



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER DE 20 AÑOS,
PACIENTE DE UN CONSULTORIO PRIVADO DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autora

Díaz Osorio, Evelin

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Barboza Navarro, Evelyn

Aguilar Mori de Oporto, Karim

Lima - Perú

2026

CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER DE 20 AÑOS, PACIENTE DE UN CONSULTORIO PRIVADO DE LIMA METROPOLITANA

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

9%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Universidad Nacional Federico
Villarreal

Trabajo del estudiante

1%

4

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

5

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1%

6

dspace.uazuay.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

7

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%

idoc.pub



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER DE 20 AÑOS,
PACIENTE DE UN CONSULTORIO PRIVADO DE LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Díaz Osorio, Evelin

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Barboza Navarro, Evelyn

Aguilar Mori de Oporto, Karim

Lima – Perú

2026

Pensamiento

“La psicología no puede decirle a la gente como deben vivir sus vidas. Sin embargo, puede proporcionarles los medios para efectuar el cambio personal y social”.

Albert Bandura

Dedicatoria

A mi tía, quien me apoya incondicionalmente en mi camino profesional, siempre a mi lado en cada uno de mis logros.

A mis seres queridos por siempre motivarme para seguir adelante.

Agradecimiento

A mi asesor por su facilidad para transmitir sus conocimientos para mi desarrollo personal y profesional.

A mi universidad que ayudo en mi formación profesional.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Descripción del problema.....	12
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Antecedentes nacionales	14
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	16
1.2.3. Fundamentación teórica	18
1.3. Objetivos	29
1.4. Justificación.....	29
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	30
II. METODOLOGÍA	31
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	31
2.2. Ámbitos temporal y espacial	31
2.3. Variable de investigación	31
2.4. Participantes	34
2.5. Evaluación psicológica.....	34
2.5.1. Observación psicológica	34

2.5.2. Entrevista.....	36
2.5.3. Instrumentos psicológicos aplicados.....	41
2.5.4. Análisis e interpretación de resultados	47
2.5.5. Evaluación conductual	50
2.5.6. Diagnóstico.....	53
2.6. Intervención.....	59
2.6.1. Objetivos terapéuticos	59
2.6.2. Plan de intervención.....	60
III. RESULTADOS	70
3.1. Resultados pre y post intervención	70
3.2. Discusión de Resultados.....	77
3.3. Seguimiento.....	79
IV. CONCLUSIONES	80
V. RECOMENDACIONES	81
VI. REFERENCIAS	82
VII. ANEXOS	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la ansiedad según el DSM-V (APA, 2014)	24
Tabla 2. Línea de registro de frecuencias de conducta	49
Tabla 3. Registro base de intensidad y frecuencia (1-10) de emociones de la paciente	50
Tabla 4. Línea base de autorregistro de pensamientos de la paciente	51
Tabla 5. Criterios diagnóstico según el DSM-V para el TAG 300.02	52
Tabla 6. Diagnóstico funcional	54
Tabla 7. Análisis funcional de la paciente	55
Tabla 8. Análisis cognitivo de la paciente	56
Tabla 9. Sesión psicoeducativa	59
Tabla 10. Entrenamiento en técnicas de relajación y respiración	60
Tabla 11. Técnicas para establecer hábitos y rutinas	62
Tabla 12. Técnicas de reestructuración cognitiva	63
Tabla 13. Sesión para el cierre de intervención	67
Tabla 14. Sesiones de prevención	68
Tabla 15. Línea de registro de frecuencias de conducta, pre y post test	69
Tabla 16. Registro base de intensidad y frecuencia (0-10) de emociones de la paciente, pre y post test	71
Tabla 17. Línea base de autorregistro de pensamientos de la paciente, pre y post test	73
Tabla 18. Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI), pre y post test	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Línea de registro de frecuencias de conducta, pre y post test	70
Figura 2. Registro base de intensidad (1-10) de emociones de la paciente, pre y post test	72
Figura 3. Registro base de frecuencia (1-10) de emociones de la paciente, pre y post test	72
Figura 4. Línea base de autorregistro de pensamientos de la paciente, pre y post test	74
Figura 5. Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI), pre y post test	75

RESUMEN

El presente trabajo es sobre la intervención cognitivo conductual en una mujer de 20 años con diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada. El tipo de estudio fue aplicado, con diseño pre-experimental, de caso único multicondicional ABA. Se usaron pruebas psicométricas tales como la Escala de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV y el Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B para la evaluación. La implementación de la Terapia Cognitivo-Conductual se llevó a cabo mediante la utilización de técnicas de respiración diafragmática, psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, ficha de autorregistro, diálogo socrático, reestructuración cognitiva y unidades subjetivas de malestar (SUD). Como resultado obtenido en el post test, se comprobó la eficacia de la intervención cognitivo conductual a través del logro de los objetivos planteados, destacándose en particular la disminución de la sintomatología ansiosa a un nivel mínimo en el BAI y la mejora en la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: trastorno de ansiedad generalizada, cognitivo-conductual, mujer.

ABSTRACT

The present work is about cognitive behavioral intervention in a 20-year-old woman with a diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. The type of study was applied, with pre-experimental design, multiconditional single case ABA. Psychometric tests such as the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV, and the Eysenck Personality Inventory Form B were used for the assessment. The implementation of Cognitive-Behavioral Therapy was carried out using techniques of diaphragmatic breathing, psychoeducation, Jacobson's progressive relaxation, self-recording card, Socratic dialogue, cognitive restructuring, and Subjective Units of Distress (SUD). As a result obtained in the post-test, the efficacy of the cognitive behavioral intervention was proven through the achievement of the proposed objectives, highlighting in particular the decrease of anxious symptomatology to a minimum level on the BAI and the improvement in the patient's quality of life.

Keywords: generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral, woman.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad generalizada es un trastorno mental que tiene impacto significativo en la vida de millones de individuos a nivel global. Se manifiesta a través de preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar en relación con diferentes aspectos de la vida cotidiana. Esta ansiedad no se limita a situaciones específicas, sino que se extiende a diferentes aspectos de la vida del individuo, generando malestar constante y deteriorando su calidad de vida.

Los síntomas de la ansiedad generalizada pueden variar de una persona a otra, pero suelen incluir preocupación excesiva, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, tensión muscular y dificultad para concentrarse. Estos síntomas pueden ser intensos y persistentes, lo que conduce a un gran sufrimiento para quien los experimenta.

Es importante destacar que la ansiedad generalizada no es simplemente preocupación excesiva, ya que todas las personas experimentan preocupación en algún momento de sus vidas. Sin embargo, en el caso de ansiedad generalizada, esta inquietud es desproporcionada a la situación concreta y persiste durante períodos prolongados de tiempo.

El diagnóstico de la ansiedad generalizada se basa principalmente en los síntomas que presenta la persona y en la duración de los mismos. Es crucial que la persona afectada busque la asistencia de un profesional en salud mental para obtener una evaluación precisa y recibir una intervención apropiada.

Capítulo I: Se presenta el planteamiento de problema, se realiza la descripción del problema actual que aflige a la paciente que presenta signos y síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada, así mismo, se muestran los antecedentes a nivel nacional e internacional. También

se exponen los objetivos específicos y generales, a su vez se presenta la justificación del estudio de caso.

Capítulo II: Se presenta la metodología, se define las variables del estudio de caso, así mismo, se describe a la participante, usuaria de veinte años, mujer y estudiante de arquitectura; se presenta la entrevista, evaluación e instrumentos psicológicos aplicados. También se detalla el tipo y diseño de la investigación.

Capítulo III: Se presenta los resultados, tanto descriptivos como comparativos.

Capítulo IV: Se presenta la conclusión del estudio de caso.

Capítulo V: Se brindan las recomendaciones a seguir luego de terminado el estudio del caso.

1.1. Descripción del problema

Recientemente según Ministerio de Salud (MINSA,2022) se han detectado 433 816 casos con trastornos de ansiedad, pero lo que más llama la atención es que se evidencia que el trastorno de ansiedad se presenta mayormente en mujeres en un rango de edad de 17 a 25 años, por lo cual el presente estudio de caso busca conocer el tipo de intervención más adecuado para brindar con terapia cognitivo conductual.

En función a esto, las pacientes mujeres que presentan un trastorno de ansiedad, son personas que presentan dificultad para disfrutar de situación, expresar sus emociones, relacionarse con personas, reconocer sus logros, evitar situaciones por miedo, viven constantemente con pensamientos irracionales automáticos, etc. Es por ello que se busca ayudar a las pacientes con trastorno de ansiedad para lograr que sean personas funcionales, que el trastorno de ansiedad sea controlado y disminuyan los síntomas con el abordaje cognitivo conductual.

Es de suma importancia conocer el modelo cognitivo conductual para la intervención en casos de mujeres con trastorno de ansiedad, se conoce por el MINSA, que en el Perú los trastornos de ansiedad se presentan más que otros trastornos mentales, por lo cual es de gran interés prestar atención a cada caso que se presente, para evitar que las pacientes desarrollen una patología crónica.

Según Adhanom (2020): “refiere que el área de la salud mental se encuentra descuidado, debido a que son 1000 millones de sujetos que conviven con un trastorno mental”. Lo que demuestra un aumento de personas con un diagnóstico en salud mental.

Según Rodríguez (2012) refiere lo siguiente: “A nivel mundial los trastornos mentales representan el 14% de las enfermedades que más se desarrollan en las personas, así mismo deducen que el 25 de sujetos a padecido o padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida. Por otro lado, refiere que es un área de salud públicas que presenta mayores carencias en la atención a pacientes con un diagnóstico en salud mental, debido a que en los países de América Latina y el Caribe se destina un presupuesto inferior”.

La salud mental es un problema actual, debido a que es una de las principales causas de morbilidad en el mundo, según las estadísticas son 450 millones de habitantes que padecen de un trastorno mental en su vida; por lo tanto, es fundamental poner énfasis a los elementos que podrían influir en posibles problemas de salud mental, tales como factores sociales, educativos, de género, valores y económicos (Esteban et al., 2012).

En la salud mental la calidad de vida de una persona puede ser un factor determinante para presentar síntomas de ansiedad; la percepción sobre los aspectos de su vida y experiencias,

disminuyen su funcionalidad y vitalidad, por lo cual se muestran constantes cambios en el tiempo debido a las variaciones en sus niveles de vida (Ornelas y Ruíz, 2017).

