evaluación psicométrica</i>	48
2.5.5. <i>Informe psicológico integrador</i>	60
2.6. Intervención	67
2.6.1. <i>Plan de intervención y calendarización</i>	67

2.6.2. Programa de intervención	71
2.7. Procedimiento	85
2.8. Consideraciones éticas	85
III. RESULTADOS	86
IV. CONCLUSIONES	98
V. RECOMENDACIONES	100
VI. REFERENCIAS	101
VII. ANEXOS	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Especificaciones para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada del MSM-V y el CIE-10	10
Tabla 2.	Lista de chequeo de la conducta problema	56
Tabla 3.	Lista de respuestas conductuales ante la ansiedad. Frecuencia semanal	58
Tabla 4.	Análisis funcional de TAG	63
Tabla 5.	Sesiones de la Intervención Cognitivo Conductual	67
Tabla 6.	Programa de intervención	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Creencias irracionales de Albert Ellis	21
Figura 2.	Programa de Intervención Cognitivo Conductual	29
Figura 3.	Lista de chequeo y conductas fisiológicas antes y después del tratamiento	87
Figura 4.	Resultados de la prueba SCL-90	88
Figura 5.	Resultados de la prueba pretest y posttest respecto al Inventario de Ansiedad y Depresión	89
Figura 6.	Resultados de la prueba pretest y postes respecto al Cuestionario de Ideas Irracionales	90
Figura 7.	Ansiedad estado-rasgo antes y después del tratamiento	91
Figura 8.	Resultados pretest y posttest del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III	92
Figura 9.	Respuestas conductuales frente a la ansiedad	93

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad del programa de intervención cognitivo conductual, en una usuaria adulta con ansiedad generalizada. **Método:** La evaluación realizada y el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único intrasujeto A-B en el que se estudia el efecto de una variable manipulada (condición B) y se compara con una línea base o condición previa (condición A) en el mismo sujeto. Para ello se realizaron 16 sesiones en un periodo de 04 meses, 60 minutos cada sesión. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron los siguientes: la entrevista clínica, historia psicológica, observación conductual y aplicación de instrumentos psicológicos: la Escala de autovaloración de depresión de Zung, la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung, el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, la escala de síntomas psicopatológicos SCL-90, y el Registro de Opiniones – Forma A de Ellis. El diseño del programa de intervención se basa en los principios del modelo cognitivo-conductual mediante la aplicación de las técnicas Psicoeducación, Restructuración cognitiva, automonitoreo, resolución de problemas, visualización positiva y la relajación muscular progresiva de Jacobson. **Resultados:** Tras la aplicación del tratamiento, se observó una reducción de la ansiedad generalizada, así como de la sintomatología asociada a la misma, la influencia de las ideas irracionales y conductas evitativas. **Conclusiones:** La intervención cognitiva conductual es eficaz para la reducción de los niveles de ansiedad generalizada en casos únicos.

Palabras clave: ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitiva conductual

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of the cognitive behavioral intervention program in an adult client with generalized anxiety. **Method:** The evaluation carried out and the cognitive-behavioral approach was designed under the A-B intra-subject single case experimental model in which the effect of a manipulated variable (condition B) is studied and compared with a baseline or previous condition (condition A) in the same subject. For this purpose, 16 sessions were carried out in a period of 4 months, 60 minutes each session. The techniques and instruments used were the following: clinical interview, psychological history, behavioral observation and application of psychological instruments: The Zung Depression Self-Rating Scale, the Zung Anxiety Self-Rating Scale, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Millon III Clinical Multiaxial Inventory, the SCL-90 psychopathological symptom scale, and the Ellis Opinion Record - Form A. The design of the intervention program was based on a cognitive-behavioral intervention. The design of the intervention program is based on the principles of the cognitive-behavioral model through the application of Psychoeducation, Cognitive Restructuring, self-monitoring, problem solving, positive visualization and Jacobson's progressive muscle relaxation techniques. **Results:** After the application of the treatment, a reduction of generalized anxiety was observed, as well as of the symptomatology associated with it, the influence of irrational ideas and avoidance behaviors. **Conclusions:** Cognitive behavioral intervention is effective for the reduction of generalized anxiety levels in single cases.

Key words: anxiety, generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad es considerado como una de las problemáticas más comunes dentro del área de la salud de la mente, y con mucha frecuencia son evaluados y tratados en muchos centros de atención primaria de salud. La prevalencia de esta condición es tal, que gran parte de la población estadounidense la posee, aproximándose a uno de cada 10 pacientes padecen este tipo de trastorno como diagnóstico. Los usuarios que la tienen perciben un deficiente estilo de vida, acompañado de la reducción de su capacidad productiva y el aumento considerable de las necesidades relacionadas a la atención psicológica, emocional y física.

En el Perú, los trastornos de ansiedad se presentan con una frecuencia considerable, siendo una de las condiciones con una alta prevalencia, misma que se ha resaltado su presencia en centros de atención sanitaria de Lima Metropolitana y la Provincia constitucional del Callao, así como en sistemas de atención ambulatoria de todo el terreno nacional. Dentro de los trastornos ansiosos, los más comunes han sido el trastorno de pánico, la agorafobia, la fobia de tipología social y el trastorno ansioso generalizado, siendo este último el más reportado con 2 de cada 10 pacientes por año. A pesar de esto, los métodos para el diagnóstico no son aplicados rápidamente, por lo que no son detectados a tiempo, y cuando lo son, los tratamientos son dejados de lado o aplazados indefinidamente.

El trastorno de ansiedad generalizada es una condición que no solo afecta al individuo que la posee, sino que llega más allá, afectando a la familia desde el factor afectivo hasta el factor económico, puesto que los tratamientos para ella son altamente caros. Por esto, a nivel global, es necesario una ardua prevención y educación acerca de este tipo de trastornos de ansiedad.

La pandemia de COVID-19 que se vive en la actualidad, ha causado el deceso un gran número de la población mundial, situación que ha originado un impacto negativo en la mente de muchos peruanos y ha traído consigo muchas consecuencias emocionales.

El trastorno ansioso generalizado se encuentra clasificado en el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocidos por sus siglas DSM-V, en la que se encuentra conceptualizado como una condición perdurable y persistente, la cual se activa sin razón específica aparente, la cual causa la sobre exageración de la preocupación hasta grados patológicos. Esta angustia no es única, sino que puede presentarse con varios orígenes y acumulándose, causando un malestar de tipo psíquico que se extiende sobre distintos aspectos de la vida del individuo afectado.

El presente estudio tiene como objetivo trazado hacer una descripción de un caso clínico de una usuaria que se encuentra en la adultez, la cual presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada, fue derivada por indicaciones de su médico tratante del área de psiquiatría para el tratamiento respectivo, mismo que sentará sus bases en el enfoque cognitivo conductual. Este proceso presentará el fin de reducir el grado de ansiedad patológico que presenta.

La presente investigación se ejecutó de la siguiente manera: En el primer capítulo, se desarrolló el planteamiento del problema, así como los antecedentes (internacionales y nacionales). Además, se desarrolló el marco teórico, mismo que es la base de la investigación, el caso y los procedimientos aplicados. Además, se incluyen los objetivos y la justificación del estudio, en el que se exalta el porqué del mismo.

En el segundo capítulo, se hace una descripción en los métodos y técnicas utilizados, en el que, además, se complementará con información pertinente de la parte clínica de la intervención con la usuaria. En el tercer capítulo se presentó una descripción de los resultados obtenidos tras las terapias aplicadas, seguido de la discusión, en el que se corroborarán los resultados encontrados con estudios similares. Posteriormente, en el cuarto capítulo se expresarán las conclusiones obtenidas tras el estudio, y en el quinto capítulo, se plantearon las recomendaciones hacia este tipo de casos, buscando evitar recaídas.

1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (2019), reportó que en la población global, más de 263 millones de habitantes poseen algún tipo de trastorno de ansiedad, siendo de las más frecuentes a nivel mundial; y dentro de las mismas, el trastorno de la ansiedad generalizada es una de las más diagnosticadas en consultorios psicológicos y en consultas de salud ambulatorias (Yañez, 2022).

El trastorno de ansiedad generalizada ha sido definido de diferentes maneras a lo largo de los años, cada una de ellas como el fruto de investigaciones sobre poblaciones específicas. Debido a esto, los estudios de tipo epidemiológicos son los más realizados, puesto que a partir de ellos se reúnen las características expresadas por cada paciente y, con ello, se pueden realizar modelos de tratamientos válidos para esta enfermedad (Vega, 2017).

En el continente europeo y durante el año 2018, se publicó un informe que estuvo a cargo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en el que se reportó que Países Bajos cuenta con los mayores índices de ansiedad con 7,28%, seguidos por Noruega con 6,63%, la República alemana con 6,11% y España con 5,76%, siendo las mujeres las más afectadas. (Organización para la Cooperación, el Desarrollo Económicos y Unión Europea, 2018). En el continente americano, el estudio de los trastornos de ansiedad y su prevalencia se ha visto truncada por la llegada de la emergencia sanitaria mundial ocasionada por la COVID-19. Entre aquellos realizados como el PSY-Covid-19 en Colombia, se estimó que de más de 18 mil personas que se encontraban en un rango etario de 18 y 90, el 29% sufría ansiedad y, de ellos, el 75% afectado eran del sexo femenino. (Anyosa et al., 2020, p. 19).

El Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (2018), reportó tras la aplicación de un estudio realizado en 8 hospitales de la capital, que más del 10 % presentan sintomatología ligada a la tristeza, irritabilidad y preocupación, principalmente por el estado de salud propio y de

familiares propios, la falta de recursos económicos y la inseguridad nacional, teniendo temor al andar en las calles. Esta condición ha afectado principalmente a mujeres con un rango etario de 25 a 44 años, teniendo además como factor predisponente a las enfermedades mentales. Por otro lado, el Ministerio de Salud del Perú (2022) ha indicado que durante los meses de enero a mayo del 2021, se han tomado, analizado y atendido 156 mil casos de ansiedad mediante los salvoconductos de atención competentes, alzando estos valores desde la llegada de la pandemia por COVID-19.

La COVID-19 fue detectado por primera vez en la provincia de Wuhan, China, descrita como una neumonía de origen etiológico desconocido. Con el pasar del tiempo, se diseminó por toda China, por el continente asiático y posteriormente por todo el mundo, siendo declarada como pandemia por la OMS en 2021. El primer caso reportado en Perú encendió las alarmas, por lo que el estado peruano promulgó medidas de aislamiento obligatorio, mismas que se extendieron por meses, obligando a las personas a realizar estudios a distancia y teletrabajo. Estas condiciones agravaron el estado mental de la población, registrándose un incremento de casos de ansiedad en el país como producto de esta problemática (Abereu et al., 2020; Anyosa et al., 2020, p. 19).

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

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Ferro (2022), evaluó la intervención cognitivo conductual en un adulto con sintomatología ansiosa generalizada. El objetivo planteado fue reducir los síntomas de ansiedad generalizada a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida. El participante fue un varón de 26 años, quien presentó sintomatología de ansiedad generalizada. De igual modo, los instrumentos

aplicados en la prueba fueron: El Inventario Clínico Multiaxial de Millon y el Inventario de Ansiedad de Beck. Como resultados se aprecia que el consultante logró reducir los síntomas de ansiedad generalizada de un nivel moderado a un nivel normal, teniendo un impacto positivo frente a la percepción de sí mismo, en sus relaciones interpersonales y su desempeño laboral (Yañez, 2022).

Rojas (2021), analizó un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada. El objetivo del estudio fue disminuir la ansiedad de una joven de 22 años, quien presentaba un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. El instrumento aplicado fue la Escala de Ansiedad de Zung, además de evaluar cualitativamente mediante entrevistas abiertas para la identificación de síntomas. De acuerdo con la intervención, se aplicó técnicas cognitivas y conductuales. Como resultados, en el paciente se observó disminución significativa de la ansiedad, mostrando que el modelo cognitivo conductual es importante en el trabajo de la ansiedad.

Mallqui (2020), evaluó un caso clínico de Intervención Cognitivo Conductual para la Ansiedad, en un usuario de 27 años, con educación superior, a fin de disminuir 4 síntomas manifestos en: 1) dificultad para respirar, 2) nerviosismo, 3) taquicardias e 4) intención de ofensa; mediante, la entrevista psicológica, el inventario de ansiedad de Beck, el test de personalidad de Eysenck, el test de ansiedad y depresión de Zung y el test caracterológico de Gaston-Berger; bajo el modelo terapéutico Cognitivo Conductual. Como resultado el usuario logro disminuir los síntomas y niveles de ansiedad, lo cual se comprueba la efectividad del tratamiento aplicado en el trastorno de ansiedad generalizada.

Maravi (2020) realizó el estudio de un caso clínico denominado: Intervención Cognitivo-Conductual de una persona adulta con Trastorno de Ansiedad Generalizada, presentando como objetivo planteado reducir los niveles de ansiedad de tipo generalizada en una paciente piurana de 43 años. Los instrumentos aplicados fueron la entrevista clínica, Test de pensamiento automáticos de Beck, el Cuestionario de Creencias Irracionales, el Inventario

de ansiedad Estado/ Rasgo (STAI), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario SCL-90, el Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Se reportaron como resultados que la paciente redujo la frecuencia de la sintomatología para la ansiedad (exceso de preocupaciones respecto a los familiares cercanos, aspectos sociales, dinero y relación de pareja. Además, presentó como propuesta que el tratamiento cognitivo conductual es eficiente para los pacientes diagnosticados con Ansiedad Generalizada.

Espinoza (2019), evaluó el efecto de la intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada, en una mujer de 57 años de edad, con la finalidad de disminuir las creencias irracionales que sostienen la ansiedad y favorecer el desempeño personal, social y laboral. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad Estado Rasgo. La intervención realizada logró disminuir la sintomatología ansiosa, también los pensamientos o creencias irracionales. De igual modo, favoreció las habilidades personales que le permiten manejar la ansiedad, relajarse, sentirse mejor y solucionar adecuadamente los problemas.

Acosta (2018), planteó un estudio de caso clínico, basado en la intervención conductual para un consultante con fobia social. La finalidad del estudio fue reducir la sintomatología presente de ansiedad en una consultante de 21 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon y la Escala de Ansiedad Estado Rasgo. Como resultados se explica que la paciente logró adquirir habilidades que le permiten encontrar el vínculo presente entre los pensamientos, emociones y comportamientos. Además, pudo identificar los estados de tensión para lograr un estado de relajación importante y aplicar a su vida diaria, dando por hecho de que el modelo cognitivo conductual es un modelo terapéutico efectivo para la ansiedad.

Vega (2017) aplicó un plan de tratamiento en un estudio de caso para diagnóstico de Ansiedad generalizada, empleando la Terapia Cognitiva. El individuo evaluado fue una mujer

con 26 años. El objetivo de la aplicación del tratamiento fue aliviar el aspecto emocional de la paciente a partir de adquirir pensamientos adaptativos y de tipo relacionales, mismos que deben facilitarle adecuarse al entorno externo e interno de su vida. Para llegar al diagnóstico, utilizó los siguientes instrumentos: la entrevista psicológica, Inventario Multifásico de la personalidad (MINIMULT), el Inventario de depresión de Beck y el Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Tras la aplicación del tratamiento, se reportó que la paciente fue capaz de cuestionar sus ideas, así como evaluar pensamientos relacionados a la irracionalidad. Asimismo, se observó que el grado de ansiedad disminuyó considerablemente. Por otro lado, pudo desenvolverse en la sociedad a través de la realización de actividades diarias. Con estos hallazgos, se verificó la eficacia del tratamiento indicado.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Ortiz (2022), planteó un estudio basado en la intervención cognitivo conductual en pacientes que acuden a psicoterapia y presentan síntomas de ansiedad, depresión. El objetivo planteado fue valorar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados mostraron disminución significativa de la ansiedad y la depresión, así como también favorecieron las habilidades personales para el manejo de las condiciones emocionales, por tanto, el modelo cognitivo conductual es efectivo para la disminución de la ansiedad.

Lozano (2021), analizó un caso de intervención cognitivo conductual para un consultante de ansiedad social. La finalidad del estudio fue optimizar las interacciones sociales disminuyendo la ansiedad social, aumentar la seguridad en sí mismo y mejorar las habilidades sociales. Para la evaluación se han utilizado, además de una entrevista semiestructurada, los siguientes instrumentos: SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO-FII. Los resultados obtenidos mostraron disminución de la ansiedad tanto estado como rasgo, reducción de sintomatología

clínica y aumento del bienestar y funcionamiento general. Por tanto, la terapia cognitivo conductual es efectiva para la ansiedad.

Macías et al. (2020) analizó un caso de una mujer con trastorno de ansiedad generalizada, a quien se le intervino con un proceso de psicoterapia cognitivo conductual. El objetivo fue analizar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, acompañado de mindfulness, para reducir la ansiedad generalizada. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Pensamientos Automáticos, Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño y Escala de Ansiedad IDARE. Como resultados se tiene que la ansiedad disminuyó de alto a moderado y el de ansiedad rasgo de alto a leve. Además, los problemas de sueño de nivel alto pasaron a medio y disminuyó la frecuencia de las distorsiones cognitivas.

Escolar y Serrano (2019), planteó una intervención cognitivo conductual para un caso de ansiedad. La finalidad del estudio fue disminuir la ansiedad que se manifestaba cuando el paciente hablaba en público, para mejorar su desempeño personal. De acuerdo con los instrumentos utilizados, fueron los siguientes: Inventario de Ansiedad ante los Exámenes, Cuestionario de Interferencia Cognitiva y la observación sistemática. Como resultados se observó que el paciente inicialmente se encontraba en un nivel alto de ansiedad rasgo en la evaluación general, no obstante, después de la intervención cognitiva conductual, se apreció un nivel bajo de ansiedad rasgo. De igual modo, el riesgo de ansiedad, de alto pasó a ser bajo, mostrando que la intervención fue efectiva.

Sevilla (2016), analizó un caso, planteando la terapia cognitiva conductual para el trastorno de ansiedad generalizada y episodio depresivo mayor. La finalidad del estudio probar la validez de la terapia cognitivo conductual para la intervención en una paciente ecuatoriana de 24 años, quien presenta sintomatología ansiosa. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Síntomas 90, el Inventario Multifacético de la Personalidad. Como resultados, se observó remisión de los síntomas del diagnóstico inicial, así mismo se logró mostrar la

adquisición de herramientas de interrelación social y un mejor manejo de la expresión emocional.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad es un trastorno afectivo que nace producto de un conjunto de reacciones y respuestas conceptuales, cognitivas, emocionales y del organismo, posterior a un estímulo presuntamente peligroso y al análisis de este (Beck et al., 2012). Se encuentra catalogada dentro de los trastornos afectivos más frecuentes en el ser humano, y se caracteriza principalmente por la predisposición exagerada al estado de alerta ante un estímulo amenazante o sensaciones de peligro, muchas veces invisible. A esta condición se le han relacionado sentimientos y sensaciones de incapacidad y paralización (MayoClinic, 2021; Organización Panamericana de la Salud, s. f.).

Otros conceptos indican que la ansiedad es la patología nacida del miedo, que asocia ideas imprecisas relacionadas a falsos estímulos peligrosos y activación de sistemas biológicos de alerta relacionados al sistema autónomo ante situaciones inofensivas, que interfieren en el estado de respuesta y adaptabilidad de una persona (Díaz y De la Iglesia, 2019; Paredes Salazar y Quiliche, 2019).

Según el Manual DMS-V, la ansiedad generalizada es descrita como la manifestación de síntomas ansiosos ocasionados por la preocupación exagerada, la cual tiene una larga duración y frecuencia constante. Además, este tipo de ansiedad no puede ser controlada por el paciente que la sufre, por lo que ocasiona otros trastornos derivados asociados a la salud mental (American Psychiatric Association, 2014). Por otro lado, según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, la ansiedad generalizada se caracteriza por la espontaneidad de aparición del episodio ansioso, el cual se mantiene a lo largo del tiempo con una fuerte intensidad, y sin antecedentes aparentes. Sus síntomas son variables y dependientes al tipo de episodio que se desencadene, al momento y

a la naturaleza del mismo, relacionándose además con la prospección al futuro pesimista y catastrofista, temiendo por accidentes o tragedias no ocurridas (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Ambos sistemas son efectivos al clasificar a la ansiedad generalizada, brindando indicadores para realizar una clasificación diagnóstica. Estos son:

Tabla 1

Especificaciones para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada del MSM-V y el CIE-10

DSM-V	CIE-10
A. Preocupaciones y estados ansiosos extremadamente frecuentes (anticipación aprensiva) que se suele manifestar constantemente, en un número de veces superior a los momentos de ausencia (durante al menos 6 meses), y que está vinculada a las actividades estudiantiles o del trabajo. B. A la persona se le hace complicado manejar y controlar la preocupación. C. Los periodos de ansiedad y preocupación se vinculan a 3 o más de la sintomatología siguiente (presentando por lo menos 2 de esos síntomas por más de 6 meses en	A. Presencia de periodos largos, de mínimo 6 meses, en los que se presente tensión en un grado prominente, preocupaciones y recelo por los sucesos del día a día. B. Presencia de, por lo menos, 4 de los síntomas indicados posteriormente, de los cuales, al menos uno debe pertenecer al grupo 1-4: Sintomatología autónoma: 1. Palpitaciones o sensación de golpeteos en el corazón. 2. Sudoración. 3. Sacudidas o movimientos temblorosos. 4. Resequedad en los labios (que no tenga origen previsto, como la deshidratación o medicación. 5. Problemas para respirar.

frecuencias superiores a los momentos en los que no se presentan los mismos). Para niños, solo es requerido uno de los puntos:

1. Sentir inquietud o percibir que se encuentra atrapado, o con los “nervios de punta”
2. Facilidad para cansarse.
3. Problemas para lograr la concentración, o lograr mantener la mente despejada/en blanco.
4. Tendencia a la irritabilidad.
5. Tensión de los músculos.
6. Dificultades relacionadas al sueño (problemas para conciliar el sueño, o para continuar descansando después de despertar, o para conseguir el descanso tras el sueño).

D. Los episodios de ansiedad, preocupación, o la sintomatología física generan malestares clínicos que son significativos y, en otros casos, disfunción en el ámbito

6. Sensaciones parecidas al proceso de ahogamiento.
 7. Malestares en el pecho, acompañados de dolor.
 8. Malestares en el abdomen (como retorcijones estomacales) o náuseas.
 9. Mareos, desvanecimientos o inestabilidad.
 10. Percepción y sensación de irrealidad de los objetos, o sensación de no encontrarse en el lugar que observa (despersonalización).
 11. Temor por perder el control, a perder la conciencia o de caer en la locura.
 12. Miedo a la muerte.
 13. Sensación de sofocamiento de calor, o escalofríos.
 14. Sensación de hormigueo corporal o aturdimiento general.
 15. Problemas en los músculos relacionados a la tensión.
 16. Problemas para alcanzar la relajación.
 17. Sensación de encontrarse “al límite” o bajo mucha presión.
-

social, laboral u otras que manejan el funcionamiento.