Así pues en el presente estudio se busca aplicar un abordaje cognitivo conductual en una usuaria de veinte años con trastorno de ansiedad generalizada, el cual se logrará mediante la aplicación de pruebas psicológicas de evaluación, observación y técnicas de entrevista; para corroborar el diagnóstico se empleó también una lista de cotejo del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5, luego se procede a realizar el programa con técnica de reestructuración cognitiva, diálogo socrático, ficha de auto registro de pensamiento automáticos y fichas a trabajar en casa, pretendiendo modificar las conductas y pensamientos desadaptativos que impiden su funcionalidad en las áreas social, psicológico y académico. La presente investigación es aplicada y del tipo experimental, de un caso único (ABA), lo cual implica la evaluación pre y post intervención compara la presencia y disminución de síntomas luego del tratamiento.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Linares (2022) realizó un estudio de caso clínico en un paciente con trastorno de ansiedad generalizada. La intervención fue realizada desde el enfoque cognitivo conductual de manera presencial, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad en el adolescente. Fue una investigación del tipo aplicada, experimental y de caso único. Se trabajó durante 14 sesiones, los instrumentos utilizados fueron la lista de cotejo de síntomas del DSM-V, el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y Registro de opiniones. Las técnicas aplicadas fueron Psicoeducación, Reestructuración cognitiva a través del ABCD, Respiración abdominal, debate socrático y técnicas de exposición relajación muscular de Jacobson. Los resultados demostraron la reducción de la sintomatología negativa de ansiedad mediante la terapia cognitivo conductual.

Huamani (2022) efectuó un abordaje cognitivo conductual en una mujer de 28 años con trastorno de ansiedad generalizada. Se aplicó un diseño de investigación experimental de caso único ABA. Para evaluar los síntomas, se utilizaron instrumentos como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), entrevistas conductuales y autoregistros. El programa de intervención se implementó en 9 sesiones, utilizando diversas técnicas, entre las que se incluyeron la relajación progresiva de Jacobson, psicoeducación y reestructuración cognitivo conductual. Al finalizar el programa, se observó una disminución del 85% en los síntomas de ansiedad relacionados con pensamientos, conductas y emociones en la paciente.

Maravi (2020) ejecutó un estudio de caso en una mujer adulta de 43 años con trastorno de ansiedad generalizada, con el propósito de mejorar la salud emocional y afectivo de la usuaria mediante la intervención cognitivo conductual. La aplicación del programa de intervención fue durante 27 sesiones, mediante la evaluación con instrumentos y la aplicación de técnicas que permitieron mejorar la adaptación y funcionalidad en su vida cotidiana. Los resultados demostraron que disminuyó la intensidad de la ansiedad a 14% de síntomas.

Zegarra (2019) realizó un estudio de caso en un paciente varón de 20 años con el Trastorno de Ansiedad Generalizada. El objetivo fue reducir la sintomatología asociadas al TAG aplicando un programa de intervención cognitiva conductual. La aplicación fue de 10 sesiones donde se usaron técnicas de reestructuración cognitiva, de relajación y respiración, detención del pensamiento, entre otras. Los resultados mostraron una mejoría significativa respecto a las conductas y pensamientos problema, en el aumento de bienestar del usuario al final de la intervención.

Asto (2021) realizó un estudio de caso con una joven de 20 años diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada, con el objetivo de mitigar los síntomas ansiosos y

proporcionar herramientas para cultivar actitudes más adaptativas. El programa de intervención cognitivo-conductual consistió en 14 sesiones, donde se aplicaron diversas técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, diálogo expositivo, relajación muscular, entre otras. Los resultados revelaron una marcada disminución en los patrones de pensamiento y síntomas fisiológicos vinculados a la ansiedad.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Santiago (2022) llevó a cabo en Madrid un estudio de caso en una mujer de 23 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada. El objetivo principal fue disminuir los síntomas y modificar los pensamientos desadaptativos. El programa de intervención duró un lapso de 11 sesiones, mediante el abordaje cognitivo conductual, se utilizaron las técnicas de psicoeducación, Respiración abdominal, reestructuración cognitiva, entre otros. Los resultados revelaron una disminución significativa de los síntomas y los pensamientos desadaptativos, reduciendo su ansiedad cognitiva y conductual.

Losa (1998) efectuó en España un estudio de caso de una paciente mujer de 25 años con el Trastorno de Ansiedad Generalizada. El objetivo fue reducir la sintomatología asociada al TAG. Se ejecutó la intervención bajo el enfoque cognitivo-conductual, el cual duró 14 sesiones. Se emplearon técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, auto instrucciones y prevención de respuestas. Los resultados mostraron disminución de la sensación subjetiva de ansiedad, síntomas de la ansiedad, reducción de conductas de escape y pérdida de credibilidad en los pensamientos disfuncionales de perfeccionismo.

Bahamón (2012) realizó en Colombia un estudio de caso de una paciente mujer de 30 años con el Trastorno de Ansiedad Generalizada. El objetivo fue reducir la sintomatología ansiosa. La aplicación del programa cognitivo-conductual fue de 8 sesiones en dos meses, en las cuales se

utilizó técnicas como: exposición in vivo, reestructuración cognitiva, de relajación y exposición cognitiva. Al finalizar las intervenciones la paciente mostró una disminución de los niveles de ansiedad de la usuaria, manteniéndose en niveles funcionales.

Valles (2023) llevó a cabo en Madrid la implementación de un programa cognitivo conductual en una usuaria de 48 años de edad con trastorno de Ansiedad Generalizada. El objetivo fue aumentar la tolerancia a la incertidumbre y reducir los niveles de ansiedad. La aplicación del programa fue de 14 sesiones, en el cual se utilizaron las técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva y validación emocional, relajación muscular progresiva de Jacobson, desensibilización sistemática y exposición imaginaria, entre otras. Al culminar la intervención se evidenció una reducción la frustración a la incertidumbre, se logró modificar las distorsiones cognitivas y se disminuyeron los niveles de ansiedad.

León (2019) efectuó en Colombia un estudio de caso en un paciente de 54 años de edad con Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo el enfoque cognitivo conductual. El objetivo fue reducir los síntomas asociados al TAG. La aplicación del programa fue de 13 sesiones, utilizándose las técnicas: diálogo socrático, reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, inoculación del estrés, entre otras. Los resultados mostraron que disminuyó la sintomatología, teniendo una mejoría de sus pensamientos, emociones y conductas.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1 Terapia cognitivo conductual. Es una psicoterapia que ha demostrado ser beneficiosa y eficaz como tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada. Se han evidenciado que las técnicas cognitivos-conductuales tienen logros respecto a cambios de pensamientos, teniendo efecto en el estado emocional, y en general en el bienestar. Es directiva y utiliza la práctica repetida de lo que se ha aprendido, para llegar a los objetivos planteados (Velasco, 2022).

Los beneficios de la psicoterapia cognitivo-conductual son diversos, puesto que se alcanza un alivio emocional en un corto plazo, teniendo efectividad para tratar otros trastornos. Acorde a lo anterior, se pueden elaborar programas de intervención a personas de todas las edades, en donde el sujeto tiene la capacidad para hacer un cambio replanteándose sus pensamientos, para de esta forma darle un sentido a su vida. Es un modelo organizado que posee una variedad de técnicas psicológicas (Magallanes, 2010).

El enfoque cognitivo conductual empieza con la evaluación e hipótesis causal del mantenimiento de los pensamientos desadaptativas, favoreciendo una relación de confianza terapeuta – usuario, sin prejuicios u estigmatización. Donde la conversación se da de forma clara según el grado de educación del individuo, en el que se le informa sobre el tratamiento y pronóstico del trastorno en cuestión. (Ruiz et al., 2012)

En esta psicoterapia, se precisa que las emociones y conductas desadaptativas son originarias de distorsiones cognitivas y pensamientos disfuncionales, provocando un malestar, el cual será regulado por el individuo mediante el cambio de la función del pensamiento (Vallejo, 2015).

Ellis (1993, como se citó en Velasco, 2022) con su Terapia Racional Emotiva, estando dentro del enfoque cognitivo-conductual, afirma que las personas manifiestan algún trastorno por las interpretaciones que tienen respecto a situaciones que viven. Sostiene que su psicoterapia tiene la finalidad de disminuir la patología y lograr tener una mejor vida con menos conductas negativas, se busca que el usuario sea consciente de sus conductas, pensamiento y de lo que siente. Así mismo, explica que el usuario recibe mensajes que eventualmente se convierten en creencias, las cuales se delimitan de tipo racional o irracional, siendo la última lo que lleva a un trastorno emocional. La creencia que es irracional es falsa y no tiene lógica, por lo que no están adheridas a la realidad.

Asimismo, según Clark y Beck (2012), la TCC enseña a los usuarios a que su proceso de pensamiento sea más racional, estratégico y consciente respecto a sus falsas valoraciones, por lo cual ayuda a cambiar aquellas auto verbalizaciones negativas que mantienen sus estados ansiosos.

Con relación a esto último, el abordaje de la activación fisiológica del estado ansioso se realiza mediante herramientas de autorregulación, dentro de las cuales se encuentran las técnicas de relajación, quienes se enfocan en disminuir la activación autónoma percibida, modificando la tensión emocional y física del usuario. (Ruiz et al., 2012)

Para el presente trabajo se aplicará una intervención bajo el enfoque cognitivo conductual, considerando que el problema de ansiedad generalizada en la usuaria es debido a la constante preocupación por el temor a ser juzgada o criticada tanto en su hogar, como en su centro de estudios ,así como la presencia de síntomas somáticos asociados, tales como diaforesis, hormigueos y tics , por lo que se utilizarán herramientas específicas y ajustadas a las características de su sintomatología con el propósito de modificar los pensamientos, regular el control de sus emociones y aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.

1.2.3.2. Ansiedad generalizada

Definiciones de ansiedad

Resulta complicado brindar una definición absoluta para ansiedad, por ser un tema complejo y existe una diversidad amplia de conceptos y términos, sin embargo, detallaré algunos conceptos.

Para González (2009) la ansiedad es una respuesta que se presenta cuando una persona está expuesta a diversas situaciones que involucran peligro o amenaza, lo cual da una respuesta o conducta de excesiva intensidad que genera un desequilibrio en el sujeto.

Spielberger et al. (1984) definen la ansiedad como un estado en el que el sujeto presenta una reacción emocional que consiste en "sensación de aprensión, preocupación excesiva y sentimientos de tensión" (p. 263).

Wolpe (1979) define a la ansiedad como una reacción autónoma del cuerpo, debido a que el organismo responde ante una estimulo nocivo negativo.

La ansiedad puede entenderse como una reacción biológico-adaptativa "ante un peligro irreal o ante una situación que carece de peligro real" (Belloch et al., 2009, p. 45).

La ansiedad son cambios es un desorden a nivel psicológico y fisiológico que se experimenta con la anticipación ante una determinada situación, limitando a la persona que lo padece de realizar sus actividades con normalidad, ser funcional en todas las áreas de su vida.

De acuerdo con Galindo et al. (2020), este trastorno se considera patológico cuando la ansiedad se manifiesta de forma irracional, porque la intensidad de la sensación de insatisfacción

es descomunal con respecto al estímulo o ya sea por la duración excesivamente prolongada que ocasione un grado de disfuncionalidad en el sujeto.

Así mismo, Fernández et al. (2012), especifican que es un temor difuso, centrado en la espera de una situación o acontecimiento negativo e indefinido que genera un malestar y alteraciones funcionales en el individuo, diferenciándose de una ansiedad normal, que resulta adaptativa en determinados escenarios del vivir diario.

Chacón et al. (2021) señalan que el trastorno de ansiedad generalizada "se comprende como la presencia de ansiedad desmedida, que se origina la mayoría de los días, en un mínimo de seis meses, con ligación a diferentes actividades laborales o sociales, iniciando de un estado persistente de ansiedad, el cual presenta síntomas que se pueden agrupar como vigilancia, hiperactividad autonómica, alerta, expectación y tensión motora" (p. 25).

En cuanto a Navas y Vargas (2012) detallan que la ansiedad resulta patológica cuando posee una función desadaptativa, provoca un déficit en el rendimiento, tiene mayor componente somático, y bloquea una respuesta positiva para la vida diaria.

Teorías explicativas de la ansiedad

En el amplio espectro de conceptos, se tiene las diversas teorías de la ansiedad y el origen. Se identificó diversos modelos como:

a) Teoría conductual. Para Hull (1921, como cito en Sierra et al., 2003) define a la ansiedad como la responsable de la respuesta que tiene un individuo a un determinado estímulo negativo. La escuela conductual dice: es la respuesta ante situaciones de miedo que generan temor frecuente en el usuario.

Para Edelman (1992) refiere que, partiendo del condicionamiento clásico, es la respuesta cuando se está expuesto repetidamente a un estímulo que representa una experiencia aversiva, lo cual lleva al usuario a experimentar ansiedad, generándose la asociación de la experiencia aversiva con la respuesta de síntomas de ansiedad.

Por lo cual, se considera que la ansiedad se aprende por la observación y modelaje, estar expuesto directamente a experiencias aversivas puede fijar una respuesta condicionada en el usuario (Sierra et al., 2003).

b) Teoría social. En la teoría social de Bandura (1977), explica que el aprendizaje del ser humano se adquiere por el medio social, siendo el proceso cognitivo el principal método de aprendizaje y modificador de conductas. Esta teoría refiere que el aprendizaje social activo del individuo se da por su interacción con el entorno. También refiere que la ansiedad es la valoración que tiene el sujeto a los estímulos externos o internos, la respuesta depende de la intensidad de la experiencia negativa emocional.

Villamarín (1990) refiere que la ansiedad en la teoría del aprendizaje social, es el resultado de los procesos cognitivos del paciente a su entorno, es decir que es la capacidad de la persona para hacer frente a situaciones que considera amenazantes.

c) Teoría biológica. Para Ledoux (1995) menciona a la amígdala como el principal protagonista de la ansiedad, siendo la estructura principal para las conductas de miedo y temor.

Por otro lado, Gómez (2007) explica que la ansiedad genera activaciones fisiológicas en el cuerpo, los neurotransmisores que presentan alteración son: noradrenalina, serotonina y ácido gammaminobutílico. Siendo estos tres los encargados de generar la activación fisiológica que siente la persona ante la exposición a estímulos.

d) Teoría cognitivo conductual- Para Quero et al. (2001) menciono que actualmente el modelo cognitivo conductual, debido a que no solo se enfoca en el contenido de las cogniciones del paciente, también se enfoca en la interpretación que el paciente genere, en otras palabras, la conducta queda establecida luego de la conexión de las características personales del paciente y las situaciones a las que sea expuesta.

Síntomas de la ansiedad

Según Figueirêdo et al. (2022), refiere que la ansiedad se presenta en dos procesos, que se presentan en conjunto, los cuales son:

síntomas físicos: aceleración de corazón (taquicardia), cambios de la respiración (hiperventilación), presión en la cavidad torácica, sensación de ahogo por falta de aire, mareos, náuseas, diarrea; sudoración excesiva, cambios en la temperatura corporal: escalofrió o golpes de calor; adormecimiento de las extremidades.

Síntomas psicológicos: miedo a la muerte o perder el control, sentirse aterrorizada por afrontar situaciones, nerviosismo, incapacidad para relajarse, miedo a no ser aceptada socialmente y pendiente de la opinión de otros, sensaciones que generan irritabilidad, percepción irreal, falta de concentración, se muestra suspicaz e hipervigilante frente a situaciones que considera amenazas.

Clasificación de la ansiedad

Tabla 1

Clasificación de la Ansiedad según el DSM-V (APA, 2014)

Clasificación DSM-V	Características Clínicas
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo intenso persistente a tener que separarse de alguien con quien tiene un vínculo, debe manifestar preocupación excesiva, pensamiento de ser rechazado y/o desplazado, presencia de pesadillas (debe estar presente en adultos mínimo 6 meses y en niños 4 semanas mínimo).
T. Ansiedad Fóbica	Miedo intenso persistente, a una situación u objeto específico; usualmente son evitados o tolerados con un miedo intenso (puede ser: animal, entorno, heridas, sangre, agujas, situaciones, otras).
T. Ansiedad Social	Miedo intenso ante situaciones sociales, donde la persona deba exponerse a las miradas y comentarios por parte de los demás; cuida sus acciones, palabras y conductas por temor a mostrarse ansiosa o a ser valorada de manera negativa (debe estar presente un mínimo de 6 meses).
T. Pánico	Presencia repentina de angustia que fue impensado, debe estar presente la inquietud o preocupación por un mínimo de un mes, causado por nuevas crisis, cambio significativo que pueda estar vinculado con la crisis existente de angustia.
T. de Agorafobia	Miedo o ansiedad ante situaciones como: viajar en transporte público, lugares abiertos y amplios, lugares cerrados, están en centro de una aglomeración de personas, estar solo fuera de casa, otros; son situaciones que se evaden, o necesitan de estar acompañados (debe estar presente por un mínimo de 6 meses).
T. Ansiedad Generalizada	Miedo y/o preocupación persistente ante acontecimiento o actividades que generan una activación fisiológica (debe estar presente por un mínimo de 6 meses).
T. por Estrés Postraumático	Miedo excesivo ante un recuerdo de un episodio traumático que no se logra afrontar o tolerar (debe tener inicio de 6 meses al suceso).

Trastorno de ansiedad generalizada

Esta categoría diagnóstica tuvo su aparición en la cuarta versión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994). Se comprende como la presencia de ansiedad desmedida, que se origina la mayoría de los días, en un mínimo de seis meses, con ligación a diferentes actividades laborales o sociales (Chacón et al., 2021). Es decir, inicia de un estado persistente de ansiedad, el cual presenta síntomas que se pueden agrupar como: Vigilancia, hiperactividad autonómica, alerta, expectación y tensión motora (García, 2017). Así mismo, tiene características esenciales al partir de una preocupación excesiva al estímulo que lo provoca, siendo de larga duración, con fatigabilidad, alteración del sueño, estado de alerta constante, invasivo, entre otros (Montalvo, 2019).

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, en su quinta edición, este trastorno de ansiedad figura con el código F.41.1, el cual expone criterios diagnósticos para ser distinguido de otros trastornos con relación similares factores que lo desencadenan (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2013).

Los criterios son los siguientes:

- Ansiedad y preocupación desmedidas, que se producen la mayoría de los días, en un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como el desempeño laboral o escolar)
- Al individuo le resulta dificultoso controlar la preocupación.
- La ansiedad y la preocupación se asocian con tres o más síntomas. Los cuáles son: inquietud o sensación de nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o mente

quedándose en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño. Se precisa que en los niños solo se requiere un ítem.

- La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar o deterioro significativo en áreas sociales, ocupacionales o laborales.
- La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, medicamento, ni afectación médica).
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Tipos de intervención en trastorno de ansiedad generalizada

Según Capafons (2001), menciona dos tipos de intervención: la primera es la terapia cognitivo conductual que presenta los resultados más satisfactorios en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y el segundo es el tratamiento farmacológico que presenta resultados beneficiosos a corto plazo acompañado de efectos secundarios.

Se brindan diversos tipos de medicamentos en el tratamiento farmacológicos, los medicamentos más efectivos para mitigar los síntomas de la ansiedad son: los benzodiacepinas como alprazolam, lorazepam, diazepam y bromazepam, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como sertralina y escitalopram, son usualmente utilizados para el tratamiento (Fernández, 2012).

La terapia cognitivo conductual es eficaz para tratar el TAG, brinda diversas técnicas para disminuir y controlar los síntomas del TAG, mediante el reconocimiento y autoanálisis de pensamientos, buscar alternativas al conflicto o malestar y asignar ejercicios conductuales. así mismo la reestructuración cognitiva y la relajación muscular progresiva ayuda a mejorar la autocalificación y autoobservación.

Técnicas utilizadas

Psicoeducación

Es una técnica que tiene como objetivo brindar información al usuario respecto a su diagnóstico, lo cual concientiza y comunica sobre su tratamiento y pronóstico. Así mismo, logra buscar soluciones rápidas y la modificación de pensamientos irracionales por reales y racionales acorde a un cambio de estilo de vida (Calero, 2022).

Relajación progresiva de Jacobson

En esta técnica se indica al usuario tensionar y después relajar distintos músculos de su cuerpo, teniendo como objetivo que contemple la diferencia entre ambos estados. También, se busca llegar a la relajación máxima del grupo de músculos para que finalmente le piense una escena de su agrado, permitiendo una adecuada relajación del cuerpo y de la mente (Álvarez, 2008).

Respiración diafragmática

Es un tipo respiración relajante lenta, profunda y uniforme que utiliza el diafragma, el cual ocasiona que el estómago suba y baje, en lugar del pecho. Los pulmones al llenarse de aire, provoca que el diafragma presione hacia abajo y el estómago suba, y al dejar salir el aire de los pulmones, el diafragma sube y el estómago baja. Es decir, su objetivo es lograr un adecuado patrón respiratorio reduciendo de forma rápida los niveles de respuestas fisiológicas (UNC Health Care, 2013).

Ficha de auto registro

Es una herramienta utilizada en el principio del abordaje psicoterapéutico, con el objetivo de recoger información respecto a las conductas y estado emocional de la persona, y comprender

bajo qué situaciones disminuye o aumenta el malestar que padece. Su funcionalidad es doble, debido a que permite saber precisamente cómo está el malestar del usuario en determinado tiempo y también sirve de línea base para después de haber aplicado el tratamiento, poder comprobar los cambios (Ruiz et al., 2012).