E. Los episodios ansiosos y la alteración que causan no son atribuibles a la intervención de químicos u otras sustancias (drogas, fármacos) ni a problemas médicos (hipotiroidismo). Además, no es atribuible a otras condiciones mentales (ansiedad por pánico, fobia social, obsesiones del trastorno obsesivo compulsivo, despegue de personas importantes en la ansiedad por separación, recuerdos vívidos como parte del trastorno de estrés postraumático, incremento de la masa corporal en la anorexia nerviosa, dolores causados en el trastorno de síntomas somáticos, la idea de la imperfección corporal y la detección de las mismas en el trastorno dismórfico corporal, condiciones crónicas en la ansiedad por

18. Sensación de presentar un nudo en la garganta o problemas para la deglución.

19. Respuestas que son exageradas ante algún evento sorpresivo, expresadas con sobresaltos.

20. Problemas para alcanzar la concentración o mantener la mente libre de perturbaciones del exterior.

21. Irritabilidad que es persistente en el tiempo.

22. Problemas para dormir, debido a las constantes preocupaciones.

C. El trastorno de ansiedad generalizada no simula ni cumple con los indicadores del trastorno de pánico, fobia, trastorno obsesivo compulsivo o hipocondría.

D. El trastorno de ansiedad no es causado por condiciones metabólicas (hipotiroidismo), mentales, farmacológicas, psicoactivas ni las relacionadas a la abstinencia

enfermedad, o procesos ligados a la
esquizofrenia.

Nota. De American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, y Organización Panamericana de Salud (2008). Guía de bolsillo de la clasificación CIE10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

La ansiedad generalizada puede llegar a causar malestares físicos y mentales, los cuales influyen negativamente en las relaciones interpersonales, sociales y laborales, degradándolas a pobres estímulos de socialización inconclusos. El proceso es retroalimentativo, puesto que el proceso ansioso causa preocupación, y es esta misma la que a futuro puede causar otro episodio de ansiedad más intenso y complejo, generándose así un círculo vicioso imposible de detener. Otros factores que inducen a los cuadros de ansiedad son el desapego de la familia, el miedo a la sociedad, procesos obsesivos compulsivos, estrés, entre otros (American Psychiatric Association, 2014).

1.2.3.2. Modelos teóricos de la ansiedad. Bandura, en su modelo teórico cognitivo postuló que los procesos ansiosos se generaban a partir del análisis de factores internos como del ambiente, misma que influía en la frecuencia, la intensidad y la presencia de un estado ansioso. Por su parte, la teoría de Lang plantea que la ansiedad tiene su origen en el cerebro, resultado de un estímulo subyacente. Este genera tres tipos de respuesta (motor, fisiológico y cognitivo) diferentes e independientes entre sí. Las emociones se encontraban como grupos de información relacionadas a una respuesta. A partir de esto Lang estableció una relación entre las fobias y las emociones en el estado ansioso, ocasionada porque la respuesta localizada en esos paquetes ante los estímulos ansiosos, presentaba secuencias de miedo, terror y aversión (Díaz y De la Iglesia, 2019; Gamarra y Pejerrey, 2021; Garay et al., 2019).

Por otro lado, la teoría de Clark y Berk establece que la ansiedad era la consecuencia de un conjunto de respuestas biológicas, conceptuales, cognitivas y emocionales producto de

estímulos o situaciones catalogadas como peligrosas, a través de 2 procesos: la valoración primaria y la revaloración secundaria. La primera, es una respuesta rápida ante el estímulo, que no mide intensidad ni duración; por otro lado, la segunda, es una respuesta analítica posterior al contacto con el estímulo (Clark y Beck, 2012; Díaz y De la Iglesia, 2019; Gamarra y Pejerrey, 2021; Garay et al., 2019).

El modelo de Barlow postula que la población es vulnerable y sensible al juicio de terceras personas y a la calificación negativa de la sociedad, siendo esta la base de la fobia social característica de personas que sufren trastornos ansiosos. Asimismo, se proponen 3 rutas para la adquisición de miedos que faciliten la ansiedad: la vulnerabilidad de origen biológico (Indica que la persona es susceptible a la ansiedad y a la inhibición desde el nacimiento), la condición de falsa alarma (se originan eventos ansiosos inesperados frente al público o a un conjunto de personas, misma que causa un miedo a que se repita la situación), y la condición de vera o verdadera alarma (tiene origen en eventos traumáticos que han sucedido, generando miedos aprendidos que desencadenan el evento ansioso). Este modelo resalta, además, la importancia de las ideas irracionales de Ellis, las cuales son el origen de situaciones incómodas y dañinas que acrecientan los niveles de ansiedad de por sí presentes en la persona (Garay et al., 2019; Padrós et al., 2019).

El modelo metacognitivo de la ansiedad generalizada de Wells usa los factores metacognitivos como centro de estudio, sentando sus bases empíricas en la actividad cognitiva. En este modelo, la preocupación es la respuesta típica y método de afrontamiento a los problemas que surgen durante el tránsito diario. Además, se basa en el surgimiento de pensamientos positivos ejecutores, que son contrarrestados por ideas negativas de respuesta, manteniendo a una persona en el limbo de la indecisión. Este conjunto de ideas causa preocupación por la ejecución, por la no ejecución y por la misma preocupación en sí, enmarañándose en un proceso complejo de incertidumbre que, a su vez, desencadena cuadros

ansiosos intensos que no se detienen hasta desarrollar el problema en cuestión. Por otro lado, Wells postula que, para el tratamiento de este tipo de pacientes, debe abordarse los problemas de exceso de atención, las preocupaciones incontroladas, y los ideales positivos y negativos que entran en conflicto (Carro-de-Francisco y Sanz-Blasco, 2015; Garay et al., 2019).

El modelo de preocupación como evitación del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Borkovec, establece que la idea de preocupación se conceptualiza como el conjunto de ideas, pensamientos y proyecciones en imagen que se encuentran relacionadas a sensaciones afectivas llenas de negatividad, las cuales eran difíciles de manipular y manejar, todas engranadas en un sistema dinámico de causa-efecto. Esta surgía como un mecanismo de defensa verbal-lingüístico en contra de ese conjunto de pensamientos afectivos percibidos como negativos, causando a su vez que se produzca la experiencia como proceso somático, impidiendo que la propia emoción sea procesada y, por tanto, habituada y superada, convirtiéndose en un círculo de acción sin fin acumulativo. Por otro lado, Borkovec plantea como un tratamiento la aplicación de técnicas que incluyen autoanálisis de los procesos metabólicos, fisiológicos y mentales, la aplicación de métodos de relajación (relacionados a la respiración), técnicas de desensibilización para buscar que el individuo afronte la situación, amoldamiento de la estructura cognitiva, y el llenado y registro de eventualidades diarias relacionadas a la preocupación (Garay et al., 2019).

El modelo basado en la aceptación del trastorno de ansiedad generalizada, conocido por sus siglas MBA, fue propuesto por Roemer y Orsillo, en el que plantean que se deben acondicionar las metodologías y procesos debidos para llevar a cabo la comprensión del estado ansioso por el que se atraviesa. Para tal fin, se establecen 4 factores: las vivencias internas que nacen de la experiencia durante la vida cotidiana (pensamientos negativos surgidos en un entorno, tras vivir una experiencia de cualquier tipo), el problema conformado con estas vivencias que se albergan en el interior (implica la fusión del ser con la sensación negativa), la

evitación de la experiencia (implica la preocupación por los eventos del futuro, principalmente cuando estos se consideran peligrosos o solo negativos), y la restricción de la conducta del individuo (se restringen las acciones que pueden llegar a realizar una valoración, principalmente aquellas que son importantes) (Behar et al., 2011).

El modelo de Evitación de contraste de Newman y Llera, establece que todo individuo que haya sido evaluado y posteriormente diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada, utilizan a la preocupación como medio de defensa en contra de las situaciones que puedan generar emociones que generen algún tipo de incomodidad o malestar. Este mecanismo no elimina la sensación de malestar, sino que la esconde y la incrementa a lo largo del tiempo, volviéndose incluso más lábil y sensible. Todas estas señales se manifiestan en el individuo mediante el impulso pesimista, alejando cualquier idea positiva o de bienestar y atrayendo a sí mismo pensamientos de incomodidad, tomando como excusa de que es mejor estar preparado para lo peor y alegrándose cuando estas expectativas negativas no se cumplen. Asimismo, se propone como tratamiento la exposición a las emociones contenidas mediante la relajación progresiva (Etchebarne et al., 2016).

El modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas y Robichaud postula que la conceptualización negativa de la incertidumbre ocasiona cuadros de estrés y ansiedad. Esta incapacidad de tolerar la incertidumbre nace a partir del umbral reducido respecto al concepto de la ambigüedad, el cual provoca el surgimiento de cuadros de ansiedad controlables que causan a su vez, la propia retroalimentación de la incertidumbre, y así constantemente hasta causar que los niveles de ansiedad aumenten. Esta incapacidad se encuentra vinculada a problemas mentales patológicos afines a la ansiedad, como la depresión, ansiedad social, el trastorno de estrés postraumático, entre otros (Garay et al., 2019; Gonzáles et al., 2013).

Por otro lado, las teorías de Seligman, Wolpe, y Bandura y Walters se encuentran vinculadas al condicionamiento de la ansiedad. La primera indica que algunos estímulos podían

ser preparados para convertirse en el origen del estado ansioso, y que de la misma manera, otros estímulos relacionados a las fobias podían ser más difíciles de eliminar en un tratamiento; la segunda planteó que las fuentes de ansiedad no tenían efecto si es que estaban acompañadas de una situación relacionada a la relajación; y la tercera mostró que los estímulos ansiosos se podían aprender y asimilar, principalmente cuando hay un modelo del cual aprender, como el que hay entre padres e hijos (García y Pejerrey, 2021; Díaz y De la Iglesia, 2019; Garay et al., 2019).

1.2.3.3. Terapia Cognitiva Conductual. La Terapia Cognitiva Conductual es conceptualizada como un modelo terapéutico capaz de contribuir en la mejoría del estilo y la calidad de vida de un grupo poblacional, en relación con la salud mental y a los aspectos emotivos y conductuales. Además, apoya en la búsqueda del propio ser, alcanzando el propio entendimiento y la autorrealización, siempre con el fin de tener una vida más placentera y feliz. El nombre de esta terapia ha ido cambiando a lo largo de los años (Martínez, 2018; Sifuentes, 2019).

Su fundamento nace en aceptar sin condición alguna la realidad a través de la aceptación de esta y todas sus implicaciones, ya sea esta agradable a la percepción, o completamente desagradable. El periodo de aceptación trae consigo la capacidad de entender que, aunque se quiera, no se pueden cambiar aspectos que están lejos de la persona. Además, busca cambiar la manera en la que un individuo analiza, estudia, justifica y cree en una ideología, pensamientos propios y corrientes de la rama de filosofía (Martínez, 2018; Sifuentes, 2019).

Históricamente, la TREC ha sido estudiada y desarrollada a través de 3 fases o etapas históricas. La primera fase se encuentra caracterizada por el surgimiento fructífero de las teorías del aprendizaje, las cuales derivaban de observaciones hechas en centros controlados de los Estados Unidos e Inglaterra. Los estudios realizados en la nación europea se enfocaron

principalmente en el control y el tratamiento de los procesos ansiosos, asentando sus bases en las teorías de Pávlov. De este grupo destacan las teorías de Eysenck y Wolpe. Por otro lado, en la nación norteamericana, se enfocaron en el estudio y tratamientos de individuos crónicos que presentaban problemas de deterioro mental causados por eventos psicóticos. De este grupo se destacó la teoría de Skinner. Ambas corrientes pusieron como base principal al comportamiento humano, aunque dejaron de lado las teorías y se centraron en los hallazgos empíricos, dejando de lado los fundamentos de la conducta (García, 2022; Vega, 2017).

El segundo periodo nace a partir de las observaciones de Albert Ellis durante los tratamientos a pacientes mediante el psicoanálisis, al darse cuenta que estos procedimientos implicaban mucho tiempo e impedimentos para llegar a una conclusión y tratamiento, causado por la misma resistencia que presentaban los analizados a las técnicas usadas. Por ello, inició ejecutando interrogantes con un mayor grado de actividad e intervención, dándose cuenta de que podía llegar a respuestas mucho más rápidas en un menor tiempo y con mayor claridad, haciéndose un trabajo más eficiente (Martínez, 2018; Sifuentes, 2019).

Durante el desarrollo de lo que se llegaría a conocer como la TREC, Ellis aplicó otros métodos analíticos de la corriente neofreudiana, como la de Ferenczi, Rank, Horney y Sullivan, obteniendo buenos resultados en los pacientes, los cuales se sentían mucho más a gusto al ser tratados. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, aún eran considerados insuficientes, por lo que Ellis empezó a aplicar técnicas de afrontamiento, obteniendo muy pocos resultados. No obstante, al unir los saberes psicológicos con los filosóficos, llegó a la conclusión que el conocido condicionamiento clásico de Watson, no llegaba a abarcar en su totalidad los procesos mentales complejos del ser humano, puesto que, a diferencia de los animales, un individuo puede crear ideales y representaciones del mundo racional distintos, en el que se ve involucrado la conciencia misma (Martínez, 2018; Sifuentes, 2019).

Este hallazgo abrió un nuevo tópico en la comprensión del pensamiento humano, puesto que se estableció que no solo era capaz de turbarse ante un suceso o hecho traumático ocurrido en tiempos pasados, sino que tiene la capacidad de recrearlo mentalmente con los mismos pensamientos disfuncionales, manteniéndolo en el presente por largos periodos y, a su vez, creando necesidades y exigencias innecesarias, que muchas veces son confundidas con preferencias nacidas de la conciencia. Este concepto era compartido y aplaudido por Aaron Beck, por lo que plantearon que la cura para los problemas psicológicos mentales de los pacientes debía enfocarse en el tratamiento de pensamientos cognitivos distorsionados y del reemplazo de ideales erróneos por otros que sean realistas y que brinden apoyo a la persona. A partir de esto, Beck desarrolló los procesos para tratar la depresión (Martínez, 2018; Sifuentes, 2019).

La tercera y última etapa nace en los ochenta, después del surgimiento de los procesos para controlar los desórdenes causados por el pánico, misma que une los enfoques estudiados anteriormente en la primera y segunda etapa, manteniéndose hasta la época actual (Martínez, 2018; Sifuentes, 2019).

1.2.3.4. Modelos terapéuticos de Albert Ellis. Albert Ellis fue de los primeros investigadores en proponer este sistema terapéutico naciendo con la denominación primigenia de Terapia Racional en el año 1958, misma que fue evolucionando a lo largo de la historia, pasando a convertirse en la Terapia Racional Emotiva y posteriormente, a como se conoce en la actualidad: la Terapia Racional Emotiva Conductual. Ellis establece que el origen del conjunto emocional-conductual de una persona se originaba a partir de la confluencia de diversos elementos de la realidad, sumados a la ideología y a la decodificación que se haga de la realidad, percibida por los sentidos (Lega et al., 2017; Pérez et al., 2008; Cabezas y Llega, 2006).

A partir de ese grupo de factores, la TREC busca apoyar al individuo a reconocer ideas irracionales o que creen disfuncionalidad, para reemplazarlas por otras que entren en el campo de la “racionalidad” y de la “eficacia” que, a su vez, permitan el desarrollo pleno de la personalidad de la persona, así como el alcanzar objetivos que mejoren su vida y todo lo relacionado a ella, y la implementación de relaciones interpersonales duraderas. Por otro lado, permite dilucidar la base fundamental de las creencias, ideales, sueños y objetivos de la persona y, de la misma manera, la causa de sus problemas emocionales y discrepancias mentales (Cabezas y Lega, 2012; Lega et al., 2017; Pérez et al., 2008).

1.2.3.5. El modelo ABC. Fue establecido por Ellis en el año 1962, y es uno de los procesos de la TREC que ha permitido a los investigadores poder realizar un marco que sirva como referencia para categorizar y conceptualizar los dilemas mentales presentes en los pacientes evaluados. El modelo plantea que existe un “suceso activador” (A), el cual es percibido por una persona, a partir de la cual se generan una serie de creencias e ideales (B) respecto a la concepción de sí mismo. Finalmente, esas ideas crean una serie de consecuencias derivadas (C), las cuales son el producto de la interpretación que la persona realiza del evento A (Cabezas y Lega, 2012).

Es a partir de este motor, que los ideales erróneos y percepciones equivocadas de un evento (A), causan distorsión en las creencias y pensamientos irracionales carentes de objetividad (B), los cuales desencadenan las consecuencias negativas para la salud mental de los pacientes (C), las cuales se manifiestan a través de reacciones emocionales erráticas e irracionales que van en línea del tipo de suceso acontecido en el factor (A) (Cabezas y Lega, 2012).

Dentro del factor (B), existen un conjunto de pensamientos conocidos como “ideas irracionales”, las cuales fueron establecidas por Ellis en 12 ítems (Cabezas y Lega, 2012):

Figura 1

Creencias irracionales de Albert Ellis

Es una necesidad absoluta obtener el amor y aprobación de las demás personas	Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos	Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida
Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas	Necesitamos de algo/alguien más grande y fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos
Es horrible y catastrófico cuando las cosas no salen de la manera en la que nos gustaría	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente
Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida en que nos provoca emociones	La felicidad puede ser lograda por medio de la inanición, la pasividad y el ocio sin final

Nota. Adaptado de *Albert Ellis (1913-2007): pionero de los modelos mediacionales de intervención*, de A. Pérez et al., 2008, Psicología Conductual.

1.2.3.6. El modelo ABCDE. Ideada por Ellis es un proceso terapéutico que incluye, además de los factores (A), (B) y (C), el factor (D), el cual se encuentra conceptualizado como todos los trabajos realizados por el profesional de salud para cambiar las creencias originadas tras la percepción de (A), establecidas en (B). Estos incluyen dinámicas que le permitan al individuo a evaluar las percepciones establecidas a través de las auto verbalizaciones propias de manera objetiva, racional y científica, permitiendo discernir cuales son irracionales, y cuáles son justificadas (Pérez et al., 2008).

Por otro lado, se encuentra el factor (E), el cual es conceptualizado como el resultado del tratamiento, en el que se busca que el individuo haya adquirido una nueva creencia racional que le permita mejorar su estado y calidad de vida, mejorando los aspectos relacionados a la comprensión personal y la capacidad de establecer relaciones interpersonales. Además, procura que esta nueva concepción se mantenga a lo largo del tiempo, dándole la capacidad de manejar

su existencia de manera más sobria, sensata y con prospección hacia el futuro (Pérez et al., 2008).

A. Técnicas conductuales. Las técnicas conductuales se encuentran abarcadas dentro de la terapia conductual, en el que el profesional de la salud que se especializa en esta rama, usa al cambio del propio comportamiento como un medio para alcanzar el cambio de los aspectos cognitivos del individuo evaluado, el cual es el objetivo principal de la terapia. Las más comunes son:

A.1. Programación de actividades. De las técnicas con mayor importancia, en ella se busca la programación de tareas que realizará la persona atendida bajo la supervisión del profesional de salud mental, en la que se ordenarán de acuerdo a lo difícil que puede ser percibido, pero siguiendo la línea de lo realista. Para ello, se procura no sobrecargar al paciente con excesos de tareas, porque se generará el efecto contrario. Este proceso sirve para estimular al paciente a darse cuenta que puede lograr cumplir objetivos específicos, iniciando de las más sencillas a las más complejas (establecido previamente por el análisis del paciente) (Ruiz et al., 2013).

A.2. Técnicas de relajación y respiración o hiperventilación. La técnica de la relajación es usada como una forma de reducir los síntomas ocasionados por un episodio ansioso, el cual causa interferencias con la manera de afrontar un contexto concreto. Además, también es ejecutado durante momentos de pánico o en situaciones en el que el individuo percibe síntomas de peligro latente e inminente (Ruiz et al., 2013).

A.3. Técnica de respiración de Jacobson. Pone sus bases en el vínculo en la actividad tensional muscular y los procesos mentales en los que se ven envueltos los llamados “nervios”. Antiguamente, se componían por 71 ejercicios, aunque en la actualidad existen versiones reducidas que se concentran en desestimar los 4 grupos musculares principales (cabeza, tronco, extremidades superiores e inferiores) (Ruiz et al., 2013).

A.4. Respiración diafragmática. Esta técnica usa al músculo que divide la región visceral de la torácica (diafragma) como principal tensor y generador de relajación física-psíquica. Durante el proceso de inspiración, el estómago se eleva, mientras que, durante la espiración, baja, y es este movimiento el que causa la relajación (Ruiz et al., 2013).

A.5. Visualización positiva. Técnica de relajación que consiste en la prospección y evocación de situaciones que sean percibidas por el paciente como felices y agradables, como un lugar seguro. Las situaciones que se logren evocar deben mantener el realismo, para que pueda observarse como conseguible y alcanzable, de lo contrario, puede ser percibido como una ilusión lejana (Ruiz et al., 2013).

B. Técnicas cognitivas. La técnica cognitiva como tratamiento establece que los elementos más importantes para la atención de los pacientes son los factores de cognición relacionados a los problemas mentales y su origen. Facilitan el cuestionamiento socrático, el cual permite cambiar las perspectivas, sensaciones y percepciones negativas y dañinas para la persona. Entre ellos se encuentran (Ruiz et al., 2013):

B.1. Autorregistros. Consiste en un conjunto de cuestiones usadas para el acopio de datos e información del paciente en etapas tempranas del tratamiento. Las anotaciones del paciente realizadas en el transcurso del día completo permiten establecer las conductas distorsionadas y en qué momentos se acrecientan o aminoran y, de la misma manera, las actividades que brindan comodidad o inconvenientes a través de una escala de 0 a 100 creciente (0 para percibir un gran malestar, y 100 para percibir gran bienestar) (Ruiz et al., 2013).

B.2. Psicoeducación. Técnica de aprendizaje en la que el individuo alcanza la capacidad de generar habilidades y destrezas mentales a partir del auto reconocimiento de las fortalezas propias. Se alcanza mediante el análisis continuo y al enfrentamiento de sucesos considerados como cotidianos, de tal manera, que sean percibidos como “conseguidos”. Por otro lado, estimula la mejora mediante la identificación de debilidades y dificultades, centrando

las energías en controlarlas o desaparecerlas. Se puede aplicar de 3 maneras: de manera personal y familiar (principalmente relacionada a la intervención psicológica-terapéutica), y de manera grupal (procesos amplios y sistematizados que buscan fines diferentes) (Ruiz et al., 2013; Tena, 2020).

B.3. Resolución de problemas. Tratamiento enfocado en cambiar la forma de pensar que tiene un individuo ante una situación concebida por él como problemática o alarmante. Para el desarrollo de un problema, el paciente debe desarrollar un conjunto de habilidades establecidas como generales (permiten orientar a la resolución del mismo problema al inicio de las terapias mediante la concepción y el entendimiento), específicas (propias del paciente, las cuales son usadas en asuntos concretos) y básicas (permiten generar un planeamiento para resolver en sí el problema). La idea de la técnica es que el paciente elabore alternativas cada vez más sencillas y eficientes que no le infiera problemas mentales o que causen episodios de estrés y ansiosos (Ruiz et al., 2013).

B.4. Reestructuración cognitiva. Método psicológico terapéutico en la que el profesional de salud mental busca establecer y reparar aquellas corrientes de pensamiento considerado como negativos. El proceso se ejecuta con la discusión y análisis de las ideas automáticas negativas que surgen a partir de eventos en los que se desencadenen procesos de ansiedad, pánico y estrés, llenando esos vacíos mediante ideas racionales y acordes a la realidad (Ruiz et al., 2013).