Diálogo socrático

Es una técnica que tiene como objetivo ocasionar una disonancia cognitiva, guiado por el psicoterapeuta a través de preguntas sistémicas que evidencien los errores en el modo de procesar la información. El conocimiento es descubierto por el propio usuario y el psicoterapeuta asiste, procurando que tenga una versión de sí mismo adaptada a la realidad (Partarrieu, 2011).

Reestructuración cognitiva

Es una técnica la cual busca que el usuario identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos y los reemplace por otros más racionales, eliminando la perturbación conductual y emocional motivados por sus pensamientos iniciales. (Bados y García, 2010).

Unidades subjetivas de malestar (SUD)

De acuerdo con Cayoun, 2014 (como se citó en Zapata ,2020), esta herramienta favorece que se pueda medir el malestar actual del paciente en un determinado momento. El nivel de tensión se precisa del 1 al 10 por parte del propio paciente, en el cual se puede utilizar como apoyo en los ejercicios de respiración y relajación para reducir los síntomas fisiológicos (Cayoun, 2014, como se citó en Zapata, 2020).

1.3. Objetivos

Objetivo general

- Determinar el efecto del programa cognitivo conductual en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada.

Objetivos específicos

- Evaluar las características sintomatológicas de la paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada.
- Describir el proceso del programa cognitivo-conductual y el impacto que causa en la paciente de 20 años.
- Aplicar el programa de intervención cognitivo-conductual a través de técnicas como psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, diálogo socrático, reestructuración cognitiva.
- Determinar el efecto del programa aplicado en la paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada.

1.4. Justificación

El presente estudio del caso busca brindar aportes para la intervención con la terapia cognitivo conductual en pacientes con ansiedad generalizada, de esta manera desea dar un aporte mediante un programa de 13 sesiones.

Según Adhanom (2020) refiere que los problemas de salud mental en los últimos años se han incrementado por lo cual el servicio de salud mental ha tenido un incremento de demanda.

Donde los casos más usuales que se presentan son los trastornos de ansiedad, siendo de gran importancia la creación y aplicación de programas de intervención Cognitivo Conductual para brindar tratamiento a pacientes con ansiedad generalizada.

El estudio de este caso ayudara, a la paciente con quien se trabajó y podrá tener un mejor afrontamiento ante situación aversivas, mejorando su funcionalidad en todas las áreas en las que se desempeña, así mismo se busca reconfirmar la efectividad de la terapia cognitivo conductual ante casos con diagnóstico de ansiedad generalizada.

Al mismo tiempo se busca contribuir con la investigación brindando un aporte a la sociedad, debido a que el presente caso de estudio será una referencia para los profesionales psicólogos, que buscan brinda una intervención oportuna a casos de pacientes con Ansiedad Generalizada.

Finalmente, este estudio es un importante aporte practico para próximas intervenciones desde un enfoque cognitivo conductual, mediante el programa de intervención que servirá como ejemplo para casos similares de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Con el presente trabajo se busca disminuir los síntomas de ansiedad de la paciente y que sea una persona funcional, siguiendo un programa basado en técnicas cognitivo conductual. Para lograr un cambio significativo en todas las áreas de la vida de la paciente. De igual manera el presente trabajo será un aporte de conocimientos a la comunidad científica investigadora, dirigido a profesionales en el área de salud mental.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio de caso actual se clasifica como aplicado, ya que utiliza los conocimientos obtenidos de la investigación básica con el propósito de mejorar la calidad del fenómeno estudiado, teniendo una finalidad práctica (Kerlinger y Lee, 2002). Asimismo, corresponde a un estudio pre-experimental de caso único (Hernández et al 2014), orientado a analizar y determinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada de una paciente de 20 años. Es de diseño invariable multicondicional ABA porque explora una variable independiente, en la que la variable de tratamiento luego de aplicar, es retirada (Castro, 1990), es decir, que permite aplicar una pre evaluación y una post evaluación luego de la aplicación del programa.

2.2. Ámbitos temporal y espacial

El estudio de caso fue realizado en los meses enero a junio del 2023. Se llevó a cabo en el C.P. PSICOSALUD situado en el distrito de Villa el Salvador en Lima, Perú.

2.3. Variable de investigación

2.3.1. *Variables independientes: terapia cognitivo conductual*

Definición conceptual

Según Puerta y Padilla (2011) explican que “la TCC es una terapia que se puede aplicar en diferentes trastornos mentales, directamente se ayuda a cambiar los pensamientos, conductas, respuestas emocionales y fisiológicas del paciente, cambiando todo ello por respuestas y reacciones más adaptativas con las logre afrontar situaciones o problemas que enfrente” (p. 252).

Fullana et al. (2011) definen que la TCC es una terapia breve, donde la prioridad es transformar las distorsiones cognitivas, las cuales desencadenan respuestas fisiológicas y cognitivas

que generan malestar en el paciente. Se distingue de otras terapias debido a que es directa y plantea objetivos que se deben reforzar con la práctica repetitiva de lo aprendido en las sesiones.

Definición operacional

El presente estudio de caso se lleva a cabo en un rango de 14 sesiones de intervención con un tiempo de duración de 55 min y 5 min para llenar los registros e historia clínica; durante las sesiones se llevaron a cabo las siguientes técnicas: psicoeducación, respiración diafragmática, fichas de autoregistro, dialogo socrático, relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva y unidades subjetivas de malestar (SUD).

2.3.2. Variable dependiente: ansiedad generalizada

Definición conceptual

Rojas (2014) refiere al TAG como la experiencia en la cual la persona vive todo con inquietud, perdida de tranquilidad, constantemente a la defensiva esperando que lo peor pueda suceder en cualquier momento.

Garcia et al. (2012) define el TAG como:

La preocupación excesiva y persistente, genera dificultad para controlar algunas áreas de la vida familiar y cotidiana; acompañando por inquietud y nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritación y problemas de sueño, la preocupación y síntomas físicos representan un deterioro de la persona.

Definición operacional

Para el presente estudio de caso definiremos la ansiedad generalizada como un cuadro caracterizado con los siguientes síntomas:

a. Sintomatología cognitiva:

En la paciente se presentan los siguientes pensamientos:

- Pensar que debe ser un ejemplo a seguir para hermano.
- Pensar que debe ser el orgullo de su madre y terminar carrera profesional.
- Pensar en la dificultad de sus clases.
- Pensar en los cursos que podría desaprobado.
- Pensar que no puede hacer trabajo grupal, debido a que todo lo hace mal.
- Pensar que siempre estará sola.

b. Sintomatología fisiológica:

En la paciente se presentan los siguientes síntomas:

- Cefaleas
- Taquicardia
- Palpitaciones en parpado
- Mareos y náuseas
- Entumecimiento de extremidades
- Problemas para conciliar el sueño
- Temblor de extremidades.

c. Sintomatología conductual

En la paciente se presentan las siguientes conductas:

- Caminar rápido.
- Llorar.
- Movimientos rápidos y repetitivos de las extremidades.

2.4. Participantes

Paciente de 20 años de edad, de sexo femenino, es estudiante de arquitectura de la Universidad Ricardo Palma, reside en el distrito de Villa el Salvador, Lima. Tiene un desempeño académico Regular, fue escogida por presentar síntomas de ansiedad que da indicios de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

2.5. Evaluación psicológica

2.5.1. Observación psicológica

Observación psicológica de la usuaria

Paciente de veinte años de edad, estatura baja, contextura delgada, aparenta menor edad a su edad cronológica, se presenta con adecuada higiene, cabello ondulado natural largo de color castaños claro con mechas de iluminación, ojos pequeños, caídos y de color marrón, nariz en forma de gancho, pero pequeña y labios delgados, viste acorde a la estación con polo de tira, pantalón holgado y sandalias.

Se presenta puntual a la entrevista, se encuentra orientada en tiempo, espacio y/o persona. Postura encorvada, sentada al borde de la silla, mueve sus dedos constantemente como si tocara el piano, al mismo tiempo mueve ambos pies de arriba hacia abajo rápidamente, habla rápido siendo casi ininteligible, su discurso es coherente pero cambiante y tono de voz adecuado, sostiene el contacto visual.

Motivo de consulta

Paciente refiere que desde hace 6 meses se siente muy ansiosa: “me siento sola, todos se fueron y me dejaron, todo siempre es mi culpa, tengo miedo de matricularme en el curso electivo de Tecnología de la Construcción, no tengo los conocimientos necesarios para aprobar el curso

jalare, cuando estoy en clases me traspiran las manos, me duele duele la cabeza y mi relación amorosa termino por ser tan insegura.

Almendra refiere que tiene molestias constantemente, experimenta ansiedad en todo momento, cuando está sola en su casa, durante las clases en la universidad, cuando salía con su ex enamorado y ante situaciones donde participaba con sus amistades por temor a ser juzgada o criticada por sus actitudes o forma de hablar. Ante estas situaciones piensa: “si digo lo que pienso me van a mirar feo”, “debo esforzarme en la universidad, mi madre desde tan lejos paga mi universidad”, “si pregunto en clases pensarán que soy bruta”, estos pensamientos no permiten que continúe con las actividades que previamente estaba realizando, por lo cual comienza con la sudoración de manos, hormigueo en brazos y piernas, tics en el parpado derecho y está pendiente de las miradas de quienes la rodean. Al mismo tiempo presenta disminución de su estado de ánimo para iniciar o culminar sus actividades, se ofusca al pensar que el resultado de cualquier actividad que realice siempre será negativo, no logra prestar atención durante las clases y tiene dificultad para conciliar el sueño por tener pensamiento intrusivo. Durante dichas situaciones solo se queda pensando de modo repetitivo y busca retirarse del lugar para estar sola, refiere que no encuentra un alivio.

Descripción actual del problema

Almendra indica que en los últimos 3 meses su problema se ha incrementado, no logra tener control sobre sus emociones y conductas. Trato de controlarlo platicando de sus pensamientos con su tía que vive en el extranjero, a lo cual la tía solo respondió diciendo que eran niñerías, que en lugar de estar pensando debería estudiar y pensar en el futuro que hace su madre por pagar la universidad, que su padre solo es un adorno en casa y es su madre quien más se sacrifica por sacarla adelante a ella y su hermano, desde ese momento solo se incrementó aún más

los pensamientos intrusivos como: “no soy lo suficiente para mi madre” y “si repruebo mis cursos seré una fracasada” , también se incrementó las respuesta fisiológicas (cefaleas, tics más frecuentes en el parpado, entumecimiento de músculos, hormigueo en las extremidades y sudoración excesiva), la respuestas cognitivas fueron: perdida de concentración en clases y tiene dificultad para retener información de la estudiado, a la vez en sus respuestas motoras (responde de forma rápida, responde dicotómicamente, ingiere sus alimentos con rapidez y evita recibir las llamadas de su madre. Refiere que se siente ansiedad (10 de 10), pensamientos intrusivos (9 de 10), irritabilidad (8 de 10). Dichos síntomas se presentan de manera frecuente a lo largo de sus días.

2.5.2. Entrevista

Desarrollo cronológico del problema

Vía telefónica madre refiere que durante la gestación de Almendra tenía problemas con su pareja, solían tener diferencia por su conducta, el padre solía salir de fiesta y beber sin medida, aunque no violentaba a la madre solía despreocuparse por los temas de dinero o asumir la responsabilidad de brindar protección y seguridad a su esposa e hija; la madre siempre debió llevar la responsabilidad sola de sacar adelante a su hogar, Almendra siempre ayudaba a su madre y presenciaba como ella trabajaba en exceso y buscaba manera para generar ingresos económico para el hogar, Almendra constantemente se exigía ser una mejor hija, sacar excelentes calificaciones y en situaciones donde no lograba ser el orgullo se sentía insuficiente para su madre, aunque ella nunca le exigiera o castigara. La madre refiere que conforme Almendra iba creciendo tenia cambios, siempre estaba tensa para disfrutar de diversas situaciones, cuando salían de comprar o paseos Almendra no quería por temor a que su madre gaste el dinero que tanto le costaba

conseguir. Así mismo Almendra menciona que “amo a mi padre”, pero a veces me de cólera cuando toma y no piensa en las consecuencias.

Almendra recuerda que cuando era niña la familia de su padre (tías) reprochaban constante a su madre por trabajar tanto y descuidar a su esposo, al mismo tiempo recriminaban a Almendra por siempre apoyar su madre y no a su padre, que era a quien debía tratar bien por darle la vida.

A los 16 años, al terminar el colegio buscaba estudiar una carrera universitaria, pero se mostraba indecisa, a lo cual sus tías paternas le decían que no elegía una carrera por que era una vaga, pero en realidad era su temor a hacer gastar dinero a su madre y decepcionarla sacando bajas calificaciones o no logrando ingresar a la universidad.

A los 18 años, tuvo su primer enamorado en la universidad con quien mantuvo una relación por 1 año, luego de diversos problemas como: horarios de clases diferentes, lejanía de domicilios e inseguridad de Almendra, terminaron la relación; ella sentía culpa pensando que: no era lo suficiente para su novio, seguro estaba con otra mujer y siempre está dudando de todo él se cansó de soportarla.

A los 19 años, se quedó a vivir sola en Perú, debido a que su familia decidió viajar al extranjero buscando nuevas oportunidades económicas, ella debía quedarse para terminar su carrera universitaria, se mudó a Villa el Salvador, debido a que en la casa de Pamplona vive su familia paterna, quienes suelen ser conflictivos y tener una vida desordenada. Para mudarse debía dejar a su mascota (coneja Fifi), debido a que su tía no quería animales en su departamento. A consecución de todo lo mencionado cree que sus más grandes miedos se hicieron realidad, fue abandonada por su familia y que es una hija mala.

Historia personal

Desarrollo inicial

Vía telefónica madre menciona que Almendra nació al cumplir las 40 semanas de gestación, por parto natural, pesando 3 kilos 200 gramos, sin ninguna complicación, presentando un desarrollo normal, camino al año y 2 meses, hablo al años y 6 meses, lacto hasta los 2 años y tuvo un desempeño muy bueno en la escuela. Así mismo refiere que no sufría de enfermedades o alergias. Madre menciona que Almendra es una hija obediente y apegada a ella. Nunca presentaba problemas en el colegio y siempre una niña modelo en conducta.

Instrucción y educación

La madre refiere que Almendra tenía un desempeño muy bueno en la escuela, buenas notas, aprendizaje rápido y solía hacer sola sus tareas sin ayuda. Tenía solo 2 amigas de todo el colegio y siempre obtenía el primer puesto; pero al iniciar quinto de secundaria y en la universidad sus calificaciones bajaron de forma radical.

Desarrollo psicosocial

Almendra tiene amigas en la universidad, mantiene dos amigos de la infancia, tenía una amiga del colegio de la cual se alejó por generar problemas en su vida, socializa con chicos a través de aplicación en línea, busca entablar comunicación con personas desconocidas para que no la juzguen ella o a su vida; considera que es más fácil hablar de cualquier tema sin la necesidad de ser criticada.

Hábitos e intereses

Almendra disfruta de dibujar a mano, crear simulaciones de diseño arquitectónicos en programas en línea, le gusta disfrutar del arte del urbanismo camina por las calles, aunque luego de la pandemia dejó de realizar muchas actividades al aire libre por temor a contagiarse de COVID.

Desarrollo psicosexual

No tiene dificultad para comunicarse o entablar una relación con el sexo opuesto de su edad, al mismo tiene mayor facilidad para relacionarse en línea con personas del sexo opuesto. Refiere que ya ha tenido 3 enamorados y actualmente no siente interés por nadie.

Enfermedades y accidentes

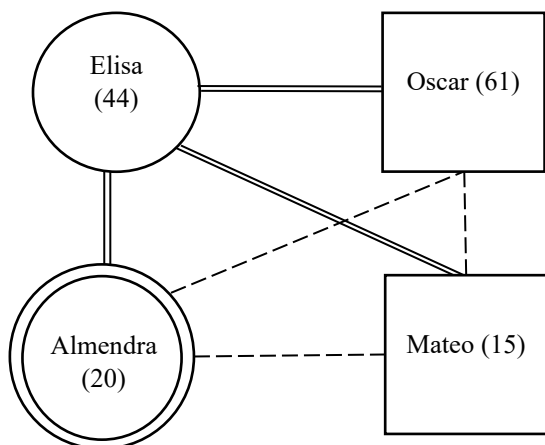
Vía telefónica la madre refiere que Almendra siempre fue una niña sana, que actualmente su único problema es que no logra controlar su ansiedad.

Actitud y preferencia religiosas

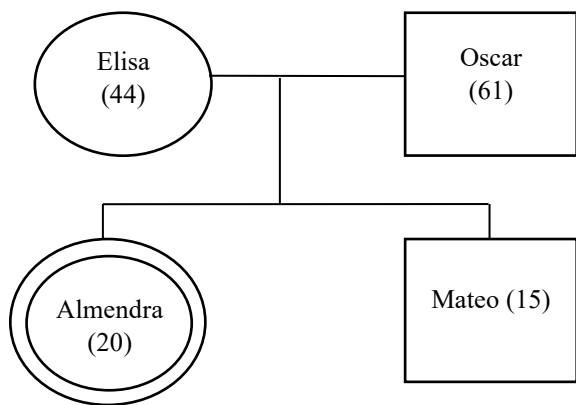
Almendra refiere que es católica pero no asiste a misa, no asiste a la iglesia, no comulga, pero si tiene sus sacramentos hasta la confirmación, así mismo aprendió de la palabra de Dios en su colegio y de su madre. Refiere que se encomienda a Dios cuando tiene miedo que no logra controlar.

Historia Familiar

Estructura Familiar



Interacción Familiar



Almendra tiene una relación adecuada con su madre, menciona que es ella quien más la entiende, puede comentarle cualquier tema, algunos temas generan conflicto en la madre por temor a que Almendra se exponga a peligros innecesarios, pero al final entiende a su hija; la relación con su padre es distante, lo considera bueno, pero detesta cuando toma y se deja manipular por los comentarios de sus tías paternas que solo buscan ponerlo en contra de su esposa e hijos; así mismo

refiere que tiene una relación distante con su hermano menor solían jugar, ella siempre lo cuidaba y brindaba atenciones aunque a veces tenían discusiones de hermanos que siempre solucionaban, ahora a distancia aún mantiene comunicación con todos los miembros de su familia, pero es con su madre con quien más habla (recibe de 5 a 6 llamadas por día).

2.5.3. Instrumentos psicológicos aplicados

Informe Psicológico del Inventario de Ansiedad de Beck

Datos de filiación:

Apellidos y Nombre	:	T. S. Almendra
Edad	:	20 años
Lugar y fecha de nacimientos	:	Lima, 4 de junio del 2002
Grado de instrucción	:	Universitaria en curso
Fecha de evaluación	:	Enero 2023
Fecha de informe	:	Enero 2023

Motivo de evaluación:

- Evaluación del nivel y estado de ansiedad

Técnicas e instrumentos aplicados:

Entrevista psicológica: Según Sierra et al. (2001), la conciben como “un proceso dinámico y continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema y a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación de un tratamiento”

- Cuestionario de ansiedad de Beck: es el instrumento de evaluación más citado en las bases de datos científicas, posiblemente debido a que los trastornos de

ansiedad son los de mayor prevalencia a nivel mundial (Datani et al., 2018). Dada su popularidad, distintos estudios se han centrado en analizar las propiedades psicométricas de este instrumento.

Resultado

- Se evidencia un nivel de ansiedad severo en síntomas somáticos y afectivo cognitivo.

Conclusiones:

Almendra, presenta síntomas de ansiedad severo, por lo cual presenta cambios en su bienestar emocional.

Recomendaciones:

Ejercicios de para afrontar los síntomas somáticos mediante técnicas como: técnica de Relajación progresiva de Jacobson, dialogo socrático, autoregistro de pensamientos, reestructuración cognitiva.

28 de enero del 2023



EVELIN OSORIO
PSICÓLOGA
C.P.S.P. 28932

Informe Psicológico del Inventario Personalidad de Eysenck Forma B

Datos de filiación:

Apellidos y Nombre	:	T. S. Almendra
Edad	:	20 años
Lugar y fecha de nacimientos	:	Lima, 4 de junio del 2002
Grado de instrucción	:	Universitaria en curso
Fecha de evaluación	:	Enero 2023
Fecha de informe	:	Enero 2023

Motivo de evaluación:

- Conocer el perfil de la personalidad.

Técnicas e instrumentos aplicados:

- **Entrevista psicológica:** Según Sierra & colaboradores (2001), la conciben como “un proceso dinámico y continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema y a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación de un tratamiento”

- **Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B:** (1940), considera que el comportamiento humano está determinado por una serie de atributos. Estos rasgos genéticos son los fundamentos o unidades básicas de la personalidad, porque nos predisponen a actuar de una determinada manera. Además, asume que estos rasgos varían entre los individuos, son coherentes a través de distintas situaciones y se mantienen más o menos estables en el tiempo.

Resultado:

En área de introversión – extroversión: 10 altamente introvertida, lo cual evidencia que se muestra retraída en situaciones sociales, es pasiva y cuidadosa, da valor a la moral y ética, prefiere seguir a otros antes que ser líder y asumir roles de responsabilidad por temor a no hacerlos correctamente.