B.5. Automonitoreo. Es una técnica interactiva en la que el paciente, mediante el empleo de un instrumento evaluado y válido, hace un acopio y registro de sus conductas. Surgió a partir de la necesidad imperativa de evaluar situaciones y conductas que son imposibles de manifestar en la entrevista diagnóstica, o de sucesos que solo se expresan en el hogar y en otros contextos. A su vez, permite la retroalimentación activa del individuo, identificando por sí mismo las situaciones de estrés (Ruiz et al., 2013).

B.6. Técnica de detención del pensamiento. Es una técnica que consiste en la eliminación o interrupción programada de las ideas negativas o difíciles mediante el uso y condicionamiento de una palabra específica, ya sea durante el tránsito de la idea, como antes de que se formule en la mente. Inicialmente, implica el aislamiento de los entornos estresores y distractores (sobre todo al inicio de la terapia, aunque no será necesario posteriormente), para luego prestar atenciones en el pensamiento que genera la ansiedad, sin huir de él. Al sentir que ese pensamiento se encuentra en una posición poderosa, se debe expresar con la boca una palabra que detenga en seco este pensamiento (Ruiz et al., 2013).

B.7. Terapia de exposición. Consiste en realizar un cambio interno en la manera como se reacciona ante un evento, suceso, objeto o sujeto que genera terror, principalmente dirigido a la ansiedad. Para ello, el individuo es sometido de manera gradual creciente a estímulos relacionados a su fobia, buscando que la persona llegue a comprender la naturaleza del miedo y del origen principal, para entenderlo, controlarlo y, posteriormente, superarlo (MayoClinic, 2016).

B.8. Estrategias del control de estímulos. Conjunto de técnicas que buscan restringir factores estimulantes que puedan provocar estados de ansiedad generalizados, y en conjunto la formación y posterior aplicación de y estímulos que incentiven el incremento de la actividad o hábito que se desea formar o establecer en la mente del paciente (Ruiz et al., 2013).

B.9. Entrenamiento en autoinstrucciones. Técnica en la que se le entregan una lista con un número promedio de ítems-órdenes por parte del profesional de salud mental, la cual tiene como fin ayudar a regular orgánica y autónomamente el comportamiento. Es un método de ayuda que no solo es aplicado en el tratamiento de la ansiedad o depresión, sino que permite estimular la realización de actividades y la formación de hábitos en una persona o en un conjunto de personas (Ruiz et al., 2013).

B.10. Entrenamiento en habilidades sociales. Es una técnica orientada hacia la formación de comportamientos y conductas nuevas que permitan desarrollar relaciones interpersonales en un individuo. Se realiza mediante sesiones conjuntas de apoyo donde se busca que la persona se vaya soltando y hablando cada vez más con mayor libertad, teniendo en cuenta el cambio que debe realizar y aceptar (Ruiz et al., 2013).

B.11. Entrenamiento en higiene del sueño. Proceso o conjunto de procesos que permiten desarrollar o mantener hábitos y conductas que mejoren la calidad del sueño y descanso de una persona. Implican la suma de elementos del exterior y del interior, así como actividades desarrolladas en horas de sol, como en las nocturnas. Para facilitar el desarrollo del sueño, se deben programar tiempos fijos e inamovibles en los que se tenga que descansar, o exponerse al sol para realizar ejercicios. De la misma manera, la influencia de las bebidas psicoactivas debe ser controlada de tal manera, que no interfiera en la planificación (Ruiz et al., 2013).

1.2.3.7. Programas de intervención terapéutica en caso único. Los programas de intervención terapéutica para casos únicos proponen metodologías de investigación aplicables a las ciencias sociales y humanas, las cuales se componen de una fase de investigación o averiguación personal y grupal, y el estudio de las entidades sociales o educativas; dependen mucho de la población de estudio. Constituye uno de los campos más beneficiados, dado que facilitan el estudio detallado y profundo del campo mental respecto a la sociedad, y la educación (Martínez y Jiménez, 2016).

Para ello, se guía por una ruta metodológica que comparte similitudes con los estudios realizados a la etnografía y similares, aunque también existen puntos específicos en los que se diferencian. El estudio de casos únicos, presenta como objetivo primordial conocer las funciones de las partes de un todo, a partir de la cual se establecen hipótesis, mismas que pueden evolucionar hasta teorías explicativas y de correlación aparente entre una o más

variables del entendimiento, y que pueden explicar un evento en un individuo específico, en un suceso dado y bajo un contexto propio e individual (Martínez y Jiménez, 2016).

Los diseños de caso único pueden dividirse de 3 tipos: Los diseños de enfoque experimental y los diseños de enfoque observacional. Los diseños de enfoque experimental se caracterizan por manejar indirectamente las variables independientes, y seguir un número específico de pasos (Roussos, 2007):

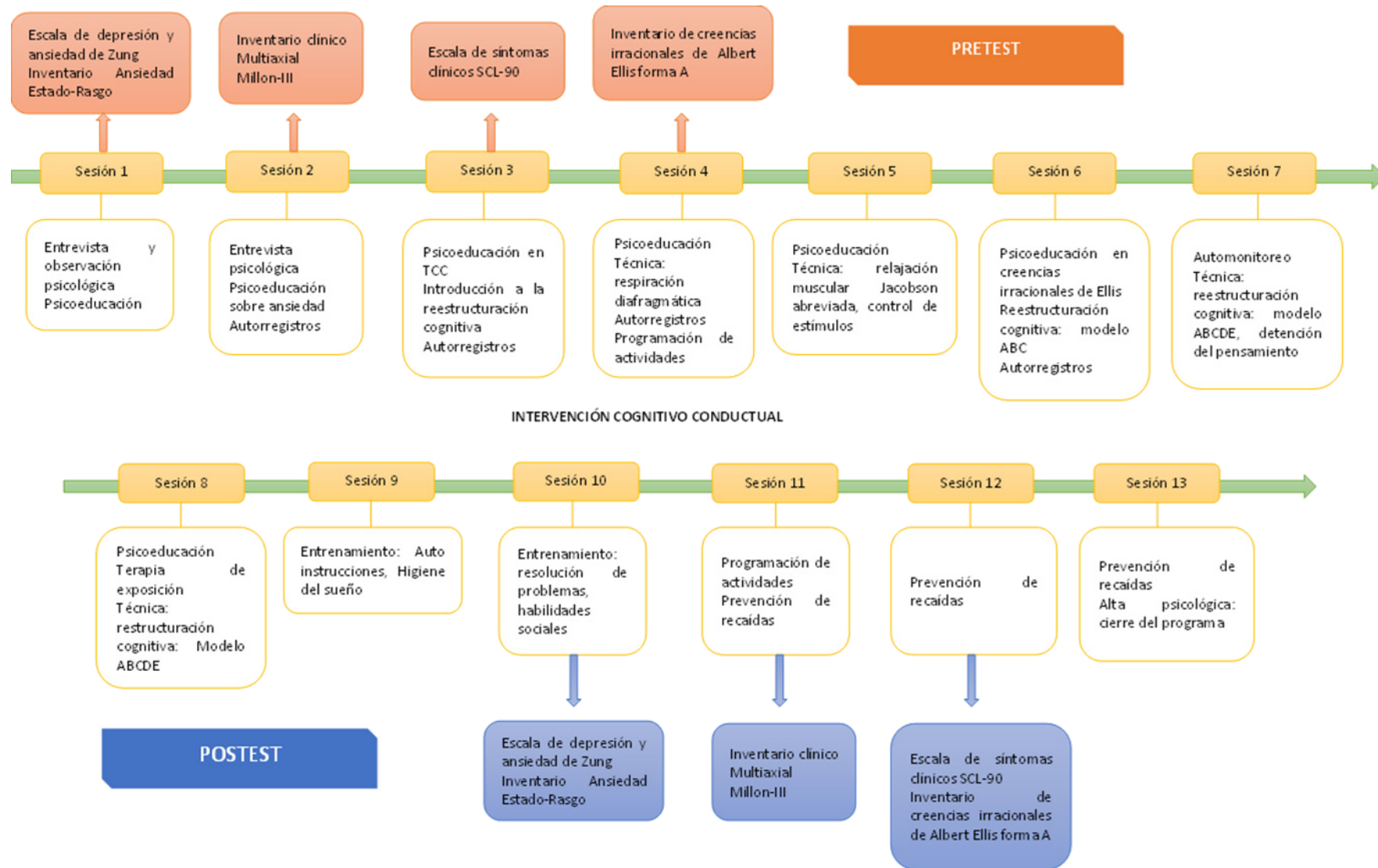
- Manejo y control de las intervenciones (la base y fuentes de información).
- Manejo y constante evaluación del rendimiento en plazos temporales y en condiciones diferentes.
- Análisis y búsqueda de información y sistemas dentro del mismo caso para predecir las conductas expresadas.

Por otro lado, los diseños observacionales de casos únicos se caracterizan por manejar a las variables independientes de manera directa y sin intermediarios. Además, se centra en la evaluación de un individuo desde dos enfoques (Roussos, 2007):

- La intervención terapéutica, la cual pone sus bases de investigación en el acopio de información y descripción de una condición clínica patológica, los efectos de un tratamiento especializado, centrando su visión sobre los resultados y las características del mismo.
- La evaluación de los casos, la cual se encarga de la proposición de ejemplos expresados en instrumentos de evaluación de tipo psicométricos que permitan evaluar una condición clínica mental, centrando su visión de manera precisa en las formas de una evaluación.

1.2.3.8. Programa de tratamiento. Para este estudio de caso se realizó la intervención Cognitivo Conductual en una paciente de sexo femenino de 55 años de edad, la cual ejerce como docente de matemáticas, así como empresaria y madre de familia. Se presenta a consulta referida por su Psiquiatra con la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), manifestando los siguientes síntomas: preocupación constante por problemas personales, familiares, con su esposo y entorno social. Respecto a la sintomatología fisiológica, ha manifestado nerviosismo, palpitaciones al corazón, tensión muscular, sudoración excesiva en manos, temblores en las piernas, con dificultad para respirar. La evaluación realizada y el abordaje cognitivo conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único intrasujeto A-B en el que se estudia el efecto de una variable manipulada (condición B) y se compara con una línea base o condición previa (condición A) en el mismo sujeto.

Figura 2
Programa de Intervención Cognitivo Conductual



1.3. Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

Evaluar la efectividad del programa de intervención cognitivo conductual, en una usuaria adulta con ansiedad generalizada.

1.3.2 *Objetivos específicos*

- Reducir la sintomatología fisiológica asociadas a la ansiedad mediante técnicas de respiración, relajación progresiva muscular de Jacobson abreviado y la visualización positiva.
- Reducir las creencias e interpretaciones sesgadas de amenaza sobre las áreas de preocupación en relación con el entorno familiar, social, laboral y económico mediante la técnica de reestructuración cognitiva y detección del pensamiento.
- Reducir conductas evitativas y promover respuestas de control de la preocupación que sean más adaptativas.

1.4. Justificación

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es una condición crónica que es esporádica, iniciando ante cualquier estímulo, por lo que es más que un episodio influenciado. Anticipa cualquier tipo de calamidad y desastre fatalista, cuando en el presente no ha habido ningún cambio negativo, y ocasiona que las relaciones laborales e interpersonales se vean seriamente afectadas, causando un daño en sí mismo, y abriendo la puerta a otras condiciones mentales mucho más graves. es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Los casos actuales de ansiedad generalizada que se han diagnosticado han sido una consecuencia directa de la actual pandemia por COVID-19, el cual por sí mismo indujo el desarrollo de distintos trastornos emocionales.

El presente estudio presenta una justificación teórica, puesto que brindará conocimientos actualizados del Trastorno de Ansiedad Generalizada, tipos, teorías y situación

mundial actual, así como información sobre la Terapia Cognitivo-Conductual y las teorías de intervención conductual, y cómo esta tiene impacto sobre la mejora mental de la participante a la que se le brindó el tratamiento, siendo fuente de información para futuras investigaciones que se internen en el tema Asimismo, presenta una justificación práctica, puesto que entregará datos que serán de utilidad para los profesionales de salud mental para utilizar este tratamiento y variaciones del mismo como alternativas eficientes en el manejo del Trastorno de Ansiedad Generalizada en casos similares, mejorando la calidad de vida de los pacientes con esta confición.

De la misma manera, presenta una justificación metodológica, puesto que permitirá hallar las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación aplicados en la paciente, así como la efectividad y ventajas del uso de la terapia cognitivo-conductual sobre la misma, lo cual servirá de precedente y antecedente para futuros estudios. Por otro lado, presenta una justificación social, dado que el presente tratamiento propuesto beneficiará a las personas que padezcan el Trastorno de Ansiedad Generalizada, mejorando el estilo, calidad de vida y generando un ambiente de tranquilidad que se manifiesta en la capacidad de los pacientes en desarrollar con normalidad sus actividades. A su vez, beneficiará a su entorno, ya sea familiar, social, afectivo y profesional, teniendo las herramientas necesarias para no recaer y seguir adelante.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Mediante el presente estudio de caso clínico expuesto se puede comprobar la eficacia y eficiencia de la intervención cognitivo conductual dirigido a los trastornos ansiosos, y de manera concreta al TAG. La TCC ayudó a que la paciente entendiera y comprendiera los pensamientos negativos que se manifestaban en su mente y, de esta manera, visualizara sus entornos de una manera más abierta y clara, permitiéndole responder eficazmente. LA TCC es una herramienta valiosa para el control de las situaciones que pueden ser percibidas como

estresantes, y principalmente aquellas del momento presente, dejando las preocupaciones del pasado y no proyectándose negativamente al futuro. Asimismo, plantea nuevas maneras para mejorar el ánimo de la persona atendida en los tiempos actuales. Individualmente, se ha comprobado que el conjunto de síntomas asociados a la TAG, disminuye considerablemente.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El diseño de investigación que se aplicó fue el de replicación intrasujeto A-B, el cual denota una estructura metodológica en la investigación experimental en el que se estudia el efecto de una variable manipulada (condición B) comparándola con una línea base o condición previa (condición A) en el mismo sujeto. El propósito radica en la evaluación de cómo cambia la respuesta del individuo cuando se introduce la variable de interés y se compara con su comportamiento inicial (Hernández et al., 2014).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El desarrollo de la intervención psicológica para el presente caso clínico se ha estructurado y desarrollado en el año 2022 en Lima, y desde enero hasta abril.

2.3. Variables de Investigación

Variable independiente: tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento aplicado se trata de un programa realizado y aplicado tras la evaluación psicológica respectiva de la participante, el cual se encuentra estructurado de acuerdo a las medidas de las necesidades de la usuaria evaluada, tomando como base de intervención a las Teorías del Tratamiento Cognitivo Conductual.

Variable dependiente: trastorno de ansiedad generalizada

Es un tipo de ansiedad de tipo agudizada y externa que afecta negativamente la realización de actividades diarias en el entorno personal, como en el social y afectivo. Se caracteriza por la preocupación constante, la intolerancia a la incertidumbre y temor a sensaciones fisiológicas desagradables, aunque pueden ser variables al tipo de episodio que se desencadene, al momento y a la naturaleza del mismo, relacionándose además con la prospección al futuro catastrofista y a la distorsión de procesos cognitivos (ideas irracionales).

2.4. Participante / sujeto

Paciente de nombre Rosana, sexo femenino de 55 años, fecha de nacimiento 01 de marzo de 1967 nacida en el departamento de Tacna, nacionalidad peruana. Tiene estudios universitarios culminados. Ocupación actual ama de casa, docente y empresaria.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

- **Observación de conducta.** Técnica muy utilizada en la intervención psicológica que consiste en observar conductas no verbales como expresiones faciales, conducta gestual y postural. En la práctica y uso de la observación de conducta se deben cumplir los principios de identificar una meta u objetivo específico; ser planificada de acuerdo al objetivo; llevar por escrito un control de lo observado; especificando su duración y las veces que se repite; siguiendo los principios de fiabilidad y validez (Hernández et al., 2014).
- **Entrevista psicológica.** Se realiza entre dos o más personas mediante una interacción bidireccional orientada. Uno de los participantes (psicólogo clínico), se encarga de realizar un banco de preguntas y busca mediante ellas información relevante y valiosa, a partir de las cuales se tomarán decisiones. Se realizan centros de comunicación e información entre los participantes que buscan ayuda (pacientes), y aquella que los atiende. Es ampliamente usada debido a la eficiencia y eficacia que presenta en aquellos datos que no son perceptibles a primera vista.

2.5.2. Instrumentos

- **Escala de autovaloración de ansiedad de Zung.** La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) tiene como objetivo identificar los niveles de ansiedad, estimándola como un trastorno emocional y medir cuantitativamente la intensidad alrededor del incentivador. Está conformado por un cuestionario de 20 ítems, cada uno

relacionado a manifestaciones propias de ansiedad (sintomatología) relacionados a trastornos emocionales, con respuestas ordenadas en 4 opciones ordenadas en una escala Likert, iniciando por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”, en la que se debe marcar el recuadro que el participante considere más aplicable a su caso respecto a la última semana. Se encuentra dirigido a adolescentes y adultos (Prieto y Tuesta, 2020).

La validación fue brindada por Prieto y Tuesta en 2020, a través del juicio de tres (3) jueces. La recolección de datos se realizaron mediante la V de Aiken, obteniendo un índice de 0,97468, indicando que la prueba es válida (Prieto y Tuesta, 2020). Por otro lado, la confiabilidad fue establecida por Grundi en el año 2017, obteniéndose un índice del alfa de Cronbach de 0,66 (Grundi, 2017)

- **Escala de autovaloración de depresión de Zung.** La escala de Depresión de Zung tiene como objetivo identificar los niveles de depresión. Se encuentra estructurado en una lista de 20 ítems/frases escuetas, con respuestas ordenadas en una escala de tipo Likert, compuesta por 4 indicadores expresados como "Muy pocas veces", "algunas veces", "muchas veces" y "casi siempre", en la que el participante deberá marcar con una X de acuerdo a cómo se ha sentido en la última semana. La escala tiene un bajo índice de falsificación, puesto que la mitad de los ítems se encuentran relacionados a signos positivos, y la otra mitad a signos negativos. Fue adaptada al Perú por Paz et al. en el año 2020 (Paz et al., 2020).
- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III.** Se compone de 175 opciones establecidas en respuestas ordenadas como verdaderas y falsas, mismas que evalúan los rasgos de personalidad y psicopatología. Se estructura en 11 escalas de tipo básico, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control. La aplicación se da de manera individual o colectiva en

adultos, con una duración para el desarrollo de 20 a 30 minutos. Fue validado por Solís en el 2007 a través del análisis factorial. La confiabilidad fue establecida a través del índice del alfa de Cronbach de 0.76 (Solís, 2013).

- **Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI).** Evalúa la ansiedad como estado (momentánea, transitoria) y la ansiedad como rasgo (como condición más estable). Se estructura por 40 ítems divididos en 2 escalas anexas (rasgo y estado), ordenadas en una escala Likert de 0 a 3. Puede ser usado en población normal o en pacientes mediante la auto aplicación, constando de un promedio de 10 minutos para la resolución. Para su corrección se obtiene una puntuación de ansiedad estado y una puntuación de ansiedad rasgo, sumando cada uno de los ítems de cada escala anexa, con un total oscilante de 0 y 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad (Castro, 2016).

El instrumento fue validado en el Perú por Castro en 2016 mediante el análisis de contenido, obteniéndose que el porcentaje de acuerdos en claridad y relevancia de los ítems que constituyen la escala de ansiedad rasgo, es de 88.89% y de 100% en la mayoría de los ítems. Además, los valores de V de Aiken oscilaron entre 0.89 y 1. La confiabilidad fue establecida a través del índice del Alfa de Cronbach, obteniéndose valores de 0.909 para ansiedad estado y 0.873 para ansiedad rasgo (Castro, 2016).

- **Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.** Este cuestionario se encuentra compuesto por una lista de 100 ítems, mismos que tienen con fin la evaluación de la presencia de creencias de tipo irracionales en los participantes, y si estos son los suficientemente numerosos para afectar el estilo de vida de las personas, así como sus relaciones interpersonales y sociales. Sienta sus bases en las creencias irracionales propuestas por Albert Ellis, dividiéndose en 10 categorías con 10 elementos cada uno. Las respuestas son de tipo doble, representadas como "Estoy

de acuerdo" y "No estoy de acuerdo", puntuándose con 1 para las creencias irracionales y 0 para las racionales. Es de aplicación personal y grupal, dirigido a participantes con un rango etario mayor a 12 años, para la cual presenta 30 minutos como tiempo estimado para su realización (Rivera, 2020).

Fue adaptado en el Perú por Bocanegra en el año 1990. Además, fue validado por Rivera mediante el juicio de expertos. Asimismo, la confiabilidad fue determinada a través del índice de Kuder Richardson, estableciéndose valores de 0,63 a 0,78 (Rivera, 2020).

- **Escala de síntomas psicopatológicos SCL-90:** Este instrumento fue formulado por Derogatis en 1977, el cual fue corroborado en el año 1983. Se encuentra estructurado por 90 enunciados que presentan 5 respuestas ordenadas en una escala de tipo Likert desde el 0 hacia el 4, números establecidos de acuerdo a la intensidad y fuerza de la vivencia del sujeto evaluado durante las últimas semanas. Asimismo, el cuestionario se encuentra dividido en 10 dimensiones relacionadas a sintomatología y psicopatología, y 3 índices de malestar globales. Creado por Derogatis en 1977 y revisado en 1983. Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert, de 0 a 4, en función de la intensidad con la que el sujeto ha vivido en las últimas semanas el malestar que cada ítem explora. Los 90 ítems se agrupan en diez dimensiones sintomáticas de psicopatología (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y síntomas misceláneos), tres índices globales de malestar (índice sintomático general, totalidad de síntomas positivos y el índice de distrés positivo) (Toscano, 2019).

Fue validado en el Perú Por Toscano en el año 2019 a través del análisis del contenido, obteniendo un valor de discriminación en el análisis del ítem mayor a 0,40 en cada reactivo. Por otro lado, la confiabilidad fue obtenida a través del índice del Alfa de Cronbach, con un valor de 0,976 (Toscano, 2019).

2.5.3. *Evaluación psicológica*

HISTORIA PSICOLÓGICA

2.5.3.1. Problema actual. Persona adulta de género femenino, aparenta su edad cronológica; a dicha evaluación se presenta en adecuadas condiciones de aseo y arreglo personal; estatura promedio y contextura delgada; tez trigueña, postura semi erguida, vestimenta adecuada a la estación, cabello negro, corto y ondulado. Conductualmente se observa labilidad emocional, tristeza y melancolía, de postura tensa, sin embargo, durante el desarrollo de la entrevista va adoptando una posición más colaboradora. Emocionalmente se muestra ansiosa al tocar y vivenciar los acontecimientos del origen de su problema de ansiedad ya que desde entonces no puede llevar una vida “tranquila y normal”. Luego su actitud se torna más asequible y colaboradora durante la entrevista desarrollada.

La usuaria acude a consulta acompañada de su menor hija, refiere sentirse muy preocupada y angustiada la mayor parte del día y manifiesta que presento una crisis diferente a las demás: “antes durante las crisis temblaba y mi pulso era elevado, sentía angustia, hormigueo, pero más que un hormigueo sentía que me hubiera dado una insolación y la piel estuviera quemándose, algo que volvió asustarme y me alarmo. Al inicio me detectaron ansiedad generalizada con agorafobia ya superé la agorafobia, pero la ansiedad generalizada aún permanece, y más ahora desde que inicio la pandemia, mis crisis son seguidas, por la preocupación constante de mis hijas que están en la universidad y el estrés por mi trabajo, las crisis me han vuelto a venir nuevamente y de manera diferente.”

2.5.3.2. Desarrollo cronológico del problema. Cuando llega a consulta la usuaria refiere sentirse muy preocupada, ansiosa, irritable, nerviosa, con dificultad para respirar, conciliar el sueño, acompañado de náuseas y hormigueo, con mucha tensión en sus brazos y piernas. Asimismo refiere presentar dificultad para concentrarse en alguna tarea o actividad y

tener olvidos frecuentes; todo esto sucede por diferentes situaciones que pasa y vive a diario, como trabajar en su propia empresa, el pagar cuentas al banco, con la compra y venta de carros, el retomar nuevamente su trabajo presencial como docente este año, la preocupación constante por sus hijas y su esposo porque pueden contagiarse de covid-19; también por actividades pequeñas que realiza en casa y al momento de conducir su auto para salir a realizar algunas compras que usualmente siempre va acompañada por su esposo o alguna de sus hijas. Todas estas situaciones acompañadas de una serie de pensamientos catastróficos como: “no es normal lo que siento, algo me está pasando”, “no podré soportarlo si pasa”, “quien cuidará de mis hijas si algo malo me pasa”, “tengo un problema de estrés”, “siento que me falta tiempo para todo”, “que cualquier carro que cruce me choque y me pase un accidente automovilístico”, “que me ponga tan mal que todos se den cuenta”, “cuando superare esta enfermedad y podre sentirme tranquila”. Esto a su vez provoca como consecuencia que se aleje de sus amistades, se quede la mayor parte del tiempo en casa, o salga casi siempre acompañada por una de sus hijas, que trabaje desde casa y solo tenga que salir en ocasiones urgentes, pero en un periodo de tiempo corto o mínimo. También dejó de salir a reuniones familiares o de sus amistades por temor a que pueda contagiarse de covid-19 o le suceda algo inesperado, tuvo que dejar de ejercer su profesión hace dos años por temor a dictar clases o tener que viajar todos los días por una hora desde su casa hasta el colegio, casi siempre pensando que algo puede pasarle en el camino o que sus hijas la necesiten y ella no pueda estar presente para poder ayudarlas al encontrarse lejos. Por otro lado, manifiesta ansiedad, frustración, e irritabilidad cada vez que empieza a leer un libro o estudia, antes era una actividad que practicaba siempre pero ahora lo está dejando de hacer, también refiere que le causa angustia, nerviosismo mirar debajo de su cama, o tener que salir en el carro para hacer compras o movilizar a sus hijas.

Asimismo, refiere que no es la primera vez que pasa por esto, antes fue a varios especialistas, y desde el 2016 estuvo recibiendo un tratamiento multidisciplinario con un

psicólogo terapeuta y tratamiento farmacológico con un psiquiatra, quienes le diagnosticaron de Trastorno de Ansiedad Generalizada asociada con Agorafobia. Actualmente refiere ya no seguir el tratamiento psicoterapéutico desde hace un año y medio, pero si continúa con el tratamiento farmacológico, y toma medicamentos como: sertralina (25mg), Bulpropio (150mg) y clonazepam (1mg). Refiere que tuvo que dejar el tratamiento por los constates viajes que realizaba a la ciudad de Lima y también porque pensó que ya no era necesario porque se sentía mejor.

Rosana refiere que estos problemas se presentaron desde el 2010 a raíz de una serie de preocupaciones y situaciones que pasaba en ese momento, como la sobrecarga de responsabilidad en casa con sus hijas, le preocupaba la seguridad de ella misma y de sus hijas; la presión que sentía con su esposo, le preocupaba que él no esté contento con las cosas que realizaba en casa, que valorara poco lo mucho que hacía por él y por sus hijas. También ese mismo año se cambió de lugar de trabajo de un colegio a otro más cerca y al llegar al nuevo colegio dejó de tener amigos y conversar con colegas o compañeros, se alejó de ellos ya que en la primera reunión que presencio no existía un buen clima laboral, todos se peleaban o discutían, por esa razón decidió alejarse y no conversar con nadie, por temor a que pueda pasarle algo, también recuerda que sintió persecución por uno de sus compañeros de trabajo, sentía que ese compañero la seguía a cada lugar donde iba dentro del colegio, cuando pasaba esto se ponía muy nerviosa, sentía temor y evitaba verlo o cruzarse en el camino con él, por esa razón dejó de salir al receso quedándose en sus aulas hasta la hora de salida.

Recuerda que su primera crisis le dio en la sala de profesores, estaba revisando cuadernos, en ese momento se encontraba sola y empezó a sentirse mal, le dio mareos, calambres en las piernas, visión borrosa, tenía dificultad para respirar acompañada de una sensación de ahogo, en ese momento pensó que algo malo estaba ocurriendo, salió del aula y fue a dirección para pedir permiso a la directora, e irse al hospital. Refiere que cuando llegó

al hospital el médico la reviso y le dijo que no era nada grave y que pronto pasaría, eso fue lo que más la irritó y aumento sus síntomas, llamo a su esposo y después de cuatro horas se fue a su casa. Desde ese día refiere no volver a ser la misma de antes, empezó a preocuparle muchas cosas y al siguiente año 2011 los síntomas empeoraron. Actualmente dejó el tratamiento farmacológico y solo toma los medicamentos de manera condicional, sobre todo cuando presenta una ansiedad elevada y no puede controlarlo. Manifiesta que desea volver a iniciar su tratamiento farmacológico y cumplirlo, así como recibir la ayuda psicológica que le recomendaron para superar su trastorno de ansiedad generalizada.

2.5.3.3. Historia personal. La paciente recuerda que de niña era muy exigente consigo misma en los estudios y en las cosas que su mamá le dejaba bajo su responsabilidad, vivió en un hogar donde hubo maltrato físico y psicológico por parte de su padre a su madre. Recuerda que temía mucho a su padre, por ese motivo siempre trataba de hacer bien las cosas. Su madre le decía que debía estudiar, y tener una carrera para que pueda salir adelante. Recuerda que de pequeña le preocupaba mucho sacar buenas calificaciones y ser la mejor de su salón, cuando llegaba a casa y le enseñaba sus notas a su padre él no le tomaba importancia, pero su madre si la felicitaba. Recuerda que cada vez que veía a su padre pegar a su madre se escondía con sus hermanos.

Tuvo una niñez vacía y con carencia de afecto, debido Al abandono emocional de su padre y la responsabilidad de trabajo que asumía su madre dejándolos bajo el cuidado de su hermano mayor. Ella siempre quiso que su mamá esté en su casa, pero no podía ya que trabajaba como taxista desde muy temprano hasta la noche. Su madre solía dejarla sola con sus hermanos para que la cuiden, pero cuando estaba ahí, había problemas y tenían mucho miedo cuando llegaba su padre, porque golpeaba mucho a su madre y estos maltratos eran frecuentes y ellos eran testigos de todo lo que sucedía.

Recuerda que muchas veces se escondía debajo de la cama y se tapaba con una manta para no escuchar lo que pasaba y cuando no escuchaba nada recién salía de su habitación. Su padre era alcohólico y cuando llegaba a casa, a veces golpeaba a su madre, a ella y a sus hermanos. Ella le tenía cólera y se sentía triste, porque no podía hacer nada para evitarlo. Evadía los problemas de su hogar realizando sus actividades escolares o los quehaceres de la casa. No tenía muchas amigas porque su mamá le prohibió que saliera a la calle, sólo en el colegio jugaba y tenía algunas amigas. La relación con sus hermanos era distante. Se llevaban bien, pero no conversaban mucho, ni pasaban mucho tiempo juntos. Ella es la tercera de cinco hermanos, sus hermanos mayores ayudaban a su madre trabajando algunas veces, pero cuando su padre llegaba a casa, ella ayudaba a su madre atendiéndolo a su padre. La relación con los dos hermanos menores era mejor, debido a que paraban más en casa y compartían algunas actividades como jugar y hacer sus tareas.

De niña era alegre con las personas que ya conocía, pero temerosa y cohibida con las personas nuevas y pendiente de las opiniones de los demás. Era sociable de pequeña, pero por todo lo que le decía su madre y las reglas que le ponía no tenía muchas amigas y tampoco salía de casa.

Su padre era muy frío, poco comunicativo, distante y esquivo. Era muy difícil que demostrara su afecto o se acercara a ella.

Educación

Empezó el colegio desde inicial, ya que su madre se preocupaba mucho en su educación, siempre le decía que a pesar de ser mujer tenía que estudiar para llegar a ser una profesional, ya que su madre no tuvo la misma suerte con sus padres. Seguía al pie de la letra las normas del colegio, era muy estudiosa y uno de los primeros puestos. Le gustaba mucho el curso de matemática y no presentaba dificultades en ningún curso. Tenía pocos amigos/as dentro de la escuela, pero no los frecuentaba fuera de ella.

A los 13 años inicio la secundaria, era sociable y su desempeño escolar muy bueno, pero en esta etapa de su vida los problemas de su hogar eran mayores; debido a esto, se sentía muy ansiosa, su madre ya no la dejaba sola con sus hermanos y tampoco con su padre. Refiere que su madre le decía que le contará todo lo que le pasaba así sean los culpables sus hermanos, todo esto le causaba mucho miedo, ansiedad y temor constante, se comía las uñas, sufría de sudoración en las manos y frente de manera constante, lo que no le permitía sentirse tranquila. Para evitar pensar en esos problemas y generar más, se dedicaba mucho a sus labores escolares. Al terminar su secundaria, a los 18 años, estudió la carrera de educación porque quería ser profesora de matemática. Su desempeño durante la universidad fue muy bueno, vivió sola durante ese tiempo, su madre la apoyo económicamente en sus estudios hasta culminar su carrera.

Trabajo

Trabajó por primera vez a los 22 años después de culminar su carrera como licenciada en Educación, estuvo dictando clases en varios centros educativos de lugares rurales. Así poco a poco pudo especializarse y enseñar solo para el nivel secundaria como profesora de matemática. Tiene más de 20 años de experiencia como docente, hasta que un día decidió emprender un negocio por el bien de su familia y se dedica hace 10 años al alquiler de autos y camionetas que son movilidad para ingenieros y personal que trabaja en la mina. Desde entonces se dedica más a este negocio con el que pudo ahorrar dinero y construir y comprar muchas propiedades. Refiere que llego a pensar en solo dedicarse a su negocio y dejar de ejercer su carrera profesional, pero es algo que hasta ahora no puede hacerlo, solo logro conseguir permisos, o descanso por salud, pero ya volverá nuevamente a trabajar en aula y es algo que la desmotiva.

Accidentes y enfermedades

A los 37 años sufrió de un accidente automovilístico, recuerda que tenía que viajar a

Toquepala para recoger a su hija y estaba con su sobrina de 8 años, cuando ocurrió el accidente, el carro se vació los frenos y se dio una vuelta de campana, no ocurrió nada grave solo fue el golpe y susto que recibió, pero es algo que la marco y desde entonces le cuesta mucho viajara en autos solo cuando ella conduce se siente tranquila.

A los 50 años, le diagnostican trastorno de ansiedad generalizada, recibió tratamiento farmacológico y le recomendaron psicoterapia cognitiva conductual.

Su padre falleció de Cáncer al estómago a los 60 años, murió muy joven y ella fue la única hija que se hizo cargo de su padre desde que le diagnosticaron su enfermedad, estuvo viviendo con ella hasta los últimos días de su vida cuando los médicos los desahuciaron, todo este episodio que vivió fue muy doloroso para ella, manifiesta que a pesar de lo crear y duro que fue su padre con ella y su familia, lo perdono e intento recuperar todo el tiempo perdido pero falleció un año después de su diagnóstico.

Actualmente ella se encarga de ver y cuidar de su madre de 82 años quien recientemente fue diagnosticada de depresión recurrente y posible demencia senil.

Vida sexual

La evaluada tuvo su menarquía a los 14 años. Dicho evento fue aterrador, debido a que no tenía conocimiento alguno de eso, no sabía por qué sangraba. Cuando sucedió, recibió asesoramiento de una enfermera y su madre.

A la edad de 25 años, tuvo su primer acercamiento sexual con su primer enamorado, en donde hubo tocamientos, pero sin llegar al coito. Finalmente, conoció a su esposo a los 25 años y con el inicio su vida sexual. Considera que tiene dificultades para excitarse y casi siempre tuvo temor en la intimidad. Asimismo, le cuesta mucho tener orgasmos. En la actualidad, tiene relaciones sexuales muy pocas veces o casi nada, se sentía mal porque cuando su esposo tuvo Covid – 19, estuvo varios meses en la mina sin bajar y no pudo desde entonces besarlo con tranquilidad por el temor a contagiarse. Manifiesta que se sentía triste,

debido a que siente la necesidad de afecto físico por parte de su esposo, pero ella no puede manifestarlo de la misma manera.

Sueño

La paciente presenta dificultades para conciliar el sueño. Suele dormir entre 5 a 6 horas diarias, pero suele despertarse durante la noche entre 1 y 3 veces. Cuando esto sucede, siente un elevado grado de ansiedad y suele pensar que algo malo le va a pasar. Tiene pesadillas de manera ocasional, pero siente más miedo cuando esta despierta hasta muy noche sobre todo cuando tiene que ir al baño, o recoger sus zapatos debajo de la cama.

Hábitos

Menciona que durante el día lo que más disfruta es cuidar de sus plantas que tiene en casa, suele realizar los quehaceres de manera ocasional, pero es algo que no disfruta, porque se siente muy cansada. En sus tiempos libres, mira televisión, pero solo aquello que no le genere miedo o preocupación. Antes de la pandemia, salía con más frecuencia a verificar el tema de su negocio con las unidades de los carros alquilados, pero desde que inicio la pandemia solo salen sus hijas o coordina todo el trabajo de manera virtual. Es católica, pero no suele ir a la iglesia. Le gusta leer y estudiar algún libro de su interés, pero desde que tiene su problema de ansiedad es muy difícil para ella concentrarse. No le agrada mucho las fiestas, prefiere no salir a reuniones familiares o sociales que la inviten. No le gusta fumar, ni beber alcohol y si lo hace es de manera muy ocasional.

2.5.3.4. Historia familiar. Rosana tiene 55 años, es gerente de su propia empresa de alquiler de autos, estudio la carrera de docencia, pero actualmente no la ejerce. Es la penúltima hija de cinco hermanos. Su padre falleció de cáncer al estómago y su madre vive actualmente en Tacna con uno de sus hermanos. Se casó hace 25 años, vive con su esposo quien trabaja en una empresa Minera Southern Peru-Cuajone, y sus dos menores hijas de 20 y 16 años, aun estudiantes de la universidad y del nivel secundaria. Actualmente vive en la ciudad de

Moquegua.

Su padre quien falleció muy joven tenía una personalidad muy cambiante; era muy violento sobre todo con su madre. Tenía un estilo de crianza autoritario y negligente, caracterizado por ser conflictivo y mujeriego. La relación que tenía con él fue distante, conversaban muy poco y, en ocasiones, discutían, debido a su manera de comunicarse, frívola y sin tino.

Su mamá tiene 84 años y fue diagnosticada de depresión recurrente, lo que a ella le afecta emocionalmente, porque cada vez que se comunica con ella solo le genera más preocupación y tensión. Su forma de ser ha ido cambiando con los años, pero la usuaria menciona que su madre es una mujer muy fuerte, debido a que ha soportado lidiar con el maltrato de su padre y fue ella el único sustento económico del hogar. La relación con la madre fue distante, con el pasar de los años, su madre dejó su casa y se fue a trabajar por muchos años a Lima, desde que inició la pandemia regresó a Tacna y tuvo que vender todos sus carros para ya no trabajar sola en Lima. La evaluada piensa que su madre la quiso, pero no la educó con las creencias correctas que ella necesitaba acerca de la vida y su entorno. Actualmente su madre vive en Tacna junto a su último hermano, quien vive con ella en casa y uno de sus hijos.

La evaluada es la tercera de cinco hermanos. Su hermano mayor tiene 60 años. Tiene problemas con la próstata, pero se encuentra estable. Su hermano fue como un padre para ella siempre supo escucharla y ayudarla en lo que pudo, lamentablemente su hermano no llegó a tener una familia estable porque se separó, aun así, por muchos años trabajó con su madre en Lima. La relación con su hermano mayor actualmente es estable. Conversan con frecuencia, y él la apoya con algunos trabajos de su empresa.

El segundo hermano vive con su familia e hijos en Tacna. Trabajo como contador en su propia empresa privada junto a su esposa quien es también contadora, refiere que era el hermano más enfermizo de la familia desde pequeño y por la pandemia sus problemas respiratorios se complicaron ya que de niño sufría de asma, refiere que sale muy poco de casa y no le gusta que lo visiten muy a menudo por temor a contagiarse de covid-19.

Su penúltimo hermano se llama Hugo, tiene un estilo de vida irresponsable, trabaja como chofer y tiene problemas relacionados con el consumo de alcohol. Su forma de ser es distante y poco comunicativo. Su relación con él es distante.

Su último hermano menor tiene 45 años y es profesor de arte. La relación con él es buena y cercana porque se comunican frecuentemente sobre todo por el cuidado de su madre ya que él es quien se encarga de cuidarla porque vive con ella, menciona que es el único hermano que apoya bastante con su madre y tiene mucha paciencia.

Con respecto a su familia actual, su esposo tiene 56 años y es jefe de operarios en la mina. Menciona que su personalidad se caracteriza por ser extrovertido y alegre. Tiene muchos amigos. En el hogar es colaborador y condescendiente con las labores de la casa. Hace unos años, su esposo le fue infiel y nunca lo aceptó, eso repercutió de manera significativa en el estado de ánimo de la evaluada. En la actualidad, su relación es buena, menciona ya haber aceptado y superado dicho evento, sin embargo, a veces ella se pone irritable con él, porque siente que no la entiende cuando se pone mal, sobre todo cuando manifiesta los síntomas de ansiedad.

Su hija mayor tiene 24 años y estudia ingeniería ambiental y, aunque no termina aun dicha profesión, trabaja en una empresa dedicada a su rubro. Es soltera y no tiene hijos. Su forma de ser es extrovertida, muy alegre y sociable, es la hija que más preocupaciones le dio desde adolescente, pero llevan una relación armoniosa. Su segunda hija recién inicio la carrera

de ingeniería civil, su forma de ser es tranquila, poco conversadora, con tendencia a la introversión. La relación con su hija es buena.

La usuaria no refiere algún antecedente psiquiátrico en la familia.

2.5.4. Evaluación psicométrica

Informe psicológico de pruebas aplicadas

1. Datos de filiación

Nombres y apellidos:	Rossana
Edad:	55 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Tacna, 01 de Marzo de 1967
Estado civil:	Casada
Grado de instrucción:	Superior
Ocupación:	Docente
Derivado por:	Psiquiatra
Dirección:	Moquegua
Religión:	católica
Fecha de entrevista:	06 de enero
Lugar de entrevista:	Lima
Psicóloga:	Mayra Lucia Chambi Morales

2. Motivo de evaluación

- Medir los niveles de ansiedad a través de la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung
- Medir los niveles de depresión a través de la Escala de autovaloración de depresión de Zung
- Medir los niveles de ansiedad mediante el inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)

- Evaluar rasgos de Personalidad.
- Evaluar perfil psicológico.
- Conocer creencias irracionales.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Escala de autovaloración de ansiedad de Zung
- Escala de autovaloración de depresión de Zung
- Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III
- Inventario SCL-90
- Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

Forma A

4. Resultados

Evaluación de la ansiedad

- a. Resultados de la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung.

Grado máximo de ansiedad, puntaje total 63, índice EAA 79.

- b. Resultados del Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE).

- En la escala de Ansiedad Estado (A-E): se obtuvo una puntuación de 46, que la ubican en el percentil 75.
- En la escala de Ansiedad Rasgo (A-R): se obtuvo una puntuación de 51, que la ubican en el percentil 85.

- c. Resultados del Inventario SCL-90

- En la dimensión de hipocondría, se obtuvo una puntuación de 22, con un porcentaje de 45.83%

- En la dimensión de obsesión- compulsión, se obtuvo una puntuación de 19, con un porcentaje de 43,18%
- En la dimensión de asertividad y timidez, se obtuvo una puntuación de 17, con un porcentaje de 42,5%
- En la dimensión de depresión, se obtuvo una puntuación de 30, con un porcentaje de 44,12%
- En la dimensión ansiedad, se obtuvo una puntuación de 27, con un porcentaje de 51,92%
- En la dimensión de hostilidad, se obtuvo una puntuación de 6, con un porcentaje de 25%
- En la dimensión de fobias, se obtuvo una puntuación de 18, con un porcentaje de 64,28%
- En la dimensión de ideación paranoide, se obtuvo una puntuación de 8, con un porcentaje de 33,33%
- En la dimensión de psicoticismo, se obtuvo una puntuación de 11, con un porcentaje de 34,37%

Evaluación de la depresión

- a. Resultados de la Escala de autovaloración de depresión de Zung.

Grado máximo de depresión, puntaje total 61, índice EAD 76

Evaluación de personalidad

- a. Resultados Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

- Patrones clínicos de la personalidad se ubica con un puntaje de 73, como indicador sugestivo a la categoría esquizoide.
- En Patología severa de la personalidad, ubicamos con un puntaje de 69, como indicador sugestivo a la categoría paranoide.

- En Síndromes clínicos, con un puntaje de 85 como indicador elevado en Trastornos de ansiedad.
- En Síndromes clínicos graves encontramos con un puntaje de 80, el indicador sugestivo en Depresión mayor.

Evaluación de creencias irracionales

a. Resultados de creencias irracionales.

- Creencia irracional N°1: “Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas”. Puntaje 02
- Creencia irracional N°2: “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”. Puntaje 06
- Creencia irracional N°3: “Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas”. Puntaje 02
- Creencia irracional N°4: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría”. Puntaje 08
- Creencia irracional N°5: “Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.”. Puntaje 02
- Creencia irracional N°6: “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”. Puntaje 10
- Creencia irracional N°7: “Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida”. Puntaje 04
- Creencia irracional N°8: “Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos”. Puntaje 02

- Creencia irracional N°9: “Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente”. Puntaje 04
- Creencia irracional N°10: “La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final”. Puntaje 07

5. Interpretación de los resultados

Evaluación de la ansiedad

- Interpretación de los resultados de la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung.

La usuaria en la evaluación obtuvo un puntaje de 79, es decir presenta un nivel de ansiedad intensa. Manifiesta síntomas fisiológicos de: sudoración excesiva en manos, sensación de ahogo y falta de aire, presión en el pecho, dolor de cabeza, acompañado algunas veces con náuseas y mareos. Asimismo, refiere preocupación constante, temor, angustia por su salud, familia y trabajo. En conclusión, usuaria con ansiedad intensa y preocupación excesiva. Presenta inestabilidad emocional en diversas áreas de su entorno.

- Interpretación de los resultados del Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE).

- La usuaria en la escala de Ansiedad Estado (A-E): se obtuvo una puntuación de 46, que la ubican en el percentil 75, encontrándose con una Ansiedad- Estado Moderada.
- La usuaria en la escala de Ansiedad Rasgo (A-R): se obtuvo una puntuación de 51, que la ubican en el percentil 85, encontrándose con una Ansiedad- Estado Elevada.

c. Interpretación de los resultados del Inventario SCL-90:

La evaluada presenta síntomas psicopatológicos que requieren atención respecto a la ansiedad, que incluye indicadores generales como nerviosismo, tensión e intranquilidad, así como sentimientos de malestar; fobias, que abarcan temores de naturaleza fóbica orientados hacia espacios abiertos o sitios públicos, viajes donde la evaluada percibe distintas situaciones como peligrosas o amenazantes lo que genera como consecuencia conductas evitativas. Tiene tendencia a reaccionar de manera ansiosa con cierta conducta obsesiva compulsiva, que refuerza aún más sus niveles de ansiedad fóbica.