En área de Neuroticismo N: presenta tendencia a la inestabilidad, muestra una personalidad desorganizada, baja tolerancia a situaciones conflictivas y a situaciones que generen frustración, es ansiosa, fácilmente irritable, es insegura y es dependiente a sus relaciones sociales, siendo fácilmente sugestionable.

En área de Veracidad: L-5 presenta un nivel alto, debido a que se muestra con sinceridad, no quiere que la conozcan como realmente es.

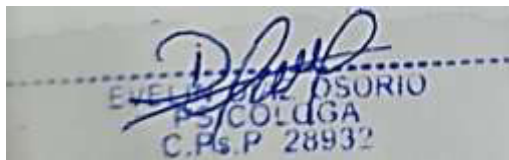
Conclusiones:

Almendra, presenta conductas de debilitamiento, debido a que se aísla, las situaciones externas pueden generar una amenaza a su ritmo de vida, es sensible, lábil emocionalmente ante diversas situaciones ajenas a ella o que la afecten directamente. Busca constantemente aprobación y afecto.

Recomendaciones:

Entrenamientos con Reestructuración Cognitiva, técnica de respiración, relajación progresiva de Jacobson, otros.

28 de enero del 2023



EVELYN OSORIO
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 28932

Informe Psicológico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV

Datos de filiación:

Apellidos y Nombre	:	T. S. Almendra
Edad	:	20 años
Lugar y fecha de nacimientos	:	Lima, 4 de junio del 2002
Grado de instrucción	:	Universitaria en curso
Fecha de evolución	:	Enero 2023
Fecha de informe	:	Enero 2023

Motivo de evaluación:

- Conocer los rasgos de la Personalidad

Técnicas e instrumentos aplicados:

Entrevista psicológica: Según Sierra & colaboradores (2001), la conciben como “un proceso dinámico y continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema y a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación de un tratamiento”

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon: habla sobre la teoría evolutiva de la personalidad de Millon es la base del test de Millon, que habla sobre el continuo entre la normalidad y la patología, que comparten los mismos criterios y mecanismos (Cardenal, et al., 2007). Las personalidades similares, sean normales o patológicas, comparten los mismos rasgos; la diferencia radica en cómo se adaptan al entorno y si son flexibles o no.

Resultado

En el área de patrones clínicos de la personalidad obtuvo un puntaje de 78, como indicador de ser una persona marcadamente dependiente. Así mismo en patologías severas de la personalidad, se ubica ligeramente paranoide con un puntaje de 72; por otro lado, en síndromes clínicos presenta indicadores de un Trastorno de ansiedad generalizada con un puntaje de 74 que indica un nivel alto.

Interpretación:

Almendra, presenta indicadores altos de un Trastorno de Ansiedad, debido a que duda de su capacidad y/o habilidades, por ello no toma decisiones con facilidad o iniciativa, lo que ocasiona que tenga limitada autonomía; así mismo recurre a otro para obtener aprobación, afecto constante (cariños, caricias, amor, otros), cuidados y sentir seguridad. Al mismo tiene dificultad para desprenderse de relaciones sociales amorosas por temor a no conseguir algo más o quedarse sola. Por otro lado, se muestra desconfiada ante acciones o conductas de otras personas (pensamientos de ser engañada, burlada, punto de burlas a escondidas, lastimarla físicamente). Debido a todo lo antes mencionado se muestra constantemente tensa, teniendo dificultad para relajarse, presenta movimientos lentos pero torpes, frecuentemente se queja de molestias físicas (dolor de cuello, dolor de cabeza, hormigueo en las extremidades, entumecimiento de los músculos, sudoración excesiva y aceleramiento del corazón taquicardia).

Conclusiones:

- Almendra presenta Trastorno de Ansiedad.

Recomendaciones:

Entrenamientos con Reestructuración Cognitiva, técnica de respiración, relajación progresiva de Jacobson, otros.

28 de enero del 2023



EVELYN B. OSORIO
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 28932

2.5.4. Análisis e interpretación de resultados**Informe Psicológico Integrado****Datos de filiación:**

Apellidos y Nombre	:	T. S. Almendra
Edad	:	20 años
Lugar y fecha de nacimientos	:	Lima, 4 de junio del 2002
Grado de instrucción	:	Universitaria en curso
Fecha de evaluación	:	Enero 2023
Fecha de informe	:	Enero 2023
Lugar de entrevista	:	Consultorio privado
Informantes	:	La usuaria y madre (modo virtual)

Motivo de evaluación:

Madre refiere que desde hace de 6 meses atrás observa cambios en su hija: “Cada vez que llamo a mi hija está preocupada por muchas cosas; por su enamorado, por los cursos de la universidad, por sus amistades que ya no la llaman, cuando la llamo siempre tiene el semblante de estar cansada o tensa”.

Almendra refiere que desde que su familia viajo al extranjero se siente sola “tengo miedo de estar sola para siempre, todos me dejan y se alejan de las personas incluyendo su enamorado y amistades”, debido a esto empieza a temblar y sentir entumecimiento en su brazo que sube a su cuello. Al mismo tiempo refiere un estado de ánimo bajo para realizar sus actividades diarias, evita situaciones por temor a tener resultados negativos de cualquier acción que tenga, no logra mantener la atención en clase y tiene dificultad para estudiar en fechas de exámenes. Usualmente ante estas situaciones recurre a aislarse en casa sola, pero muchas veces sus amigas más cercanas la llaman para conversar porque saben que vive sola sin sus padres, por lo cual piensa “solo soy una carga para ella, realmente solo me toleran por pena, pero las incómodo”.

Técnicas e instrumentos aplicados:

- Observación
- Entrevista psicológica
- Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B
- Escala de ansiedad de Beck – BAI
- Inventario Clínico Multiaxial Millon - IV

Resultados de Evaluación:

Almendra presenta con una personalidad altamente introvertida y emocionalmente inestable, lo cual la caracteriza por ser retraída, dificultad para interactuar con personas,

situaciones externas que considera de riesgo o peligro; puede generar la alteración de sus emociones y pensamientos, lo cual genera pensamientos irracionales automáticos, presentando síntomas fisiológicos de la ansiedad. Así mismo presenta un patrón de personalidad dependiente, lo cual genera dificultad para desprenderse de las personas con quienes mantiene un vínculo cercano, busca estar al lado de las personas para obtener afecto, cariño y amor; lo cual genera pensamientos de rechazo por sus temores a ser una carga o estorbo.

Impresión Diagnostica:

Considerando los criterios Diagnósticos de DSM-V, se concluye que la usuaria es un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Recomendaciones:

Iniciar tratamiento con intervención mediante la Terapia Cognitivo Conductual para disminuir los síntomas de la Ansiedad Generalizada.

6 de febrero del 2023



EVELYN DORIO
PSICÓLOGA
C.P.S.P. 28932

2.5.5. Evaluación conductual

Tabla 2

Línea de Registro de Frecuencias de conducta

Conductas Problemáticas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
Evita participar de actividades con sus amistades por temor a cometer un error al hablar o en sus conductas.	2	1	3	1	2	1	0	10
Evita quedarse en clases luego de terminada la hora.	1	2	3	0	1	1	0	8
Evita realizar trabajos grupales y desea hacerlo sola.	1	1	2	1	1	0	0	6
Llora luego de corta la llamada con su madre.	3	2	3	2	2	4	4	20
Inquietud motora de extremidades (piernas, brazos y manos).	5	6	5	4	6	5	3	34
Mueve constantemente su cabello de un lado a otro, cubriendo su rostro.	6	5	4	6	4	4	3	32
Evita participar de actividades extracurriculares, por miedo a no tener los suficientes conocimientos.	2	3	3	2	3	3	0	16

Tabla 3

Registro Base de intensidad y frecuencia (1-10) de emociones de la paciente

Conductas Problemáticas	Frecuencia/ Intensidad	L	M	M	J	V	S	D	Total
Ansiedad	F	10	10	10	10	9	10	9	68
(0-10)	I	9	9	9	9	9	9	9	9
Irritación	F	8	7	8	7	9	7	7	53
(0-10)	I	6	6	6	6	6	6	6	6
Cólera	F	8	9	8	8	8	9	10	60
(0-10)	I	8	8	8	8	8	8	8	8
Frustración	F	9	9	9	8	8	9	7	59
(0-10)	I	9	9	9	9	9	9	9	9

Tabla 4*Línea Bases de Autoregistro de Pensamientos de la paciente*

PENSAMIENTOS	FASE	L	M	M	J	V	S	D	Total
“Debo terminar mi carrera para ser el orgullo de mis padres”	P/I	9	8	9	9	8	7	7	57
“Debo ser el ejemplo a seguir por mi hermano”	P/I	8	9	7	8	8	9	7	56
“Si no contesto las video llamadas de mi madre, se preocupará y estando tan lejos puede enfermar”	P/I	10	9	10	9	9	9	9	65
“Si mi madre se preocupa, va a discutir con mi padre y el ira a beber licor”	P/I	8	8	7	8	9	8	8	56
“Soy una carga para mis amigos, saben que estoy sola y solo tiene pena”	P/I	8	8	8	7	7	9	9	56
“Siempre me quedo sola, hasta mi novio me dejo”	P/I	9	9	9	10	9	8	9	63
“Si desapruero cursos solo seré una carga, mi madre tendrá que trabajar el doble para poder llevarlos otra vez”	P/I	7	7	8	9	7	8	7	53
“Las clases son difícil ahora que no puedo pensar con claridad”	P/I	8	8	8	7	8	8	8	55
“Si realizo trabajos grupales todo me saldrá mal con mi maqueta y luego me sacaran del grupo, mejor trabajo sola”	P/I	9	9	9	8	9	7	8	59

“Cada día me siento más ansiosa”	P/I	8	8	8	8	7	7	7	53
“Si mientras viajo en el bus para ir a la universidad, el carro choca, mi madre se enfermaría de la preocupación”	P/I	8	7	7	8	7	8	3	49

2.5.6. Diagnóstico

Diagnostico tradicional

Tabla 5

Criterios Diagnóstico Según el DSM-V para el TAG 300.02:

CRITERIOS SEGÚN EL DSM-V	SINTOMAS PRESENTES EN ALMENDRA
A. Ansiedad y preocupación excesiva, se produce durante as días de los que esta ausentes durante un mínimo de 6 meses, frente a diversos suceso o actividades.	Presenta miedo a: - Quedarse sola - Ser abandonada - Ser criticada y juzgada por amistades. - Ser culpable de una posible enfermedad de madre.
B. Dificultad para controlar la preocupación.	Presenta miedo a: - Ser criticada por sus acciones. - Que padre beba alcohol. - Que no logre cumplir sus objetivos.
C. Ansiedad y preocupación se asocia a tres o más de los 6 síntomas siguientes:	

1. Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta.	- Presenta nerviosismo.
2. Dificultad para concentrarse o dejar la mente en blanco.	- Presenta dificultad para cumplir con sus actividades académicas, requiere mayor tiempo para aprender las clases, necesita realizar resúmenes para recordar lo aprendido previamente.
3. Fácilmente se fatiga.	- Presenta agotamiento físico ante actividades que requieran un mínimo de esfuerzo.
4. Irritabilidad.	- Presenta cólera, molestia e ira ante situaciones que generen estrés o conflicto de resolución de problemas.
5. Tensión muscular	- Presenta tensión muscular en extremidades acompañado de dolores de cabeza.
6. Problemas de sueño	- Presenta dificultad para conciliar el sueño y/o alcanzar el sueño profundo.
D. La ansiedad y preocupación causa malestar clínico significativo o genera deterioro social, laboral o en otras áreas de la vida del paciente.	- Evita incrementar su tiempo de exposición a situaciones como: clases en universidad y reuniones sociales, trata en lo posible de solo estar el tiempo necesario para cumplir y ser responsable.
E. No se puede atribuir la alteración al efecto de sustancias (drogas o medicamentos) u otras afecciones médicas.	- Sus preocupación y miedo son atribuidos a sus pensamientos.
F. Las alteraciones presentadas no se encuadran en otros trastornos mentales (fobia social, T. obsesivo compulsivo, pánico, etc.).	- Inicia desde hace más de 6 meses cuando sus padres comenzaron a planificar su viaje al extranjero y al mismo tiempo tenía conflictos con su enamorado.