Evaluación de la depresión

a. Interpretación de los resultados de la Escala de autovaloración de depresión de Zung:

La usuaria en la evaluación obtuvo un puntaje de 76, es decir presenta un nivel de depresión intensa. Manifiesta labilidad emocional, sentimientos de tristeza y desanimo por su situación actual, le cuesta disfrutar de sus actividades diarias, se siente cansada casi todo el tiempo con preocupación constante de su futuro. En conclusión, la usuaria no se encuentra emocionalmente estable producto de experiencias vividas en su pasado y presente.

Evaluación de personalidad

a. Interpretación de los resultados Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

- Dentro de los patrones clínicos la evaluada presenta indicadores elevados en: esquizoide, depresivo, agresivo-sádico y evitativo; lo

que nos sugiere que es una persona caracterizada por ser invulnerable al sufrimiento, impávido ante el castigo, sigue sus reglas o puntos de vista y es orgullosa. Por otro lado, también presenta rasgos narcisistas lo que nos sugiere un comportamiento arrogante, explotador, poco optimista, así mismo presenta rasgos de pasivo-agresivo manifestando obstinación, ambivalencia, escepticismo, desplazando su enfado a otros, sintiéndose incomprendido y discordante.

- En cuanto al área de patología severa, obtiene un indicador sugestivo en los rasgos de personalidad Paranoide, las personas con estos rasgos son desconfiados, con creencias injustificadas de que los demás intentan dañar o engañar, son paradójicos, rencorosos, lábiles afectivamente, contradictorios y difusos, están a la defensiva, irritables, escépticos, temerosos y rígidos.
- Dentro de los síndromes clínicos obtiene indicadores elevados en Ansiedad y trastorno somatomorfo, puede estar sintiendo que se desborda ante los problemas diarios y se sienta incapaz de afrontarlos, por ese motivo tendera a distanciarse o evitar situaciones que le provoquen niveles altos de ansiedad. Si la usuaria no consigue evitar estas situaciones probablemente traerá como consecuencia un malestar o ansiedad significativa que pueden manifestarse en sensaciones de tensión, intranquilidad e inseguridad en la toma de decisiones. Así mismo presenta síntomas fisiológicos referidas a distintas partes del cuerpo como cefaleas, palpitaciones, dolores estomacales, dolores en las articulaciones y otro tipo de molestias

inespecíficas. Suele exhibir una hipervigilancia generalizada de su entorno y tiende a interpretar los conflictos de la vida diaria de forma distorsionada y con gran susceptibilidad.

- Por último, vemos que dentro de los síndromes severos obtiene un indicador sugestivo de Depresión Mayor que posiblemente este influenciado por sus síndromes clínicos.

Evaluación de creencias irracionales

a. Interpretación de los resultados de creencias irracionales.

- Obtiene un puntaje 8/10 en la creencia irracional 4 y 6: “Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría”, “Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta”.
- Presenta un puntaje 6/10 en las creencias 2 y 10: “Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, “La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final”.

6. Recomendaciones y/o sugerencias por área evaluada

Evaluación de la ansiedad

- Se recomienda la psicoeducación y el entrenamiento en respiración y relajación, mediante la técnica de respiración diafragmática y la Relajación Progresiva de Jacobson.

Evaluación de la depresión

- Se recomienda la técnica de psicoeducación y la programación de actividades.

Tabla 3

Lista de respuestas conductuales ante la ansiedad. Frecuencia semanal

[illegible]

[illegible]

2.5.5. *Informe psicológico integrador*

Datos de filiación

Nombres y apellidos:	Rossana
Edad:	55 años
Estado civil:	Casada
Grado de instrucción:	Superior
Ocupación:	Docente
Derivado por:	Psiquiatra
Religión:	católica
Fecha de entrevista:	06 de enero
Lugar de entrevista:	Lima
Psicóloga:	Mayra Lucia Chambi Morales

Motivo de evaluación

Evaluación Integral

Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Escala de autovaloración de ansiedad de Zung
- Escala de autovaloración de depresión de Zung
- Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III
- Inventario SCL-90
- Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

Forma A

Interpretación de los resultados

De acuerdo a los resultados de la evaluación, la usuaria presenta una personalidad con tendencia a la introversión, con dificultad en la capacidad de relacionarse con los demás por su falta de interés y problema actual que presenta. Evidencia dificultades en la toma de decisiones, con dependencia hacia sus hijas y esposo, quienes sus vínculos más cercanos. Asimismo, manifiesta conductas evitativas como recurso a enfrentar situaciones que le causen miedo y ansiedad motivo por el cual dejó de realizar diversas tareas o trabajos por miedo a las sensaciones físicas y emocionales que manifestaba.

En el área de síndromes clínicos la usuaria evidencia claramente un Trastorno de Ansiedad evidenciando sintomatología fisiológica como dificultad para respirar, presión en el pecho, ritmo cardíaco acelerado, mareos, náuseas, sensación de ahogo, angustia, debilidad, cefaleas y temblores percibidos. Sintomatología cognitiva por presentar pensamientos ruminantes y preocupación sobre preocupación acerca de situaciones y vivencias que experimenta en su presente. Sintomatología motora con ciertas conductas evitativas que practica como modo de disminuir su malestar o ansiedad significativa que puedan reflejarse en sensaciones desagradables. También tiene dificultades para dormir, no puede concentrarse en alguna tarea que quiera realizar y eso le produce irritabilidad y frustración. Refiere a su vez una hipervigilancia generalizada del medio que la rodea y tiende a interpretar de manera distorsionada con mucha susceptibilidad los problemas cotidianos.

En el área emocional, presenta un estado de ánimo melancólico y ansioso, con sentimientos de tristeza e inutilidad, llanto por preocupaciones constantes que le causan malestar general, le cuesta disfrutar de sus actividades diarias de ocio y trabajo, tiene tendencia a reaccionar de manera ansiosa con características obsesiva compulsiva, por lo cual percibe situaciones como amenazantes o peligrosas mostrándose en algunas ocasiones de forma hostil y paranoica incrementando aún más sus niveles de ansiedad. Así mismo sus diálogos internos

están acompañados de pensamientos catastróficos y perfeccionistas generándole estados de melancolía, ansiedad y tristeza producto de situaciones vividas en su presente y pasado.

Conclusiones

- Niveles de ansiedad de estado y ansiedad rasgo alto.
- Episodio depresivo intenso.
- Usuaría que presenta somatizaciones y ansiedad elevada por presentar pensamientos flotantes e irracionales.
- Trastorno de ansiedad Generalizada.

Recomendaciones

Para la usuaria: intervención cognitiva conductual para el cuadro clínico de ansiedad generalizada.

Diagnóstico funcional de conductas

- Listado de conductas adecuadas
 - ✓ Asistencia regular a consulta.
 - ✓ Compromiso con el plan de intervención.
 - ✓ Cumplimiento de cada actividad y tarea.
 - ✓ Adecuado aseo personal
- Lista de conducta inadecuada
 - ✓ Trastorno de Ansiedad Generalizada

Análisis funcional del trastorno de ansiedad generalizada

Tabla 4

Análisis funcional de TAG

ESTÍMULO	RESPUESTA	ESTÍMULO
DISCRIMINATIVO		REFORZADOR
E.D. EXTERNO	FISIOLÓGICO:	E.R. EXTERNO
Con respecto a su trabajo, y el tema del alquiler de camionetas, hay un problema con una de sus unidades que no estaba prevista, la preocupación que ella tiene es que esto le va a generar más gastos.	Presión en el pecho, tensión muscular, taquicardia, sudoración en el rostro, cuello, cefaleas, sensación de desmayo y aturdimiento, dificultades para conciliar el sueño, llanto y cansancio.	Su esposo le dice: “asume tú la responsabilidad porque yo estoy muy ocupado y no podré bajar de la mina”; “tú eres la más adecuada en tomar decisiones y arreglar las camionetas, solo te pido
Que sus hijas salgan de casa por motivo de trabajo o estudios.	EMOCIONAL: ansiedad (9/10), preocupación (9/10),	que no te pongas mal”. Su trabajador le dice: “señora Rosana la
Que su esposo se quede trabajando en la mina y se pueda contagiar de covid-19.	tristeza (8/10), irritabilidad (9/10)	camioneta está parada y no tenemos otra movilidad para que venga a recogernos, los clientes
Que le pidan regresar a trabajar de manera presencial.		están preocupados y desesperados”. Su hija le dice: “mama tranquila yo me quedare

contigo, solo es un rato,
salgo a comprar o si
quieres me acompañas en
el carro, así no te quedas
sola”.

Su hija accede a
acompañarla cuando tiene
que salir de casa.

Su esposo baja de la mina
las veces que puede para
acompañarla.

ESTÍMULO

RESPUESTA

ESTÍMULO

DISCRIMINATIVO

REFORZADOR

E.D. INTERNO

PENSAMIENTO:

E.R. INTERNO

Cuando piensa:

“seguro el carro esta

Autoafirmaciones

“Me va a ir mal”, “me están

viejo”. “mis clientes

“Me falta la respiración,

observando”,

“estoy realizando una queja por

debo tener una crisis otra

empezando

a mi mal servicio”. “soy una

vez”.

preocuparme”, “es mucho incompetente en mi

“estoy realmente mal,

dinero y no poder trabajo”.

tengo mucho calor y estoy

arreglarlo”, “puede que “Me preocupa no poder

sudando”.

gaste más o tal vez menos”, hacer nada por resolver

“soy mala esposa y

“mis clientes ya no me este problema”.

madre”

contrataran para una “Me voy a enfermar, algo

próxima vez”, “Pensaran malo me va a pasar”.

que yo no les brindo un “No puedo controlar “no sirvo como profesora,
buen servicio”, “si me ven sentirme mal”. renunciare a mi trabajo
como estoy pueden burlarse este año”

de mi” CONDUCTA MOTORA:

“Las cosas se están Se encierra en su
poniendo peor cada día en habitación y se hecha en
mi trabajo”. su cama.

“No quiero regresar a Deja de realizar sus
trabajar, porque puedo pendientes del trabajo y
enfermarme o contagiarme las labores de casa.

de covid-19” No quiere salir sola y pide

“Mi esposo siempre me deja a su hija mayor que la
toda la responsabilidad”. acompañe. Y que

“soy muy sensible, no Cuando sale de compras
puedo con todo esto”. siempre pide que su hija la

“Mi esposo y mis hijas acompañe y conduzca el
pueden contagiarse de auto porque se siente
covid-19” incapaz de hacerlo.

“No puedo salir a ningún Presenta mucha dificultad
lugar” para concentrarse.

Empieza a comer
cualquier cosa que
encuentre en su cocina.

ESTÍMULO

RESPUESTA

ESTÍMULO

DISCRIMINATIVO

REFORZADOR

DIMENSIONES DE LA

CONDUCTA:

Duración: Variable

Frecuencia: Diaria

Intensidad: Ansiedad 9/10

Duración: Variable

Frecuencia: diaria

Intensidad: preocupación

9/10

Diagnóstico clínico tradicional (CIE-10)

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada

La usuaria presenta la sintomatología más de seis meses con tensión y preocupación constante sobre los acontecimientos y problemas de su vida diaria. Respecto a la sintomatología fisiológica presenta: palpitaciones al corazón, ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, presión en el pecho, sensación de mareos, náuseas, miedo a perder el control o a perder la conciencia. Respecto a los síntomas generales, la usuaria presenta: tensión, cefaleas, inquietud, nerviosismo e incapacidad para relajarse, dificultad para concentrarse con “ansiedad flotante”, irritabilidad persistente y con dificultades para conciliar el sueño a causa de sus preocupaciones permanentes.

La sintomatología que presenta la usuaria no se debe a un trastorno orgánico o al consumo de sustancias psicoactivas.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 5

Sesiones de la Intervención Cognitivo Conductual

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Técnicas de tratamiento
1	06/01/22	60min	Semanal	Entrevista y observación psicológica.
				Psicoeducación y contrato terapéutico.
				Aplicación de pruebas de pre test:
				- Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. - Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI).
2	15/01/22	60 min	Semanal	Entrevista psicológica
				Aplicación de prueba de personalidad:
				- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.
				Psicoeducación sobre ansiedad y el TAG
				Autorregistros.

				Psicoeducación en TCC
3	20/01/22	60min	Semanal	Aplicación de la escala de síntomas clínicos SCL-90 Introducción a la reestructuración cognitiva. Autorregistros. Psicoeducación Aplicación: Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A. Técnica de respiración diafragmática. Autorregistros. Programación de actividades. Psicoeducación
4	27/01/22	60 min	Semanal	Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson abreviada. Técnica de control de estímulos Psicoeducación de las 10 principales creencias irracionales de Ellis
5	03/02/22	60min	Semanal	Reestructuración cognitiva: Modelo ABC Autorregistros.
6	10/02/22	60min	Semanal	

7	17/02/2022	60 min	Semanal	Revisión de los autorregistros Retroalimentación de la técnica de reestructuración cognitiva Automonitoreo.
8	1/02/22	60min	Semanal	Técnica de reestructuración cognitiva: Modelo ABCDE Técnica de detención del pensamiento.
9	18/02/2022	60 min	Semanal	Explicación de los pensamientos intrusivos Retroalimentación de la técnica de detención del pensamiento Psicoeducación
10	18/02/22	60min	Semanal	Terapia de exposición. Técnica de reestructuración cognitiva: Modelo ABCDE
11	05/02/22	60min	Semanal	Entrenamiento en Autoinstrucciones. Entrenamiento en Higiene del sueño
12	19/03/22	60min	Semanal	Entrenamiento en resolución de problemas. Entrenamiento en habilidades sociales.

Aplicación de pruebas post test: Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI).

13	02/04/22	60 min	Semanal	Entrenamiento en habilidades sociales Programación de actividades.
14	16/04/22	60min	Quincenal	Prevención de recaídas. Aplicación de Post test: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III Prevención de recaídas.
15	23/04/22	60min	Semanal	Aplicación post test de la escala de síntomas clínicos SCL-90 Aplicación de Post test: Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.
16	30/04/22	60min	Mensual	Prevención de recaídas. Alta psicológica. Cierre del programa de intervención.

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 6

Programa de intervención

Nº SESION	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión Nº 01	▪ Exploración del motivo de consulta. ▪ Establecimiento de línea base 1: - Evaluación de la ansiedad mediante dos pruebas psicométricas.	▪ Se establece el rapport con la usuaria. Se plantea el contrato terapéutico. ▪ Se evalúa mediante: - Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI).	▪ Entrevista. ▪ Observación. ▪ Contrato terapéutico. ▪ Evaluación.	▪ Se solicita a la usuaria la identificación y registro de pensamientos, situaciones y emociones causantes de la ansiedad en un diario personal, durante la semana.
Sesión Nº 02	▪ Evaluación de los antecedentes personales y familiares.	▪ Elaboración de la historia clínica cognitivo conductual. ▪ Se evalúa mediante: - Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.	▪ Entrevista. ▪ Observación. ▪ Evaluación. ▪ Psicoeducación.	▪ Se pide a la usuaria realice el registro de situación-pensamiento-emoción-conducta durante la semana

- Establecimiento de línea base 2.1:
- Evaluación de rasgos patológicos
- Psicoeducación sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Establecimiento de objetivos terapéuticos.
- Se brinda psicoeducación a la usuaria sobre la ansiedad patológica y la diferencia con la ansiedad normal:
 - Ansiedad generalizada (TAG).
 - El rol de los pensamientos y preocupaciones en el TAG.
- Se instruye sobre el uso autorregistros.
- Se plantea junto a la usuaria los objetivos terapéuticos.
- Autorregistros.

N° SESION	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión N° 03	▪ Introducción al modelo cognitivo conductual. ▪ Psicoeducación: Explicación de la justificación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la funcionalidad del modelo ABC. ▪ Establecimiento de línea base 2.2: - Evaluación de síntomas psicopatológicos	▪ Se retroalimenta la sesión anterior. ▪ Se revisa la tarea elaborada por la usuaria, sobre el registro de situación-pensamiento-emoción-conducta. ▪ Se realiza la exposición del modelo de esquema ABC Ellis (1989), - Explicación de la relación entre situación pensamiento y conducta motora, fisiológica y emocional. - Se esquematiza la explicación del origen de su problema o principales creencias. ▪ Se evalúa mediante: - La escala de síntomas clínicos SCL-90	▪ Psicoeducación en T.C.C. ▪ Entrenamiento en Reestructuración Cognitiva. ▪ Dialogo expositivo. ▪ Evaluación	▪ Se pide a la usuaria la continuidad del llenado de autorregistros durante la semana, e identificar sus propias creencias para su comprensión del modelo ABC. ▪ Se solicita el desarrollo del Autorregistro de sus principales sensaciones físicas experimentadas durante un episodio típico de ansiedad.

N° SESION	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión N° 04	▪ Disminución de la sintomatología fisiológica de la ansiedad. ▪ Psicoeducación y práctica del ejercicio de respiración diafragmática. ▪ Introducción en el uso de la programación de actividades diarias.	▪ Se repasa la sesión anterior ▪ Se revisa la lista de problemas y síntomas fisiológicos elaborados por la usuaria. ▪ Se psico educa sobre los efectos en nuestro organismo de la respiración diafragmática y se desarrolla el entrenamiento práctico en vivo. ▪ Se psico educa sobre la organización de sus actividades para la disminución de la ansiedad. ▪ Se evalúa mediante:	▪ Psicoeducación ▪ Técnica de respiración diafragmática. ▪ Evaluación ▪ Autorregistros. ▪ Programación de actividades.	▪ Se solicita el desarrollo del Autorregistro de las preocupaciones, identificando sus principales síntomas físicos manifiestos. ▪ Se prescribe la práctica de la técnica de respiración diafragmática dentro de su cronograma de actividades. ▪ Se pide la elaboración del cronograma de actividades diarias en físico, proponiendo actividades recreativas y nuevas y colocarlo en un lugar visible de su habitación.

-
- Establecimiento de línea base 3:
 - Registro de Opiniones e Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis forma A.
 - Evaluación de creencias irracionales.
-

N° SESION	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión N° 05	▪ Disminución de la sintomatología fisiológica de la ansiedad. ▪ Disminución de la intolerancia a la incertidumbre.	▪ Se revisa los autorregistros y el modelo de cronograma de actividades que realizo la usuaria en casa. ▪ Se explica en qué consiste la relajación muscular progresiva y se realiza una práctica en vivo. ▪ Se explica a la usuaria sobre la técnica de control de estímulos y se le pide que realice	▪ Psicoeducación ▪ Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. ▪ Técnica de control de estímulos.	▪ Psicoeducación. ▪ Se entrega como material una ficha de relajación muscular progresiva para que pueda guiarse y aplicarla diariamente en un lugar y horario que le favorezca para la relajación. ▪ Se le pide que, dentro de su programación de actividades

		la técnica seleccionando un lugar determinado para exacerbar todas sus preocupaciones diarias.		diarias, tenga un horario reservado para realizar la técnica de control de estímulos.
Sesión N° 06	▪ Desarrollar en la usuaria la capacidad para identificar las creencias irracionales. ▪ Psicoeducación sobre la reestructuración cognitiva y los estilos de debate.	▪ Se le brinda psicoeducación a la usuaria de las 10 principales creencias irracionales de Ellis. ▪ Se debate la creencia junto con la usuaria para que ella genere pensamientos más adaptativos. ▪ Se explica a la usuaria qué es, para qué sirve y cómo practicar la reestructuración cognitiva, además de cómo utilizar los estilos de debate.	▪ Psicoeducación ▪ Reestructuración cognitiva: estilos de debate. ▪ Autorregistros.	▪ Se solicita el desarrollo de un autorregistro diario de pensamientos que le produzcan ansiedad identificando las principales creencias irracionales de cada uno de ellos. ▪ Se solicita poner en práctica los estilos de debate para cada creencia irracional identificada.
Sesión N° 07	▪ Desarrollar la técnica de reestructuración	▪ Se revisan los autorregistros que se dejaron la sesión anterior.	▪ Reestructuración cognitiva ▪ Autorregistros	▪ Retroalimentación ▪ Se solicita el desarrollo de un autorregistro diario de

cognitiva en la
usuaria

- Se hace una retroalimentación de la explicación de la técnica de reestructuración cognitiva.
- Se lleva a cabo la técnica de reestructuración cognitiva con la usuaria, con todas las etapas que comprende esta.

pensamientos que le produzcan ansiedad identificando las principales creencias irracionales de cada uno de ellos.

- Se solicita poner en práctica la técnica de reestructuración cognitiva con ayuda del psicólogo y se le pide que también la refuerce en casa.

Nº	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
SESION				
Sesión Nº 08	▪ Disminución de la intolerancia a la incertidumbre.	▪ Se le explica a la usuaria que los pacientes con TAG reportan niveles más altos de intolerancia a la incertidumbre y se realiza la presentación de la técnica de automonitoreo,	▪ Automonitoreo. ▪ Técnica de reestructuración cognitiva: Modelo ABCDE.	▪ Se pide que realice diariamente el llenado del registro de la técnica ABCDE trabajada en sesión. ▪ Se entrega a la usuaria la ficha modelo de registro de respuestas

	▪ Disminución de las creencias irracionales.	enseñando a identificar señales o estímulos internos o externos que desatan la ansiedad. ▪ Se realiza la explicación del modelo ABCDE, donde se resalta la importancia del cuestionamiento y debate ante los pensamientos irracionales.		conductuales y emocionales ante la ansiedad para que realice el registro durante la semana.
Sesión 09	▪ Disminución de los pensamientos intrusivos ▪ Disminución de las creencias irracionales.	▪ Se hará la introducción y explicación de los pensamientos intrusivos que son parte de los síntomas cognitivos de la ansiedad, asimismo, se hará la explicación de la técnica de detención del pensamiento. ▪ Se enseña a utilizar la técnica de detención del pensamiento para el bloqueo de pensamientos que le producen ansiedad. ▪ Se continua con la práctica de la técnica de reestructuración cognitiva: ABCDE	▪ Reforzamiento de la técnica de reestructuración cognitiva: Modelo ABC ▪ Psicoeducación. ▪ Técnica de detención del pensamiento.	▪ Se solicita poner en práctica la técnica de detención del pensamiento utilizando una palabra de bloqueo que se familiarice y sea fácil de utilizar.

Sesión N° 10	▪ Disminución del comportamiento evitativo. ▪ Disminución de creencias irracionales.	▪ Se repasa la sesión anterior. ▪ Se induce a la usuaria a identificar una o dos preocupaciones o respuestas conductuales vividas de manera jerárquica, mediante la exposición imaginativa para cada situación desde cogniciones, emociones y comportamientos ▪ Se continua con la práctica de la técnica de reestructuración cognitiva: ABCDE	▪ Automonitoreo. ▪ Psicoeducación. ▪ Terapia de exposición. ▪ Reforzamiento final de la Técnica de reestructuración cognitiva: Modelo ABCDE	▪ Se pide que realice este ejercicio en casa utilizando la imaginación y proyección temporal como mínimo veinte a treinta minutos después de haberlo realizado y manifestar como se siente.
--------------	---	--	--	---

N°	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
SESION				
Sesión N° 11	▪ Disminución de conductas evitativas y creencias disfuncionales.	▪ Se le explica a la usuaria sobre cómo funcionan las autoinstrucciones y porque es de útil en la práctica diaria. Asimismo, se entrena autoinstrucciones sobre situaciones	▪ Entrenamiento en Autoinstrucciones. ▪ Entrenamiento en Higiene del sueño	▪ Se pide a la usuaria que ponga en práctica las autoinstrucciones y verbalizaciones positivas en

-
- | | | |
|---|---|--|
| ▪ Mejorar la calidad de sueño y descanso de la usuaria. | estresantes o evitativas a las que se enfrenta, practicando autoverbalizaciones positivas como: “todo está bien, puedo lograrlo, esto pasara”, “puedo calmarme”. | situaciones que identifique dentro o fuera de casa. |
| | ▪ Explicar la finalidad del programa de higiene de sueño para promover mejores hábitos a la hora de acostarse y levantarse diariamente a la misma hora, estableciendo una relación condicionada entre cama y el sueño, no utilizándola para otro tipo de actividades que generen distracción. | ▪ Se pide que elaborare el cronograma de higiene de sueño para incluirlo en el registro de su programación diaria. |

N° SESION	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión N°12	▪ Incluir habilidades de afrontamiento que sean más adaptativas. ▪ Disminución de conductas evitativas con respecto a relaciones interpersonales. ▪ Evaluación post test.	▪ Haciendo uso del entrenamiento de resolución de problemas se enseña a la usuaria estrategias para la resolución de problemas ante conductas evitativas, donde es capaz de identificar el problema, precisar su respuesta, realizar una lista o propuesta de alternativas, identificando las posibles consecuencias y evaluando los resultados. ▪ Se evalúa mediante: - Escala de autovaloración de depresión y ansiedad de Zung. - Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI).	▪ Entrenamiento en resolución de problemas. ▪ Evaluación post test	▪ Se entrega a la usuaria la ficha modelo de registro para resolución de problemas. ▪ Se le pide llenar la ficha para revisarlo en la próxima sesión.

Sesión N°13	▪ Incluir habilidades sociales para el desarrollo de habilidades interpersonales saludables.	▪ Se realiza con la usuaria el entrenamiento en habilidades sociales y comunicación asertiva. ▪ Asimismo, se hace hincapié en la autorregulación emocional para mejorar sus relaciones interpersonales en los distintos contextos donde se desempeña: familiar, académico y laboral.	▪ Entrenamiento en habilidades sociales	▪ Se le pide a la usuaria el desarrollo de la autorregulación emocional a través de la práctica de la asertividad. ▪ Se le pide como tarea planificar salidas con amigos y amigas poniendo en práctica habilidades comunicativas.
Sesión N°14	▪ Revisión de los aprendizajes y logros obtenidos durante la terapia. ▪ Evaluación post test.	▪ Se realiza con la usuaria una revisión de los aprendizajes obtenidos durante las sesiones. ▪ Se le pide completar a la usuaria durante la sesión la ficha sobre los logros en terapia. ▪ Se promueve la realización de actividades agradables y acciones dirigidas a sus objetivos. ▪ Se entrena a la usuaria en el manejo de posibles recaídas.	▪ Programación de actividades. ▪ Prevención de recaídas. ▪ Evaluación post test	▪ Se le pide que continúe con su programación de actividades agradables y acciones dirigidas a metas y objetivos propuestos ▪ Se entrega a la usuaria la ficha modelo de registro de respuestas conductuales y emocionales ante la ansiedad para que realice el

▪ Se evalúa mediante:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

registro durante la semana como post evaluación de dichas conductas.

N° SESION	OBJETIVOS	SESIONES TERAPEUTICAS	TECNICAS	ACTIVIDADES
Sesión 15	▪ Realización de un dialogo expositivo y de retroalimentación sobre el uso de técnicas aprendidas. ▪ Evaluación post test.	▪ Se pide a la usuaria que comente sobre su estado actual, sobre sus vivencias en estos días y como maneja situaciones que antes eran causa de ansiedad. ▪ Se realiza una retroalimentación sobre el uso de técnicas o habilidades aprendidas en el proceso terapéutico. ▪ Por último, se trabaja sobre el manejo de posibles recaídas. ▪ Se evalúa mediante (post test): - La escala de síntomas clínicos SCL-90.	▪ Prevención de recaídas. ▪ Evaluación post test	

- Registro de Opiniones e Inventario de Creencias

Irracionales de Albert Ellis forma A.

Sesión	▪ Preparación para	▪ Se realiza con la usuaria una retroalimentación de lo	▪ Prevención de
Nº16	posibles recaídas.	aprendido durante todo el programa.	recaídas.
	▪ Cerrar el programa	▪ Se felicita a la usuaria por los logros alcanzados	▪ Alta psicológica.
	de intervención	durante todas las sesiones y también fuera de ellas.	▪ Cierre del
		▪ Se motiva a seguir con la práctica de todo lo aprendido.	programa de
		y se trabaja con la paciente sobre el manejo de posibles	intervención.
		recaídas.	

2.7. Procedimiento

Toda la intervención se basa en tres etapas, una primera etapa de evaluación, la segunda de tratamiento y finalmente la tercera etapa de seguimiento.

La primera etapa de evaluación se realizó en tres sesiones, iniciando con el motivo de consulta, la entrevista psicológica y la aplicación de pruebas e instrumentos. Después de establecer el rapport con la usuaria en la primera sesión se realizó el contrato terapéutico donde se estipuló el compromiso y la participación de la usuaria durante el proceso de psicoterapia.

La etapa del tratamiento se desarrolló hasta la sesión número 10, fueron brindadas una vez por semana, con duración de 60 minutos cada una, utilizando técnicas tanto cognitivas como conductuales. Las sesiones, se dividieron primero en la recolección de información de lo ocurrido entre sesiones y el estado actual de la usuaria (5 minutos), las tareas delegadas y establecimiento de las actividades de la sesión (10 minutos), la aplicación y trabajo de las técnicas programadas (35 minutos) y finalmente realizar el feedback de la sesión más la delegación de alguna tarea para la casa (10 minutos).

En la etapa final de seguimiento, se encuentran las sesiones 14,15 y 16. Se llevó un total de 16 sesiones.

2.8. Consideraciones éticas

Consentimiento informado: la usuaria tiene conocimiento de la realización del caso clínico presentado, brinda su consentimiento voluntario para ser parte de este trabajo académico (ANEXO A).

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

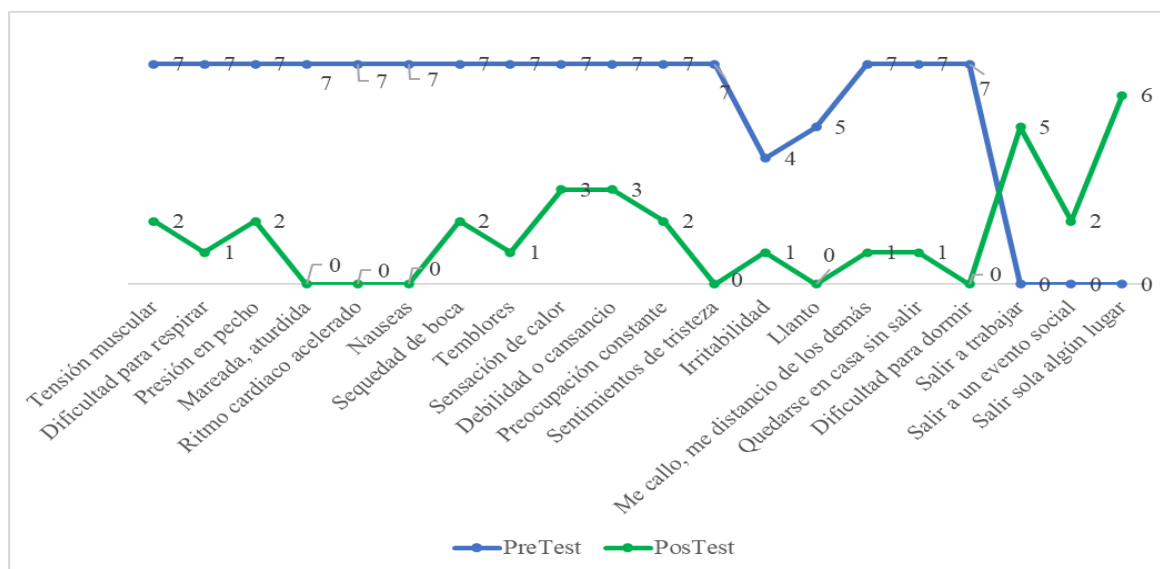
Respeto: Para el trabajo académico a la usuaria se le brindó la protección a su privacidad, con el derecho a desistir la continuación de la intervención psicoterapéutica en cualquiera de sus fases, concluido el tratamiento se le proporciono un seguimiento de logros alcanzados con prevención de recaídas.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de Resultados (gráficos del pre y post test)

Figura 3

Lista de chequeo y conductas fisiológicas antes y después del tratamiento



Nota. Elaboración propia

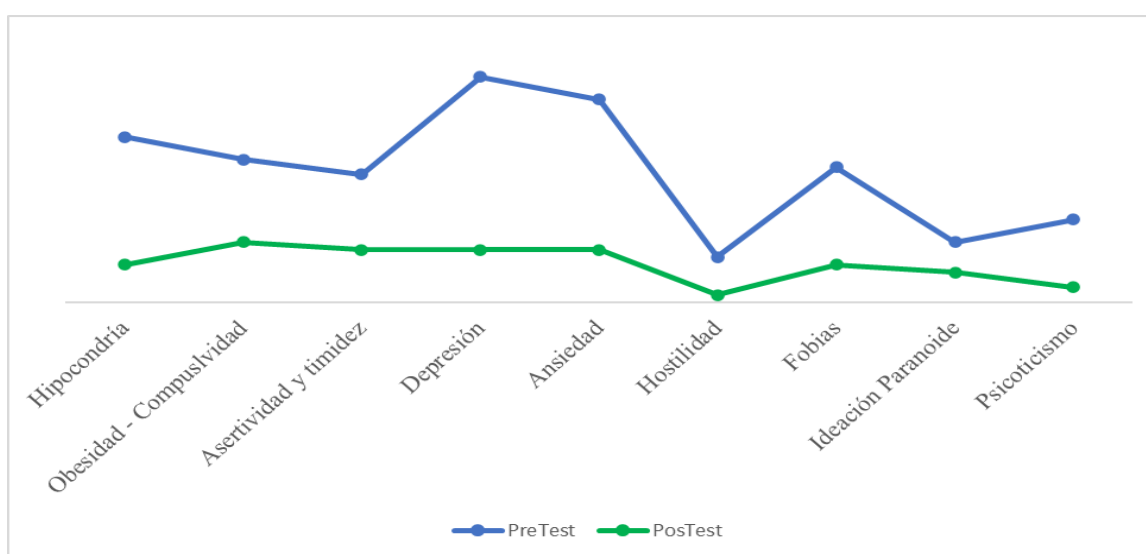
Respecto a la lista de chequeo y conductas fisiológicas de la usuaria antes de la aplicación del tratamiento preparado, se observó la presencia de diversas conductas fisiológicas sintomatológicas perjudiciales, destacando la tensión muscular, los problemas para respirar, presión en el pecho, mareos y vértigo, aumento de la presión arterial, vómitos y náuseas acompañadas de la resequead de labios y de la zona bucal, temblores corporales, sensación de calor intenso y cansancio. Asimismo, se registraron conductas emocionales negativas, como la preocupación frecuente, tristeza, irritabilidad y llanto constante, mientras que, respecto a las conductas motoras, se observó que la paciente prefería aislarse de las personas y quedarse en casa.

Tras la aplicación de la Intervención Cognitivo-Conductual, se observó mejoras altamente significativas respecto a las conductas fisiológicas sintomatológicas, disminuyendo al completo la frecuencia de mareos, náuseas y el incremento de la presión

sanguínea. Respecto a las conductas emocionales, se observó que la tristeza y el llanto fueron controlados satisfactoriamente, mientras que los niveles de irritabilidad y llanto estuvieron dentro de un rango controlable. De la misma manera, respecto a las conductas motoras, se observó que la paciente ya no se aísla, sino que toma la decisión de salir a trabajar o sola a ciertos lugares, mostrando una clara mejoría tras el tratamiento.

Figura 4

Resultados de la prueba SCL-90

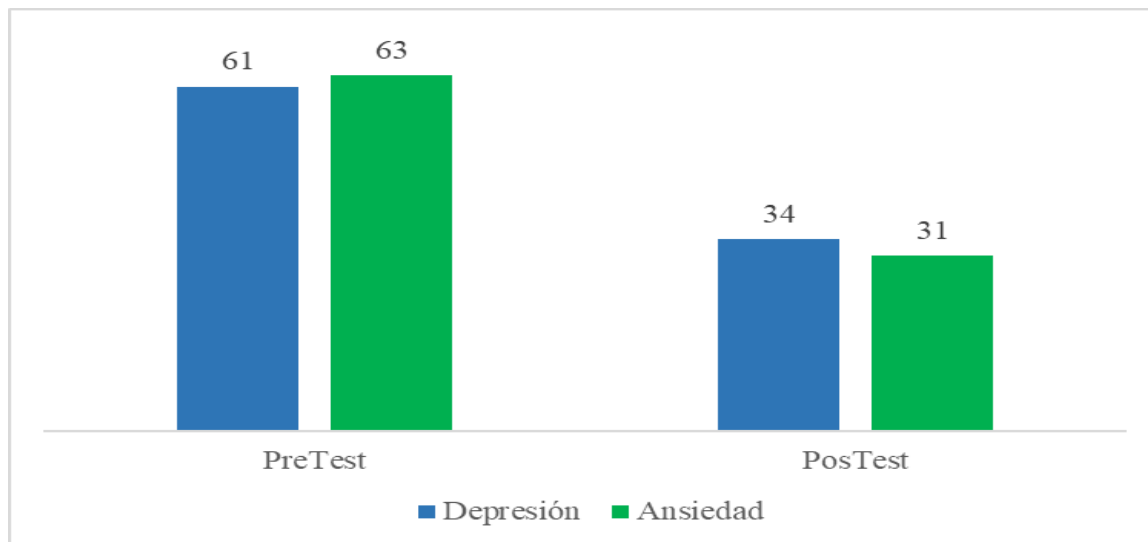


Nota. Elaboración propia

Respecto a la evaluación realizada mediante el Inventario SCL-90 antes de la Intervención Terapéutica Conductual expresados en la figura 2, se observan la presencia de diversos síntomas psicopatológicos, entre los que resaltan la Hipocondría, la Obesidad-Compulsividad, Asertividad y Timidez, Depresión, Ansiedad, Fobias y Psicoticismo. Tras el tratamiento, se observó una mejoría en la salud mental de la paciente, misma que se vio reflejada en la disminución de los síntomas mencionados anteriormente tras la aplicación posttest del Inventario SCL-90.

Figura 5

Resultados de la prueba pretest y postest respecto al Inventario de Ansiedad y Depresión

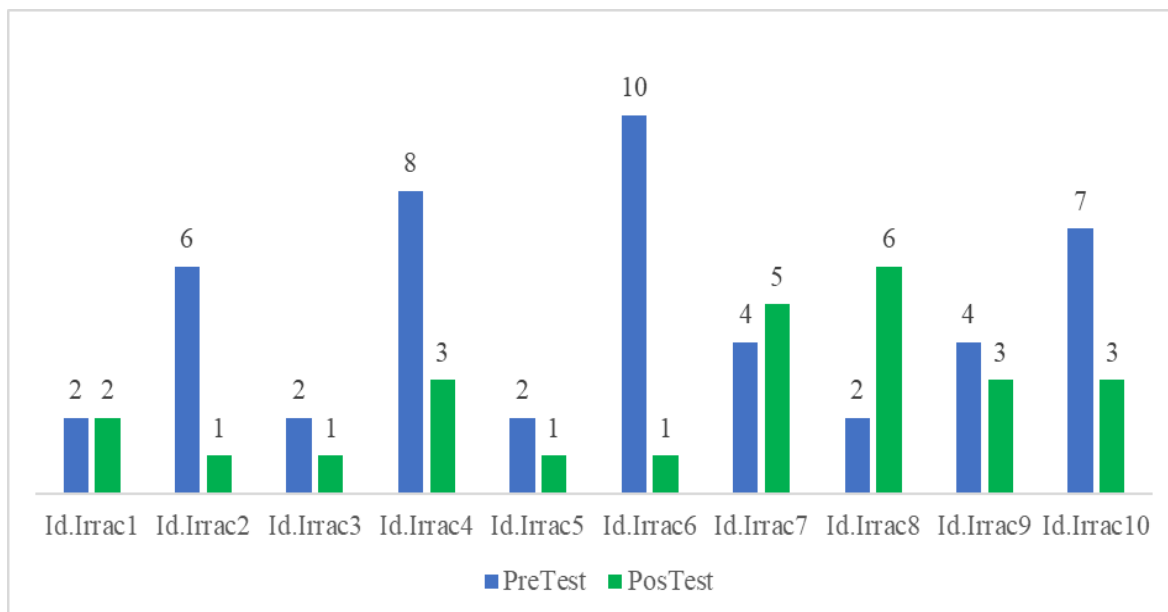


Nota. Elaboración propia

Respecto a la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung y la Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung antes de la aplicación del tratamiento y expresados en la figura 3, se observó que el índice para la ansiedad era de 63, catalogado como ansiedad moderada a intensa, mientras que para la depresión era de 61, categorizado como depresión moderada o notoria. Tras el tratamiento cognitivo conductual y la aplicación posttest de las pruebas, se apreció una disminución de estos valores, siendo 31 para la ansiedad catalogado como clínicamente normal, y 34 para la depresión catalogado como clínicamente normal, siendo beneficioso para la paciente.

Figura 6

Resultados de la prueba pretest y postes respecto al Cuestionario de Ideas Irracionales

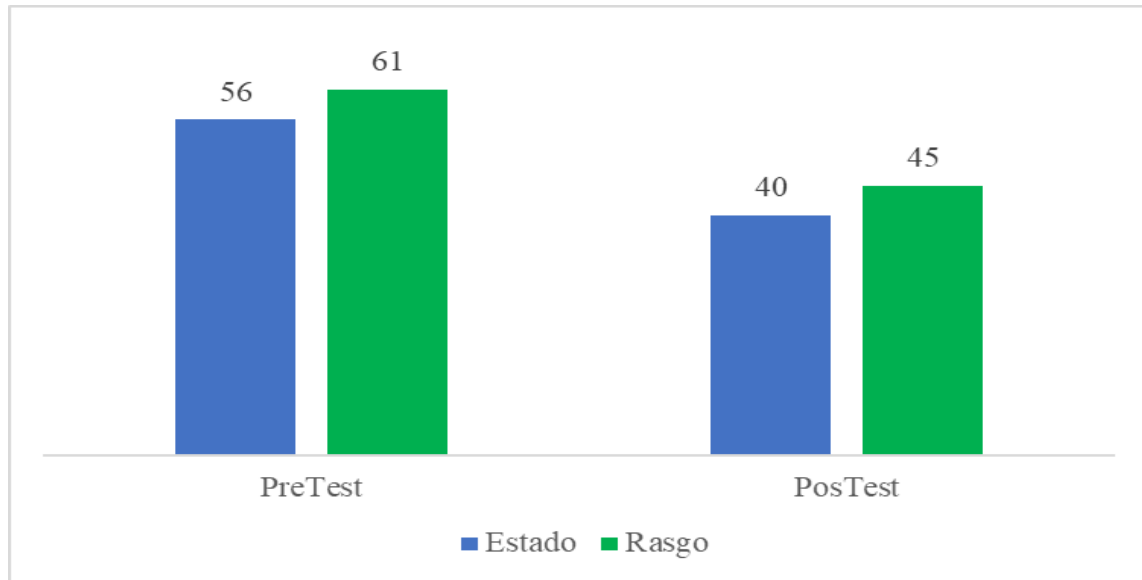


Nota. Elaboración propia

Respecto al Cuestionario de Ideas Irracionales antes de la aplicación el tratamiento y expresados en la figura 4, se pudo observar una gran predisposición a la segunda, cuarta, sexta y décima idea irracional. Tras la aplicación del tratamiento cognitivo conductual, se pudo apreciar en la disminución de estas creencias irracionales, mismas que se expresaron mediante la prueba posttest realizada. No obstante, se observó el incremento de la cognición para las ideas irracionales 7 y 8, lo que evidencia una notable flexibilización de sus creencias irracionales.

Figura 7

Ansiedad estado-rasgo antes y después del tratamiento

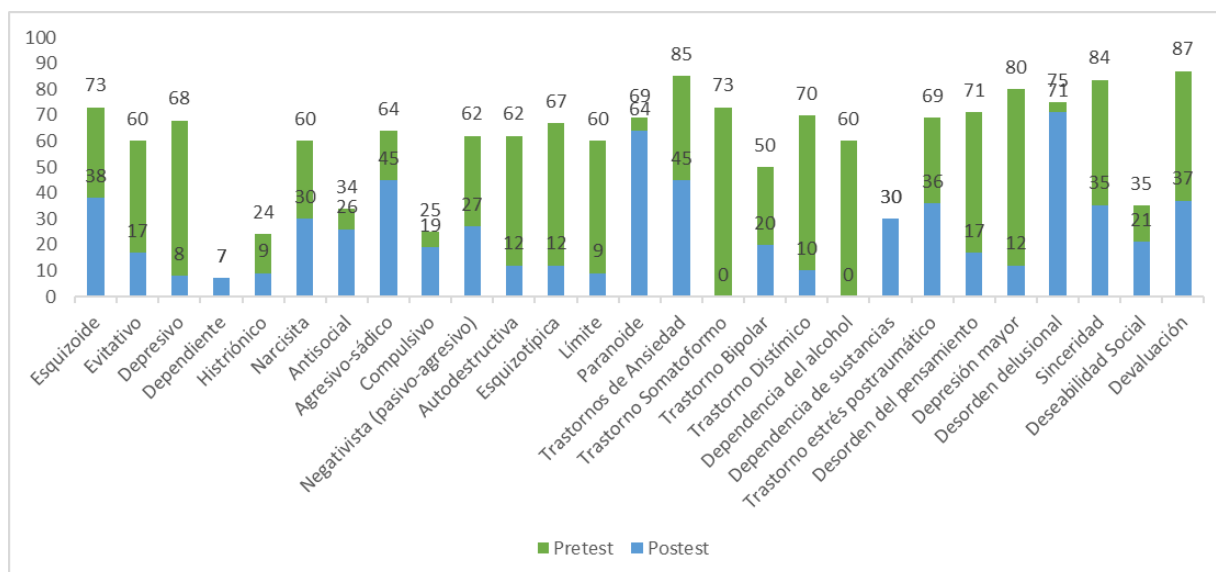


Nota. Elaboración propia

Respecto al Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo realizado antes del tratamiento y tal como lo muestra la figura 5, se observó que la característica de estado se encontraba con un puntaje de 56, considerado como moderado, mientras que el rasgo se encontraba con 61, considerado como elevado. Tras la intervención cognitiva conductual, se apreció una disminución considerable respecto a la ansiedad estado, ahora con un puntaje de 40 no habiendo presencia de ansiedad estado; y de la ansiedad como rasgo, con un puntaje de 45 no habiendo presencia de ansiedad como rasgo.