Tabla 6*Diagnostico funcional*

Excesos síntomas	Debilitamientos síntomas	Déficit síntomas
- Lloro en casa al llegar de la universidad. - pensamientos como: “madre puede enfermar”.	Dificultad para expresar emociones o sentimientos de modo verbal.	Poca tolerancia a la frustración.
- Presenta Ansiedad a las clases presenciales.	Poca habilidad para afrontar situaciones frustrantes.	
- Presenta Ansiedad por viaje en autobús o cambiar de carro (debe tomar 2 carros para llegar a universidad).		
- Ansiedad por las actividades académicas grupales (temor a fallar delante de compañeros).		
- Se frustra ante actividades que representan mayor esfuerzo físico o mental.		
- Poca habilidad para afrontar situaciones en las cuales siente perder el control.		
- Muestra cansancio ante situaciones como: limpiar su casa.		
- La ansiedad que refleja según la unidad subjetiva de malestar (SUD) Ansiedad 9/10, Irritación 6/10, Cólera 8/10		
- Presenta llanto, cefaleas, taquicardia, palpitaciones en parpados, náuseas, mareos, entumecimientos de extremidades, problemas para conciliar el sueño y temblor de extremidades.		
Pensamientos: - “Debo ser el ejemplo a seguir por mi hermano” - “Debo ser el orgullo de mi madre y terminar mi carrera” - “Las clases son difíciles, no puedo pensar con claridad”		

- “Si desapruébo cursos solo seré una carga para mi madre”		
- “Si realizo trabajos grupales, todo lo voy hacer mal”		
- “siempre me quedo sola”		

Tabla 7*Análisis funcional de la paciente*

Estimulo discriminativo	Conducta síntoma	Estimulo Reforzador Estimulo Consecuente
Interno - Pensar que debe ser un ejemplo a seguir para hermano. - Pensar que debe ser el orgullo de su madre y terminar carrera profesional. - Pensar en la dificultad de sus clases. - Pensar en los cursos que podría desaprobado. - Pensar que no puede hacer trabajo grupal, debido a que todo lo hace mal. - Pensar que siempre estará sola.	Conductual - Regresa rápidamente a casa. - Lloro en casa - Movimientos rápidos y repetitivos de extremidades. - Dificultad para expresar emociones. - Frustración ante actividades que requiera esfuerzo físico o mental. - Cansancio por limpiar su casa. - Poca habilidad para afrontar situaciones. - Poca tolerancia a la frustración. Emocional - Ansiedad ante las clases presenciales. - Ansiedad ante viajes en autobús. - Ansiedad por actividades académicas grupales. - Miedo a cometer errores delante de compañeros. - Ansiedad 9/10, Irritabilidad 6/10 y Cólera 8/10. Fisiológico - Cefaleas. - Taquicardia. - Palpitaciones en parpado.	Refuerzo externo - Al regresar rápido a su casa y estar, siente mayor tranquilidad, reduciendo los malestares producidos por la ansiedad. - Al evitar participar de actividades grupales en la universidad, no debe exponerse a demostrar su habilidad y fallar en el intento. Refuerzo interno - “Al estar sola en mi casa evito que mis amistades me vean como un estorbo y que no soy buena para hacer los trabajos” - “si no me quedo más de lo necesario en la universidad no tendré que participar de las actividades grupales”
Externo - Madre es ansiosa y sobreprotectora con hija.		

- Cuando esta con sus compañeros (as) en clases dentro de la universidad. - Cuando debe realizar trabajos grupales. - Cuando viaja en bus para dirigirse a la universidad.	- Mareos y náuseas. - Entumecimiento de extremidades. - Problemas para conciliar el sueño. - Temblor de extremidades. Cognitivo - “Debo ser un ejemplo a seguir para hermano”. - “Debo ser el orgullo de mi madre y terminar carrera profesional”. - “Las clases son difíciles, no pensar con claridad”. - “Si desapruedo cursos solo seré una carga para mi madre”. - “Si realizo trabajos grupales todo lo voy hacer mal”. - “Siempre me quedo sola”. - “Mi madre se puede enfermar”	- “si contesto las video llamadas de mi madre no se preocupará”.
--	--	--

Tabla 8*Análisis cognitivo de paciente*

Situación (A)	Pensamiento (B) síntomas	Emoción / Conducta (C) síntomas
Pensar que madre puede enfermar de preocupación.	“Si desapruedo cursos solo seré una carga para mi madre” “Debo hacer bien las cosas para que mi madre no se preocupe” “No debo salir por la noche, mi madre se preocupa”	Ansiedad 9/10 Temor 9/10 Mueve los dedos y duda al hablar.
Pensar que si no contesta las video llamada solo preocupara a su madre y se enfermara.	“Mi madre se enfermará de la preocupación si no contesto las video llamadas” “Debo estar pendiente del teléfono, si no contesto una llamada mi madre pensara que algo me paso”	Ansiedad 10/10 Temor 9/10

Cuando está en compañía de sus amigos de la universidad.	“Todo me va salir mal, ellos se darán cuenta de que no se nada” “Solo soy una carga para ellos, me tiene pena porque estoy sola”	Ansiedad 9/10 Temor 8/10 Va a su casa rápidamente para evitar que amistades la aborden.
Cuando está en clases presenciales.	“Dejaran trabajo grupal y se burlaran que nada me sale bien” “La profesora sabe que no puedo hacer trabajos grupales, solo los deja para jalarme en el curso”	Ansiedad 9/10 Cólera 9/10 Sale rápidamente de clases y se sienta en la última carpeta.
Cuando deja actividades grupales como partes de las calificaciones.	“Si realizo trabajos grupales, todo lo voy hacer mal” “Me expongo a que observen mis errores y nunca más me acepten en el grupo”	Ansiedad 9/10 Miedo 8/10 Realiza los trabajos sola y no busca grupo.
Cuando está sola sin compañía.	“Siempre me quedo sola” “Todos me abandonaron y mi novio me dejo”	Ansiedad 8/10 Cólera 9/10 Se aísla de las personas que la quieren y se esconde en su casa en soledad.

2.6. Intervención

2.6.1. *Objetivos terapéuticos*

Objetivo general

Reducir la sintomatología de la ansiedad generalizada en una paciente mujer de 20 años mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

Objetivos Específicos

Brindar información a través de la psicoeducación.

Reducir y extinguir las tensiones musculares físicas mediante las técnicas de respiración y relajación.

Promover respuestas de regulación emocional a través de la técnica de Respiración diafragmática.

Establecer rutinas diarias mediante el uso de un programa.

Reducir y promover el cambio de pensamientos mediante la reestructuración cognitiva.

Comprobar el aprendizaje de las técnicas y cierre de intervención.

Desarrollar sesiones periódicas para la prevención de recaídas.

2.6.2. Plan de intervención

2.6.2.1. Programa de intervención

a. Etapa Informativa de paciente

- **Objetivo 1:** Brindar información a través de la psicoeducación.

Tabla 9

Sesión Psicoeducativa

Sesión	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos/ Materiales	Observaciones
1	“Bienvenida y saludo”	Reforzar la alianza terapéutica, reforzar rapport y empatía.	- Se recibe con bienvenida a inicio de las sesiones terapéuticas. - Se realiza preguntas de como fueron sus días anteriores a la sesión.	- Hoja bond - Ficha de registro - lapiceros	Se firma el consentimiento informado.
	“Acuerdos y Pactos”	Establecer fechas y horarios de las sesiones.	- Se estableció los días viernes para las sesiones terapéuticas. - Se estableció el horario de 6 pm - Duración de 55 min cada sesión.		

2	Informar sobre el Trastorno de ansiedad generalizada y su síntomas.	Resolver dudas, conocer las respuestas fisiológicas, conductas y cognitivas de TAG.	- Se explicó que es el TAG, cuales son los síntomas a presentar y como afectan los pensamientos irracionales a su vida. - Se explica el proceso de intervención en las sesiones.	- Diapositiva - Computadora - Pizarra - plumones	
---	---	---	---	---	--

b. Sesión de Entrenamiento en Técnicas de relajación y respiración

Objetivo 2: Reducir y extinguir las tensiones musculares físicas mediante las técnicas de respiración y relajación.

Objetivo 3: Promover respuestas de regulación emocional a través de la técnica de Respiración diafragmática.

Tabla 10

Entrenamiento en Técnicas de relajación y respiración

Sesión	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos/ Materiales	Observaciones
3	“Breve recuento de los temas conversados durante la primera y segunda sesión”	Reforzar los conocimientos previos del TAG y de la TCC.	- Paciente escribe en una hoja los síntomas que presenta, para luego compararlos con los síntomas de TAG. - Se realizan preguntas sobre los temas conversados previamente y se resuelven dudas	- Hoja bond - Ficha de registro - lapicero	

4	“Técnica de respiración diafragmática”	Establecer el autocontrol para disminuir los síntomas del TAG y regular las emociones, ante situación que generan mayores malestares de ansiedad.	- Se pide que se coloque en una posición cómoda, paso siguiente se explica la técnica con una imagen referencial de la posición de las manos; debe colocar una mano sobre la parte superior del pecho y la otra mano sobre el abdomen por encima del ombligo. - Luego debe inhalar por la nariz lentamente y dirigir el aire a modo que se eleve la mano del abdomen. - Por ultimo exhalar por la boca lentamente, para que logre sentir la relajación de los músculos del abdomen. - Realizar repeticiones, hasta que tenga un adecuado manejo de la técnica.	- Imagen modelo de la posición de manos. - Melodía relajante.	Debe registrar en una ficha, la cantidad de veces que practica la técnica durante los días que no asiste a las sesiones.
5-6	“Técnica de relajación progresiva de Jacobson”	Reducir y extinguir las tensiones musculares físicas.	- Se explica la técnica y se muestra una ficha con un dibujo referencial del cuerpo, la paciente marco las zonas donde usualmente presenta malestar muscular, será las zonas donde se generará mayores ejercicios de relajación. - Se pide que se coloque en una posición confortable y cierre los ojos. - Luego debe generar tensión muscular en zonas como: rostro, manos, pies, hombros, cuello, piernas y brazos.	- Imagen referencial del cuerpo. - Melodía relajantes - Marcadores .	Debe registrar en una ficha, la cantidad de veces que practica la técnica durante los días que no asiste a las sesiones.

			- Por ultimo debe relajar cada zona del cuerpo tensada previamente, debe permanecer por unos minutos en la misma posición relajada para disfrutar de la relajación (sensaciones gratas y placenteras).		
7	Resumen	Fortalecer la información proporcionada previamente durante las sesiones 3,4,5 y 6.	- Se realiza preguntas en referencia a las técnicas trabajadas en las sesiones anteriores.		

c. Sesión de Rutinas Diarias

Objetivo 4: Establecer rutinas diarias mediante el uso de un programa de rutinas diarias.

Tabla 11

Técnicas para establecer hábitos y rutinas

Sesión	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos/ Materiales	Observaciones
8	“Platica sobre sus actividades diarias, deberes, responsabilidades, clases de universidad	Establecer rutinas de actividades diarias saludable.	- Se realiza preguntas en referencias a su rutina diaria. - Se realiza una lista de su rutina diaria, anotando la hora y día de cada actividad.	- Hoja bond - lapiceros	

	alimentación, tiempo de ocio y ejercicio físico.”		- Se analiza cada actividad de su día, se recomienda realizar un nuevo horario implementado cambios como: tiempo para realizar un deporte, tiempo de pausas activas mientras realiza trabajos académicos y tiempo de ocio. - Se analiza los beneficios de implementar hábitos saludables y seguir un programa de rutinas establecidas.		
--	---	--	---	--	--

d. Sesión de reducir y promover el cambio de pensamientos

Objetivo 5: Reducir y promover el cambio de pensamientos a través de la reestructuración cognitiva.

Tabla 12

Técnicas de reestructuración cognitiva

Sesión	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos/ Material	Observaciones
9 - 10	“Breve platica sobre su estado emocional-físico actual y	Reforzar la importancia de implementar diariamente las técnicas trabajadas en las sesiones.	- Se realiza preguntas en referencias a la cantidad de veces que puso en práctica las técnicas.		Solicitar las fichas de autoregistro de respiración y relajación.

la implementación de las técnicas trabajadas, durante la semana ”		- Se revisó las anotaciones en las fichas de autoregistro de las técnicas de respiración y relajación.		Se proporciona ficha de autoregistro de pensamientos y creencias irracionales.
	Explicar que es una creencia irracional y racional.	- Mediante ejemplos de situaciones ficticias, se muestra la diferencia entre creencias irracionales y racionales.		
	Identificar las creencias irracionales que presenta ante eventos activadores.			
	Incrementar las habilidades para cuestionar las creencias irracionales.			
“Reestructuración cognitiva”	Conocer los conceptos de la Terapia Racional Emotiva conductual y del modelo ABCD. Reconocer y cuestionar las creencias/pensamientos irracionales desadaptativos.	- Se brinda la definición de la TREC y del modelo ABC. - En primer lugar, identificar las situaciones que desencadenan las creencias/pensamientos irracionales desadaptativos y la emociones que estos generan, midiendo el malestar según la escala del SUD del 1 al 10. En el siguiente orden: -Escribir los pensamientos, realizando una lista. -Escribir ¿Cuándo?, ¿en qué situación? y ¿Dónde? suelen aparecer lo pensamientos y creencias irracionales. - Por ultimo generar un debate con la lista escrita.	- Ficha de registro.	Debe registrar en una ficha, la cantidad de veces que practica la técnica durante los días que no asiste a las sesiones.

	“Técnica del dialogo socrático”	Reducir los pensamientos irracionales, mediante la reflexión propia de la paciente para desarrollar nuevos conceptos de sus creencias/pensamientos.	- Se realizan preguntas dirigidas buscar evidencias o pruebas de la veracidad de cada uno de sus pensamientos irracionales, generando nuevos conceptos.		
11	“Breve platica sobre su estado emocional-físico actual y la implementación de las técnicas trabajadas, durante la semana ”	Reforzar la importancia de implementar diariamente las técnicas trabajadas en las sesiones.	- Se realiza preguntas en referencias a la cantidad de veces que puso en práctica las técnicas. - Se revisó las anotaciones en las fichas de autoregistro de las técnicas de respiración y relajación.		Solicitar las fichas de autoregistro de respiración y relajación.
		Explicar que es una creencia irracional y racional.	- Mediante ejemplos de situaciones ficticias, se muestra la diferencia entre creencias irracionales y racionales.		Se proporciona ficha de autoregistro de pensamientos y creencias irracionales.
		Identificar las creencias irracionales que presenta ante eventos activadores.			
		Incrementar las habilidades para cuestionar las creencias irracionales.			
12	“Reestructuración cognitiva”	Conocer los conceptos de la Terapia Racional Emotiva conductual y del modelo ABCD. Reconocer y cuestionar las creencias/pensamientos	- Se brinda la definición de la TREC y del modelo ABC. - En primer lugar, identificar las situaciones que desencadenan las creencias/pensamientos irracionales desadaptativos y la emociones que estos	- Ficha de registro.	Debe registrar en una ficha, la cantidad de veces que practica la técnica durante los días que no

		irracional desadaptativos.	generan, midiendo el malestar según la escala del SUD del 1 al 10. En el siguiente orden: - Escribir los pensamientos, realizando una lista. - Escribir ¿Cuándo?, ¿en qué situación? y ¿Dónde? suelen aparecer lo pensamientos y creencias irracionales. - Por ultimo generar un debate con la lista escrita.		asiste a las sesiones.
	“Técnica del dialogo socrático”	Reducir los pensamientos irracionales, mediante la reflexión propia de la paciente para desarrollar nuevos conceptos de sus creencias/pensamientos.	- Se realizan preguntas dirigidas buscar evidencias o pruebas de la veracidad de cada uno de sus pensamientos irracionales, generando nuevos conceptos.		
	Resumen	Fortalecer la información proporcionada previamente durante las sesión 7, 8 y 9.	- Se realiza preguntas en referencia a las técnicas trabajadas en las sesiones anteriores.		

e. Sesión para comprobar aprendizaje de técnicas.

Objetivo 6: Comprobar el aprendizaje de las técnicas y cierre de intervención.

Tabla 13

Sesión para el cierre de intervención

Sesión	Actividad	objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos y materiales	Observaciones
13	“Breve platica sobre su estado emocional-físico actual y la implementación de las técnicas trabajadas, durante las sesiones anteriores.	Reforzar la importancia de implementar diariamente las técnicas trabajadas en las sesiones.	- Se realiza preguntas en referencias a la cantidad de veces que puso en práctica las técnicas. - Se revisó las anotaciones en las fichas de autoregistro de las técnicas de respiración y relajación. - Se realiza una autovaloración de los cambios presentados luego de las sesiones de intervención.	Hojas bond. Lapiceros	Solicitar las fichas de autoregistro de respiración y relajación.

f. Sesión para prevenir recaídas.

Objetivo 7: Desarrollar sesiones periódicas para la prevención de recaídas.

Tabla 14

Sesiones de prevención

Sesión	Actividad	Objetivo	Desarrollo de actividad	Recursos y materiales	Observaciones
14	“Se realiza sesiones preventivas al mes de terminar el programa de intervención”.	Desarrollar sesiones periódicas para la prevención de recaídas.	- Se realiza preguntas en referencias a condición de salud actual. - se reconoce su avance y mejoría (celebrar sus logros). - Autoevalúa la mejora de sus síntomas. - Se identifican posibles situaciones que generen recaídas. - Se realiza un resumen de las técnicas trabajadas en las sesiones de intervención.		

III. RESULTADOS

3.1. Resultados pre y post intervención

Tabla 15

Línea de Registro de Frecuencias de conducta, pre y post test

Conductas Problemáticas	Fase	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Evita participar en actividades con sus amistades por temor a cometer un error al hablar o en sus conductas.	Pre	2	1	3	1	2	1	0	10
	Post	-	-	1	-	-	1	0	2
Evita quedarse en clases luego de terminada la hora.	Pre	1	2	3	0	1	1	0	8
	Post	-	-	1	-	-	-	-	1
Evita realizar trabajos grupales y desea hacerlo sola.	Pre	1	1	2	1	1	0	0	6
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
Llora luego de corta la llamada con su madre.	Pre	3	2	3	2	2	4	4	20
	Post	1	1	1	1	1	1	1	7
Inquietud motora de extremidades (piernas, brazos y manos).	Pre	5	6	5	4	6	5	3	34
	Post	1	2	1	1	2	1	-	8
Mueve constantemente su cabello de un lado a otro, cubriendo su rostro.	Pre	6	5	4	6	4	4	3	32
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
Evita participar de actividades extracurriculares, por miedo a no tener los suficientes conocimientos.	Pre	2	3	3	2	3	3	0	16
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-

En la tabla 15, se evidencia la disminución de las conductas problemáticas: “Evita participar en actividades con sus amistades por temor a cometer un error al hablar o sus conductas” obtuvo 10 en pre test y 2 en post test, “Evita quedarse en clases luego de terminada la hora” obtuvo 8 en pre test y 1 en post test, “Evita realizar trabajos grupales y desea hacerlo sola” obtuvo 6 en

pre test y 0 en post test, “Llora luego de corta la llamada con su madre” obtuvo 20 en pre test y 7 en post test, “Inquietud motora de extremidades (piernas, brazos y manos)” obtuvo 34 en pre test y 8 en post test, “ Mueve constantemente su cabello de un lado a otro, cubriendo su rostro” obtuvo 32 en pre test y 0 en post test y “Evita participar de actividades extracurriculares, por miedo a no tener los suficientes conocimientos” obtuvo 16 en pre test y 0 en post test.

Figura 1

Línea de Registro de Frecuencias de conducta, pre y post test