Figura 8

Resultados pretest y postest del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III



Nota. Elaboración propia

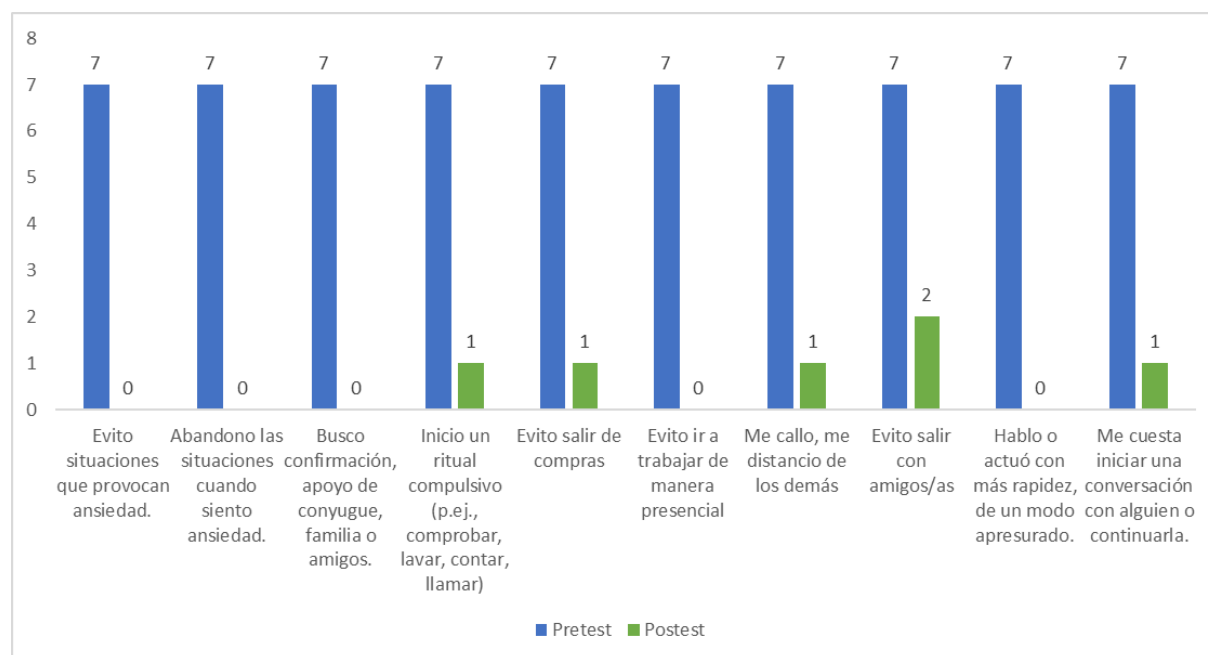
Respecto al Inventario Clínico Multiaxial Millon-II y las pruebas pre y post tratamiento cognitivo conductual se observó que, dentro de los patrones clínicos de personalidad hubo una reducción considerable en la personalidad depresiva, disminuyendo de 68 a 8, mientras que la característica agresiva-sádica fue la que menos expresó cambios, con una reducción de 64 a 45. Asimismo, dentro de las patologías severas de la personalidad, la característica esquizotípica fue la que más disminuyó tras el tratamiento, mientras que la característica paranoide fue la más resiliente, manteniéndose en valores altos.

Respecto a los síndromes clínicos, el trastorno de ansiedad mostró una disminución considerable tras el tratamiento cognitivo conductual, mientras que el síndrome somatomorfo y la dependencia al alcohol desaparecieron por completo. De la misma manera, respecto a los síndromes graves, el desorden de pensamiento fue el que más se redujo tras la intervención terapéutica, siendo así contrario al desorden desilucional, el cual

no disminuyó. Por otro lado, respecto a los modificadores anexos, se observó que, tras la terapia, la sinceridad y devaluación disminuyeron en la paciente.

Figura 9

Respuestas conductuales frente a la ansiedad



Nota. Elaboración propia

Respecto a las conductas evitativas evaluadas en la lista de respuestas conductuales, se observó que tras la aplicación de las técnicas integradas en el programa de Intervención Cognitivo Conductual, desaparecieron muchas de ellas, como la evitación y abandono de situaciones estimulantes de la ansiedad, la búsqueda de ayuda y confirmación por parte de familiares y cercanos, el aislamiento respecto al trabajo presencial, y la rapidez al transmitir algún tipo de información; mientras que otras conductas evitativas disminuyeron hasta ser manejables y controlables.

3.2. Discusión de Resultados

De acuerdo al objetivo específico 1, se lograron disminuir los síntomas vinculados al estado de ansiedad presentes en la usuaria, mediante las técnicas de respiración, la relajación muscular abreviada de Jacobson y la visualización positiva propuestas en las sesiones de terapia hasta en un porcentaje mayor al 50 %. Síntomas como la debilidad, cansancio, preocupaciones, llanto o tristeza bajaron hasta niveles controlables, mientras que otros, como los mareos, náuseas y tensión sanguínea alta, fueron eliminadas por completo. Estos hallazgos son similares a los reportados por Lozano, quien manifiesta que su intervención terapéutica logró reducir los niveles de la ansiedad del estado y rasgo, así como otros síntomas clínicos que aparecen en un episodio ansioso. Si bien, el caso tratado fue para ansiedad social, manifiesta que la terapia cognitivo conductual mejora la calidad de vida del paciente tratado al aminorar la sintomatología de la ansiedad (Lozano, 2021).

La terapia cognitivo conductual aplicada en el presente estudio tuvo efectos positivos en la usuaria, mostrando una disminución en los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, pasando de un nivel moderado a leve, resultados similares a los reportados por Macías et al. en su estudio sobre una mujer con ansiedad generalizada (Macías et al., 2020), y a Escolar y Serrano en su estudio aplicado en un caso de eventos ansiosos ante la exposición al público (Escolar y Serrano, 2019), demostrando que son procedimientos eficientes para distintos casos de ansiedad. De la misma manera, Sevilla indica que la terapia cognitivo conductual aplicada sobre mujeres con rangos etarios entre 20 a 25 también son eficaces en la remisión y desaparición-control de síntomas ansiosos (Sevilla, 2013).

De la misma manera, los resultados reportados en el presente estudio son semejantes a los señalados por Yáñez, quien indica que la terapia cognitivo conductual logró reducir los signos y síntomas comunes de la ansiedad. Además, señala que la reducción de la sintomatología física repercute positiva y constructivamente en el bienestar mental del

paciente, así como en sus relaciones interpersonales (Yañez, 2022). Mallqui por su parte, menciona que la terapia cognitivo conductual es eficiente para reducir la repercusión de la sintomatología de 4 signos muy comunes en los episodios ansiosos, así como la ansiedad misma. Si bien ambos estudios son realizados en pacientes que no pasan los 30 años, comprueban que esta terapia puede ser aplicada en distintas etapas de la vida (Mallqui, 2020; Yañez, 2022). Los estudios realizados por Maravi y Espinoza, ejecutados en pacientes con una edad mayor a los 40 años, verifican que la eficiencia de las terapias basadas en el sistema cognitivo-conductual (Espinoza, 2019; Maraví, 2020).

De acuerdo al objetivo específico 2, se logró la reducción de las creencias irracionales de tipo amenazantes que se encuentran vinculadas al entorno familiar, laboral, económico y social, aplicando las técnicas de restructuración cognitiva y la detección de pensamientos aplicados en la terapia cognitiva conductual propuesta. Estos resultados son semejantes a los reportados por Macías et al., quienes indicaron que, tras la aplicación de la intervención cognitiva y conductual en una paciente con ansiedad generalizada, los pensamientos distorsionados, errados y cambiantes disminuyeron considerablemente, acompañado de una mejora en la calidad del sueño (Macías et al., 2020). La implementación de medidas, técnicas y habilidades relacionadas a la expresión de las emociones y la interacción con el ambiente social son indispensables para evitar recaídas en estados ansiosos y depresivos, tal como lo menciona Sevilla (Sevilla, 2013).

A nivel nacional, los resultados publicados tras la ejecución metodológica del presente estudio son similares a los reportados por Espinoza, quien indicó que la intervención cognitivo-conductual permitió a su paciente de 57 años evaluada, identificar las ideas irracionales y reducirlas de sus pensamientos comunes, mostrando la efectividad de la técnica durante esta etapa de la vida (Espinoza, 2019). La identificación de estos pensamientos ligados a la irracionalidad y la distorsión de la percepción de la realidad en estos pacientes les permiten

cuestionarse a sí mismo si estos destellos cognitivos tienen sentido en la realidad, y al procesarlos, desarrollar habilidades para contrarrestarlos y reducir así la aparición de conductas que afecten su entorno afectivo, sentimental y social, tal como lo menciona Acosta, Ortiz y Vega (Acosta, 2018; Ortiz, 2022; Ortiz et al., 2019). Por otro lado, el control de las ideas que sean irracionales facilita el manejo del ambiente familiar, social y económico, al no dejar que estos pensamientos intervengan y distorsionen la realidad, pudiendo percibirla, por lo que es esencial disminuir la frecuencia de las ideas irracionales, tal como lo mencionan Yañez y Maravi (Maraví, 2020; Yañez, 2022).

De acuerdo al objetivo específico 3, se redujeron las conductas evitativas en la paciente mediante las técnicas aplicadas en el tratamiento cognitivo conductual propuesto, como la evitación y abandono de situaciones estimulantes de la ansiedad, la búsqueda de ayuda y confirmación por parte de familiares y cercanos, el aislamiento respecto al trabajo presencial, y la rapidez al hablar o conversar. Asimismo, se promovieron respuestas que permitan adaptar a la paciente a una situación ansiosa para el control de la misma. Estos resultados son similares a los reportados por Espinoza, en el que se indica que los pacientes que son tratados mediante terapias cognitivo-conductuales adquieren la capacidad de manejar la ansiedad mediante la anulación de las conductas evitativas, adaptándose al entorno y enfrentando la situación con las herramientas aprendidas durante la terapia, aplicables durante el día a día. Alcanzar el estado de relajación durante un episodio ansioso es imprescindible y requiere que el/la paciente se adapte no solo a ellos, sino a las situaciones desencadenantes, puesto que se pueden desarrollar todos los días, detalles que reafirma Acosta y Vega en sus respectivos estudios (Acosta, 2018; Vega, 2017).

De acuerdo al objetivo general, se verificó la efectividad del programa de intervención conductual en una paciente adulta que presentó ansiedad generalizada, presentando resultados altamente favorables respecto a la sintomatología de la ansiedad, así como otros aspectos

relacionados a la personalidad, comportamiento y trastornos anexos. Estos resultados son similares a los reportados por diversos autores a nivel internacional y nacional, mostrando la efectividad de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual en diversas poblaciones y/o edades, y para otras condiciones como la depresión. (Acosta, 2018; Escolar y Serrano, 2019; Espinoza, 2019; Lozano, 2021; Maraví, 2020; Ortiz et al., 2019; Rojas, 2021; Vega, 2017).

3.3. Seguimiento

Se realizará el seguimiento mensual de la usuaria por 6 meses con su reevaluación respectiva.

IV. CONCLUSIONES

Las aplicaciones del tratamiento propuesto en el presente caso clínico, brinda las siguientes conclusiones.

- Se verificó la eficacia de la Intervención Cognitivo-Conductual en la usuaria con ansiedad generalizada al disminuir sus niveles de ansiedad y lograr el objetivo principal.
- Se redujo la sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada mediante la enseñanza y aplicación de las técnicas de respiración, relajación progresiva de Jacobson y visualización positiva, propuestos en la terapia brindada.
- Se redujeron los niveles y frecuencia de las ideas irracionales relacionadas al sentimiento de preocupación por asuntos familiares, sociales, laborales y económicos, mediante la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva y detección de pensamientos distorsionados, brindados en la terapia aplicada.
- Se redujeron los comportamientos de evitación de problemas en la usuaria atendida, promoviendo técnicas que le permitan manejar la preocupación durante eventos desencadenantes, buscando la adaptabilidad de la misma.
- Se redujo la sintomatología comportamental asociada al trastorno de ansiedad generalizado tales como aislamiento, falta de funcionalidad, evitación, dificultad para concentrarse, comer en exceso.
- Se mantuvieron o aumentaron comportamientos positivos tales como la capacidad productiva de la usuaria, lo cual se evidencia a través de su rendimiento laboral.
- Se logró aumentar la adherencia al tratamiento, dado que retomó el tratamiento farmacológico y está buscando intervención psicológica.

- Se redujo la sintomatología fisiológica asociada al trastorno de ansiedad generalizado, presión en el pecho, tensión muscular, taquicardia, sudoración, dificultades para conciliar el sueño, llanto y cansancio.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se realicen estudios relacionados al tratamiento de ansiedad generalizada y de otros tipos de ansiedad mediante las técnicas cognitivo-conductuales, pues es el trastorno más común en la población.
- Se recomienda a los profesionales de salud mental psicológica y psiquiátrica, que unan esfuerzos para el tratamiento conjunto del trastorno de la ansiedad generalizada, para encontrar métodos eficaces de detección y tratamiento especializado.
- Realizar actividades de seguimiento en los pacientes de alta mediante un cronograma mensual, para evitar posibles recaídas al futuro y complementar herramientas de control si fuera necesario.

VI. REFERENCIAS

- Abereu, R., Tejeda, J. y Guach, A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 3254.
- Acosta, R. (2018). *Estudio de caso clínico: Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4203>
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Anyosa, F., Zárate, N., Vásquez, L., Cervelló, M., Sanabria-Mazo, J., Crespo, N., Mateo, C., Muro, A., Ulrich, L., Selva, C., Feliu-Soler, A., y Sanz, A. (2020). *Efecto en la salud mental de la población peruana vinculado al confinamiento en la primera ola de pandemia COVID-19*.
- Behar, E., Dobrow, I., Hekler, B., Mohlman, J., y Staples, M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET: revista de toxicomanías*, 63, 15-36.
- Cabezas, H. y Lega, I. (2012). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101. <https://doi.org/10.15517/revedu.v30i2.2232>
- Carro-de-Francisco, C. y Sanz-Blasco, R. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud*, 26(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.003>
- Castro, I. (2016). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de*

- Trujillo 2015. [Tesis de doctorado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/1013>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Editorial Desclee de Brouwer, S. A.
- Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational emotive therapy. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive- Behavior Therapy*, 9(3), 139 - 172. <https://doi.org/10.1007/BF01061227>
- Escolar-Llamazares, M. y Serrano-Pintado, I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público: Mejora de la fluidez y comprensión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 54-61. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.8>
- Espinoza, G. (2019). *Estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5873>
- Etchebarne, I., Juan, S. y Roussos, A. (2016). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anuario Anxia*, 22, 6-20.
- Gamarra, F. y Pejerrey, C. (2021). *Estrés generado por la pandemia Covid-19 y su relación con la ansiedad y depresión en el personal de enfermería del departamento de Lambayeque, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Pedro Rúiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG. <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9870>

- Garay, J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitits, F. (2019). *Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada*.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- García, C. (2022). *Terapia racional emotiva conductual en una usuaria sin autoaceptación incondicional*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
 Repositorio Institucional UPCH.
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11630>
- Gonzáles, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: Relaciones con variables psicopatológicas. *Psicología conductual*, 21(1), 81-101.
- Grundi, S. (2017). *Grado de ansiedad del usuario en la atención de emergencia en un establecimiento de salud, durante el año 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Científica del Perú]. Repositorio Institucional UCP.
<http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/306>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2018). *Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana—2015. Informe General*. (Vol. 34).
<https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>
- Lega, L., Clavo, M. y Sorribes, F. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: una versión teórico práctica actualizada*. Paidós.

- Lozano, J. (2021). Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de Ansiedad Social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>
- Macías, L., Campos, M. y Rodríguez, A. (2020). Respuesta al tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual y mindfulness en una mujer con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 17(3), 7.
- Mallqui, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4399>
- Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4492>
- Martínez, H. y Jiménez, B. (2016). Presentación de un caso clínico sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia cognitivo conductual. *Huella de la Palabra*, 10, Article 10. <https://doi.org/10.37646/huella.vi10.351>
- Martínez, M. (2018). Terapia racional emotiva conductual: una revisión teórica del enfoque de Albert Ellis. En S. Arias (Comp.), *Experiencias significativas en la psicología de hoy: clínica, educación y ciudad* (pp. 17-36). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7646711>
- MayoClinic. (2016). *Fobias específicas—Diagnóstico y tratamiento*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/specific-phobias/diagnosis-treatment/drc-20355162>
- MayoClinic. (11 de noviembre de 2021). *Trastornos de ansiedad—Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

- Ministerio de Salud. (28 de febrero de 2022). *Estudio del INS relaciona los casos de ansiedad y depresión con los cambios de alimentación en los trabajadores*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/586810-estudio-del-ins-relaciona-los-casos-de-ansiedad-y-depresion-con-los-cambios-de-alimentacion-en-los-trabajadores>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Salud Mental*.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. (10ª ed., vol. 10). Programa de publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud.
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, y Unión Europea. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.
https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1661551616&id=id&accname=guest&checksum=B4EC07053AEAAFE31492D8409EA733A1
- Ortiz, L. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 208-230. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18056>
- Ortiz, R., Porta, C. y Sasso, V. (2019). *Streptococcus dentisani y su rol probiótico en el desarrollo de caries dentales*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/118468>
- Padrós, F., López, C., Cruz, M. y Martínez, M. (2019). Modelo De Preocupación Pampa (percepción de Amenaza Futura, Activación, Motivación, Pensamiento y Acción): Preocupación Funcional Y Patológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2).
<https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1088>

- Paredes, N. y Quiliche, A. (2019). *Adaptación y Propiedades de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en usuarios que acuden a centros de salud mental de Lima, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41516>
- Paz, A., Ancajima, E., Araujo, W., Pichardo, R., Grandez, J. y De La Cruz, J. (2020). Frecuencia de depresión e incontinencia urinaria en pacientes de una institución de alta complejidad en Callao, Perú. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 13(2), 160-166. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.132.667>
- Pérez, A., Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología conductual*, 16(2), 341-348.
- Prieto, V. y Tuesta, A. (2020). *Niveles de ansiedad en los trabajadores del sector salud en tiempos de COVID-19 Lima, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60049>
- Rivera, D. (2020). *Creencias irracionales y autoconcepto en internos de un centro de rehabilitación del distrito de Carabayllo, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/7736>
- Rojas, P. (2021). *Caso clínico de trastorno generalizado de ansiedad*. [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional UNIFE. <https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/811>
- Roussos, J. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.

- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2013). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (3a ed.). Desclee De Brouwer.
- Saeterbakken, H., Van Den Tillaar, R. y Fimland, S. (2011). A comparison of muscle activity and 1-RM strength of three chest-press exercises with different stability requirements. *Journal of Sports Sciences*, 29(5), 533-538.
<https://doi.org/10.1080/02640414.2010.543916>
- Sevilla, E. (2013). *Estudio de caso Terapia cognitiva conductual para trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide*. [Tesis de pregrado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ.
<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2182>
- Sifuentes, B. (2019). Las confesiones conductuales del terapeuta racional emotivo Albert Ellis. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 8(1), 15-27.
- Solís, C. (2013). *El inventario clínico multiaxial de Millon- II (MCMI - II): Validez y confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4820>
- Tena, F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científico Sanitaria SANUM*, 4(3), 37.
- Toscano, R. (2019). *Adaptación del inventario SCL-90 para estudiantes de la Universidad Continental-Huancayo, 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental].
Repositorio Institucional Continental.
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/7100>
- Vega, J. (2017). *Estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2842>

Yañez, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11577>

VII. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTACIÓN DE MI PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACIÓN
ESTUDIO DE CASO: TITULADO “INTERVENCIÓN COGNITIVA
CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
DE UNA MUJER ADULTA”

A CARGO DE LA PSICÓLOGA: LIC. MAYRA LUCIA CHAMBI MORALES

EN: LIMA PERÚ

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación

Se me informo que:

- ✓ *En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.*
- ✓ *Tengo de conocimiento que algunas sesiones serán grabadas con fines terapéuticos y para la investigación.*
- ✓ *Tengo de conocimiento que el contenido de estas grabaciones solo puede ser utilizado con mi permiso por mi terapeuta, solo el podrá ver el contenido.*
- ✓ *Tengo de conocimiento que los resultados serán expuestos en la Universidad Nacional Federico Villarreal, cambiados mi nombre respectivamente*
- ✓ *Se me brindara toda la información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de mi participación en ella.*
- ✓ *Cuento con toda la información necesaria de esta investigación, por eso firmo voluntariamente.*

FIRMA:

Participante



Psicóloga de la investigación



LUGAR Y FECHA: 30-04-2022

Anexo B: Escala de valoración de la Depresión de Zung-Pretest

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA DEP. DE ZUNG.						ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA ANS. DE ZUNG.					
Nombre: Rosmery Chavez						Nombre: Rosmery Chavez					
Edad: 55						Edad: 55					
	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4	1	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1	2	Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4	3	Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4
4	Duermo mal	1	2	3	4	4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1	5	Creo que todo esta bien y no va a pasar nada malo.	4	3	2	1
6	Aún me atraen las personas del sexo opuestas	4	3	2	1	6	Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4	7	Sufro de dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4	8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4
9	Me late el corazón más aprisa que de costumbre	1	2	3	4	9	Me siento tranquilo y me es fácil estar tranquilo	4	3	2	1
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4	10	Siento que el corazón me late a prisa	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1	11	Sufro mareos	1	2	3	4
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1	12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4
13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	13	Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1	14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4
15	Estoy más irritable que antes.	1	2	3	4	15	Sufro dolores de estómago o indigestión.	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	16	Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1	17	Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1	18	La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4	19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1	20	Tengo pesadillas	1	2	3	4
Puntaje total 61						Puntaje total 79					

FECHA: 06-01-2022

(PRE-TEST)

Anexo C: Escala IDARE-Pretest

IDARE

Nombre Bosmery Chavez
 Estado civil Casada
 Escolaridad Superior

Edad 55
 Sexo Femenino
 Ocupación: Docente

06-01-2022

Gracias por responder, los resultados de las preguntas son confidenciales-

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado		X		
2	Me siento seguro		X		
3	Estoy tenso			X	
4	Estoy contrariado		X		
5	Me siento a gusto		X		
6	Me siento alterado			X	
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo			X	
8	Me siento descansado	X			
9	Me siento ansioso			X	
10	Me siento cómodo	X			
11	Me siento con confianza en mi mismo	X			
12	Me siento nervioso		X		
13	Estoy agitado		X		
14	Me siento a punto de explotar		X		
15	Me siento relajado	X			
16	Me siento satisfecho	X			
17	Estoy preocupado			X	
18	Me siento muy preocupado y aturdido			X	
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien		X		

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente generalmente, habitualmente.

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
21	Me siento mal		X		
22	Me canso rápidamente			X	
23	Siento ganas de llorar		X		
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser		X		
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme		X		
26	M siento descansado		X		
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada		X		
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas		X		
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia			X	
30	Soy feliz		X		
31	Tomo las cosas muy a pecho		X		
32	Me falta confianza en mi mismo		X		
33	Me siento seguro	X			
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades		X		
35	Me siento melancólico		X		
36	Me siento satisfecho		X		
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente		X		
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza			X	
39	Soy una persona estable		X		
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado			X	

Anexo D: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III-Pretest

PRE-TEST



MCMIII
INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III

Nombre: Rosmary chavez Edad: 55

Sexo (M) (X) Motivo de Evaluación: _____

Responsable: _____

15-01-2022

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	X	F	27	X	F	52	V	X	77	V	X	102	V	X	127	X	F	152	V	X
3	V	X	28	V	X	53	V	X	78	V	X	103	V	X	128	X	F	153	V	X
4	X	F	29	X	F	54	V	X	79	X	F	104	X	F	129	X	F	154	V	X
5	V	X	30	X	F	55	X	F	80	V	X	105	X	F	130	X	F	155	V	X
6	X	F	31	V	X	56	V	X	81	X	F	106	X	F	131	V	X	156	X	F
7	X	F	32	V	X	57	V	X	82	V	X	107	X	F	132	V	X	157	V	X
8	V	X	33	X	F	58	X	F	83	X	F	108	V	X	133	X	F	158	X	F
9	V	X	34	X	F	59	V	X	84	V	X	109	X	F	134	X	F	159	X	F
10	X	F	35	V	X	60	V	X	85	X	F	110	V	X	135	V	X	160	V	X
11	X	F	36	X	F	61	X	F	86	X	F	111	X	F	136	V	X	161	V	X
12	V	X	37	V	X	62	X	F	87	X	F	112	X	F	137	X	F	162	X	F
13	V	X	38	V	X	63	V	X	88	V	X	113	V	X	138	V	X	163	V	X
14	X	F	39	V	X	64	V	X	89	X	F	114	X	F	139	V	X	164	V	X
15	X	F	40	V	X	65	V	X	90	V	X	115	V	X	140	V	X	165	X	F
16	V	X	41	V	X	66	V	X	91	V	X	116	X	F	141	V	X	166	V	X
17	V	X	42	X	F	67	X	F	92	X	F	117	X	F	142	X	F	167	X	F
18	V	X	43	X	F	68	V	X	93	X	F	118	V	X	143	V	X	168	X	F
19	X	F	44	V	X	69	X	F	94	V	X	119	V	X	144	X	F	169	V	X
20	V	X	45	V	X	70	V	X	95	X	F	120	V	X	145	X	F	170	X	F
21	V	X	46	X	F	71	X	F	96	V	X	121	V	X	146	X	F	171	X	F
22	V	X	47	V	X	72	V	X	97	X	F	122	V	X	147	X	F	172	V	X
23	X	F	48	X	F	73	V	X	98	X	F	123	X	F	148	X	F	173	X	F
24	V	X	49	X	F	74	X	F	99	X	F	124	X	F	149	X	F	174	V	X
25	X	F	50	X	F	75	X	F	100	V	X	125	V	X	150	X	F	175	X	F

Observaciones: _____

Anexo E: Cuestionario SCL-90-Pretest

SLC - 90 PRE TEST

Nombre: Rosmary Chavez Fecha: 20-01-2022

Abajo encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene algunas veces.
 Marque con un aspa sobre el número que describe el problema que le ha molestado en los últimos días hasta hoy:

N°	CUANTO HA SIDO FASTIDIOADO POR:	NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EN EXTREMO
1	Dolor de cabeza				X	
2	Nerviosismo o temblor interno del cuerpo			X		
3	Repetidos pensamientos desagradables que no los puede sacar de la cabeza			X		
4	Sensación de mareo o desmayo		X			
5	Perdida de interés o placer sexual				X	
6	Criticar o juzgar a otros		X			
7	Idea de otros también pueden controlar sus pensamientos			X		
8	Sentir que otros son culpables de la mayoría de sus problemas		X			
9	Dificultad para recordar las cosas			X		
10	Ser descuidado o desordenado			X		
11	Irritarse o alterarse con facilidad			X		
12	Dolores en el corazón o en pecho			X		
13	Tener miedo a espacios abiertos o en la calle			X		
14	Sentirse sin ánimo y sin fuerza (decaído)			X		
15	Pensar en quitarse la vida	X				
16	Oír voces que otras personas no oyen	X				
17	Temblores corporales		X			
18	Pensar que no debe confiar en la mayoría de la gente			X		
19	Tener poco apetito		X			
20	Llorar fácilmente			X		
21	Sentirse tímido o cortado con personas del sexo opuesto			X		
22	Sentirse como acorralado, sin salida			X		
23	Asustarse repentinamente sin razón			X		
24	Arranques de cólera que no puede controlar		X			
25	Sentir miedo de salir solo a la calle			X		
26	Culparse por todas las cosas malas que le pasan			X		
27	Dolor en la región de los riñones		X			
28	Sentirse obstaculizado en conseguir que las cosas sean bien hechas			X		
29	Sentirse solo			X		
30	Sentirse triste			X		
31	Preocuparse demasiado por las cosas				X	
32	Sentir desinterés por las cosas			X		
33	Sentir miedo				X	
34	Sentirse fácilmente herido			X		
35	Saber que sus pensamientos sean conocidos por otros			X		
36	Sentir que otros no lo comprenden o le son antipáticos			X		
37	Sentir que la gente le disgusta o le son poco amigables			X		
38	Hacer las cosas con lentitud para asegurarse que salgan bien hechas		X			
39	Las palpitaciones o aceleración del corazón			X		
40	Las náuseas u molestias en el estómago			X		
41	Sentirse inferior a otros		X			
42	Dolores en los músculos		X			
43	Sentir que lo miran o hablan de usted			X		
44	Molestia u dificultad para dormir				X	

SCL-90

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

N°	CUANTO HA SIDO FASTIDIOADO POR:	NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EN EXTREMO
45	Revisar y volver a revisar lo que hace				X	
46	Dificultad para tomar decisiones			X		
47	Sentir miedo de viajar en micro, ómnibus o tren				X	
48	Sentir falta de aire o ahogo				X	
49	Sentir bochornos o enfriamientos		X			
50	Evitar hacer ciertas cosas., lugares o actividades, porque le dan miedo				X	
51	Sentir que su mente esta confusa.			X		
52	Sentir alguna parte de su cuerpo con hormigueo o adormecimiento			X		
53	Sensación de nudo en la garganta			X		
54	Sentirse sin esperanza para el futuro		X			
55	Tener dificultades para concentrarse			X		
56	Sentir debilidad en alguna parte de su cuerpo			X		
57	Sentirse tenso o angustiado				X	
58	Pesadez en sus brazos y piernas			X		
59	Pensar acerca de su muerte		X			
60	Comer en exceso		X			
61	Sentir incomodidad cuando la gente lo mira o habla a usted		X			
62	Tener ideas o pensamientos que usted no siente como suyos	X				
63	Volverse impulsivo hasta golpear, lesionar o dañar a alguien.	X				
64	Despertar muy temprano por la mañana			X		
65	Sentir la necesidad de repetir actos: tocar, contar, lavarse las manos, etc.		X			
66	Tener el sueño intranquilo o alterado			X		
67	Tener impulsos de romper o aplastar cosas		X			
68	Tener ideas o creencias que otras personas no están de acuerdo		X			
69	Sentirse huraño o cuidarse de hablar o hacer algo cuando está con otras personas			X		
70	Sentirse incomodo en lugares muy concurridos (tiendas, mercados, cines, etc.)				X	
71	Sentir que tiene que esforzarse para todo lo que hace			X		
72	Tener ataques de terror o pánico			X		
73	Sentirse incomodo cuando tiene que beber o comer en público			X		
74	Tener discusiones con frecuencia		X			
75	Sentirse nervioso cuando usted esta solo			X		
76	Cuando las personas no le re conocen sus logros		X			
77	Sentirse solo aún estando con gente			X		
78	Sentirse tan intranquilo que no puede quedarse quieto			X		
79	Sentirse inútil o que no vale nada		X			
80	Sentir que algo malo va a sucederle a usted			X		
81	Gritar o tirar las cosas		X			
82	Sentir miedo de desmayarse en público				X	
83	Sentir que la gente se aprovechará de usted, si se lo permite		X			
84	Tener ideas acerca del sexo que le molestan mucho		X			
85	Idea de ser castigado por sus pecados		X			
86	Ideas e imágenes de un miedo natural		X			
87	La idea que algo serio y malo tiene en su cuerpo			X		
88	No tener relación estrecha con otra persona			X		
89	Tener sentimientos de culpa			X		
90	Tener idea que algo anda mal en su mente			X		

ASEGÚRESE DE HABER CONTESTADO TODOS LOS ENUNCIADOS

SCL-90

Anexo F: Cuestionario de Creencias Irracionales de Albert Ellis-Pretest

CUESTIONARIO DE CREENCIAS (PRE TEST)

Nombre: Rosmary Chavez

Fecha: 27-01-2022

Este registro de opciones tiene como misión poner de manifiesto sus creencias particulares. Es solo una herramienta que permite acercarnos a nuestra forma de percibir la realidad. Conteste el test y no piense mucho cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase a la siguiente. Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

	Estoy De acuerdo	No estoy De acuerdo	Puntuación
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.		X	
2. Odio equivocarme en algo.	X		
3. La gente que se equivoca, tiene lo que se merece.		X	
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía.			
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.		X	
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.	X		
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes.		X	
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.		X	
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".		X	
10. Prefiero sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.		X	
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie.	X		
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.	X		
13. Hay demasiadas personas malas que quedan impunes		X	
14. Las frustraciones me distorsionan	X		
15. A la gente no le trastorna los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos	X		
16. Me produce poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros		X	
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlo cuanto antes	X		
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.		X	
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado	X		
20. Me gusta disponer de muchos recursos.		X	
21. Quiero gustar a todo el mundo		X	
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.		X	
23. Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.		X	
24. Las cosas deberían ser distintas a como son.	X		
25. Yo provoqué mi propio mal humor.	X		
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza	X		
27. Evito enfrentarme a los problemas		X	
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía	X		
29. Sólo porque una vez algo afectó mi vida de forma importante, no quiere decir que sea igual en el futuro	X		

30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer	X		
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás.	X		
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.	X		
33. La inmoralidad debería castigarse severamente.	X		
34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.	X		
35. El estado de las personas, desgraciadamente, normalmente se debe a sí mismas.	X		
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.		X	
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo.	X		
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.		X	
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.	X		
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.		X	
41. Si no gusto a los demás, es su problema, no el mío.	X		
42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.	X		
43. Yo pocas veces culpo a la gente por sus errores.	X		
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.		X	
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.	X		
46. No puedo soportar correr riesgos.	X		
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.	X		
48. Me gusta valerme por mí mismo	X		
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más cómo me gustaría ser.		X	
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.	X		
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.	X		
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean ellas.		X	
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.		X	
54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.		X	
55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.	X		
56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.		X	
57. Raramente aplazo las cosas.	X		
58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.	X		
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.		X	
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.	X		
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.	X		
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.		X	
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.		X	
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.	X		
65. Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.	X		
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.	X		

67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.	×		
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.	×		
69. Somos esclavos de nuestro pasado.	×		
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más.	×		
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.		×	
72. Me trastorna cometer errores.	×		
73. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.		×	
74. Yo disfruto honradamente de la vida.		×	
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.	×		
76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.	×		
77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.		×	
78. Pienso que es fácil buscar ayuda.		×	
79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.		×	
80. Me encanta estar tumbado.	×		
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.	×		
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.		×	
83. Generalmente, doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.	×		
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.	×		
85. Nunca hay razón para permanecer afligido por mucho tiempo	×		
86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.		×	
87. No me gustan las responsabilidades.		×	
88. No me gusta depender de los demás.		×	
89. Básicamente, la gente nunca cambia.	×		
90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.	×		
91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.	×		
92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.		×	
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.		×	
94. Raramente me importunan los errores de los demás.		×	
95. El hombre construye su propio infierno interior.	×		
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.	×		
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable	×		
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.	×		
99. No miro atrás con resentimiento.	×		
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado.	×		

Anexo G: Formato para el análisis funcional

FORMATO PARA EL ANÁLISIS FUNCIONAL

CONDUCTA PROBLEMA:

Antecedentes/ Estímulos Discriminativos (ED)	Organismo	Niveles Respuesta-	Consecuentes/ Estímulos Reforzadores (ERf)
<u>ED Externos:</u>		<u>Fisiológico</u>	<u>ERf Externos</u>
		<u>Emocional</u>	
		<u>Motor/ conductual:</u>	<u>ERf Internos:</u>
<u>ED Internos</u>		<u>Cognitivo</u>	
		<u>Magnitud – Dimensiones de la Conducta:</u>	

Anexo H: Fichas de registro para la disminución de la ansiedad

REGISTRO TENSIÓN- RELAJACIÓN PARA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (Registro en casa) Registro diario de relajación con tensión (casa)

Nombre: _____

Fecha: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	sábado
Posición de relajación CON TENSIÓN						
Respirar tres veces: Inflar el estómago Jalar aire Expulsarlo lentamente						
cara						
Frente Ojos Nariz Boca (lengua, mandíbula y labios)						
Cuello y espalda						
Extremidades superiores: Brazos Manos Dedos de las manos						
Pecho y estómago						
Extremidades inferiores: Cadera Piernas Rodillas Pantorrilla Pies Dedos de los pies						
TODO EL CUERPO						
Horario de comienzo:				Firma del Paciente:		
Horario de termino:						
Observaciones						

A

A	B	C
Evento Activador/Disparador Situación (el disparador también puede ser un sentimiento) ▪ ¿Qué estaba sucediendo justo antes de sentirme de esta manera? ▪ ¿Qué estaba haciendo? ¿Con quién estaba? ▪ ¿Dónde estaba? ¿Cuándo fue?	Creencias ▪ Pensamientos y/o imágenes ¿Qué estaba pasando por mi mente en ese momento? ▪ Significados e interpretaciones ¿Qué dice esto o qué significa acerca de mí? ¿Cuál fue la peor cosa que podría suceder?	Consecuencias ▪ Emociones Describala con una palabra(s) y evalúe su intensidad de 0 a 100% ▪ Sensaciones físicas ¿Qué sentí en mi cuerpo? ▪ Conductas: Acciones e Impulsos ¿Qué hice? ¿Qué quería hacer?

Anexo J: Formulario de automonitoreo de pensamientos aprensivos

Formulario de Auto – Monitoreo de Pensamiento Aprensivos

Nombre: _____

Fecha: _____

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

Situación provocadora de ansiedad (Describa brevemente la situación e incluya fecha y hora del día)	Nivel medio de ansiedad [Escala 0 – 100]	Por resultado posible [¿Qué le desconcierta de la situación o de su forma de sentir o comportarme los demás con usted que le molestaría?]	Pensamientos ansiosos inmediatos [¿Cómo podría cambiar la situación para aliviar su ansiedad? ¿Qué podría cambiar usted o los demás para aliviar su ansiedad?]
1.			
2.			

Anexo K: Formulario de análisis situacional

Formulario de Análisis Situacional

Nombre: _____ Fecha: _____

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

Fecha / Hora	Situación	Intensidad (0-100) duración de la ansiedad	Síntomas ansiosos primarios	Pensamientos ansiosos inmediatos	Respuesta inmediata al sentir ansiedad
1.					
2.					
3.					
4.					

Anexo L: Listado de respuestas conductuales ante la ansiedad

Listado de Respuestas Conductuales ante la Ansiedad

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación, encontrará una relación de diversos modos en las que las personas tienden a responder ante la ansiedad. Por favor, indique la frecuencia con la que ejecuta cada una de estas respuestas *cuando usted siente ansiedad*, señale también la eficacia de la estrategia para reducir o eliminar los sentimientos de ansiedad y si cree que la estrategia, inintencionadamente produce la persistencia de la ansiedad.

Descripción de la escala: ¿Con qué frecuencia ejecuta usted esta respuesta en la situación ansiosa? [0 = nunca, 50 = durante la mitad del tiempo, 100 = durante todo el tiempo]. Cuando ejecuta esta respuesta, ¿con qué grado de efectividad reduce su ansiedad? [0 = ninguna, 50 = moderadamente efectiva para reducir la ansiedad, 100 = elimina completamente la ansiedad]. Teniendo en cuenta toda su experiencia, ¿en que medida cree que esta su respuesta contribuye a la persistencia de la ansiedad? [0 = no contribuye de ninguna manera, 50 = tiene una contribución moderada, 100 = es un factor muy importante en la persistencia de mi ansiedad].

Respuestas conductuales y emocionales	Frecuencia [Escala 0 – 100]	Efectividad para Reducir Ansiedad [Escala 0 – 100]	Aumenta la Persistencia de la Ansiedad [Escala 0 – 100]
1. Trato de relajarme físicamente (p.ej., relajación muscular, respiración controlada, etc.)			
2. Evito situaciones que provocan ansiedad			
3. Abandono las situaciones cuando siento ansiedad			
4. Tomo medicaciones prescrita			
5. Busco confirmación, apoyo de cónyuge, familia o amigos			
6. Inicio un ritual compulsivo (p.ej., comprobar, lavar, contar)			
7. Me distraigo con actividades			
8. Suprimo los pensamientos (es decir, contengo mis sentimientos)			
9. Consumo alcohol, marihuana u otras drogas			
10. Me emociono mucho, lloro			
11. Tengo un brote de ira			
12. Me pongo físicamente agresivo			
13. Hablo o actúo con más rapidez, de un modo apresurado			
14. Me callo, me distancio de los demás			
15. Solicito ayuda médica/profesional (p.ej., llamo al terapeuta o al médico de cabecera; acudo al servicio de urgencias)			

Respuestas conductuales y emocionales	Frecuencia [Escala 0 – 100]	Efectividad para Reducir Ansiedad [Escala 0 – 100]	Aumenta la Persistencia de la Ansiedad [Escala 0 – 100]
16. Recorro a Internet para hablar con un amigo u obtener información			
17. Reduzco el nivel de actividad física			
18. Descanso, duermo			
19. Me esfuerzo por buscar una solución para el problema que origina la ansiedad			
20. Rezo, medito en un esfuerzo por reducir los sentimientos de ansiedad			
21. Fumo un cigarrillo			
22. Tomo una taza de café			
23. Participo en un juego de azar			
24. Ejecuto una actividad que me proporcione placer			
25. Ingiere alimentos reconfortantes (p. ej., mi comida basura preferida)			
26. Busco algún lugar que me permita sentirme seguro, no ansioso			
27. Escucho música relajante			
28. Veo televisión o vídeos (DVDs)			
29. Hago algo relajante (p. ej., me tomo un baño u ducha caliente, me tomo un mensaje)			
30. Busco a una persona que me haga sentirme bien, tranquila, sin ansiedad			
31. No hago nada, me limito a dejar que la ansiedad “se consuma a sí misma”			
32. Efectúo ejercicio físico (p. ej., acudo al gimnasio, corro)			
33. Leo material espiritual, religioso de meditación (p.ej., la Biblia, poesía, libros de inspiración)			
34. Voy de compras (compro cosas)			

Anexo M: Lista de Jerarquía de exposición

Jerarquía de Exposición

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: En un folio en blanco escriba las 15-20 situaciones, objetos, sensaciones físicas o pensamientos/imágenes intrusas que sean relevantes para sus preocupaciones ansiosas. Seleccione experiencias que se correspondan con todo el abanico, desde las que generan solo ansiedad y evitación leve hasta las experiencias que provocan ansiedad y evitación moderada y grave. A continuación ordene estas experiencias de menos a más ansiosas o evitadas y transfíralas a la segunda columna de este formulario. En la primera columna señale el nivel de ansiedad que espera para cada una de las entradas. En la tercera columna anote el pensamiento ansioso central asociado con cada situación si lo reconoce.

Mínimo



Máximo

A. Nivel de Ansiedad/ evitación esperada (0-100)	B. Describa brevemente la situación, objeto sensación o pensamiento/ imagen que provoca ansiedad o evitación	C. Señala el pensamiento ansioso o aprensivo más sobresaliente asociado a esta entrada.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

Anexo O: Formulario A de Automonitoreo de Preocupación

Formulario A de Auto – Monitoreo de la preocupación

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Recurriendo al formulario que se presenta a continuación, por favor, señale las preocupaciones que le surjan asociadas a la ansiedad. En la primera columna anote algunas ocasiones en las que se sienta ansioso, a continuación, valore la intensidad de la ansiedad en una escala de 0 a 100, y después trate de captar su primer pensamiento aprensivo (ansioso) en una situación. Puede retroceder al Formulario de Auto – Monitoreo de Pensamientos Aprensivos si necesita ayuda para identificar el pensamiento aprensivo. En la columna final describa cualquier cosa que le preocupe con respecto a la situación, así como duración de la preocupación (cantidad de minutos u horas).

Situación Ansiosa [Describa brevemente e incluya fecha y hora]	Intensidad de la Ansiedad [Escala 0 – 100]	Primer Pensamiento Aprensivo (Ansioso)	Contenido de la preocupación [¿Hay algo que le preocupe con respecto a la situación o a los efectos de la ansiedad? ¿Hay alguna consecuencia negativa que le preocupe? ¿Durante cuánto tiempo se preocupó?]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Anexo P: Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas

Formulario de Auto-Monitoreo de Sensaciones Físicas

Nombre: _____ Fecha: _____

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

1. Describa brevemente la situación ansiosa: _____

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

Listado de sensaciones físicas experimentadas en la situación:

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

2. Describa brevemente la situación ansiosa: _____

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

Listado de sensaciones físicas experimentadas en la situación:

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

Instrucciones de la escala de valoración: Escala de intensidad de sensaciones Físicas, 0 = casi no se ha advertido la sensación; 50 = sensación intensa; 100 = dominante, sensación de sobrecarga.

Ansiedad sobre las sensaciones físicas: 0 = no se ha sentido ninguna ansiedad por recibir esa sensación; 50 = preocupación considerable por tener esta sensación; 100 = intensamente ansioso, con pánico por tener esta sensación

Anexo Q: Registro Semanal de Relajación Muscular Progresiva

Registro Semanal de Relajación Muscular Progresiva

Nombre _____ Fecha _____

instrucciones; Cada día debería programar dos sesiones de relajación de 15 minutos. Use el cuadro que se presenta a continuación para registrar su progreso en el logro del estado de relajación con cada uno de los grupos musculares. Marque con una señal (✓) cada grupo muscular que haya logrado relajar satisfactoriamente durante la sesión práctica y marque con otra señal (X) cada grupo muscular en el que haya encontrado dificultades. Al final de cada columna, valore el nivel de relajación general alcanzado en la sesión práctica de 0 ("incapaz de relajarme") a 50 ("moderadamente relajado pero consciente de cierta tensión") y a 100 ("tan completamente relajado que me dormí").

[illegible]

Anexo R: Ficha de Programación de Actividades

Cuadro de programación semanal de actividades:								
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
7am-8am								
8am-12m								
12m-1pm								
1pm-2pm								
2pm-3pm								
3pm-6pm								
6pm-7pm								
7pm-8pm								
8pm-7am								

Anexo S: Ficha de Registro de Prevención de Respuestas

Registro de Prevención de Respuesta

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Guarde un registro de todas sus sesiones diarias de práctica de prevención de respuesta usando este formulario. Asegúrese de anotar la “urgencia a ejecutar la respuesta” y el nivel de ansiedad al comienzo y al final de práctica.

Fecha y hora	Describa la respuesta que ha sido prevenido	Urgencia inicial a ejecutar la respuesta (0-100)	Ansiedad inicial (0-100)	Urgencia a ejecutar la respuesta al final de la práctica (0-100)	Ansiedad final (0-100)

Señale las “estrategias de bloqueo” que haya usado para la prevención de respuesta:
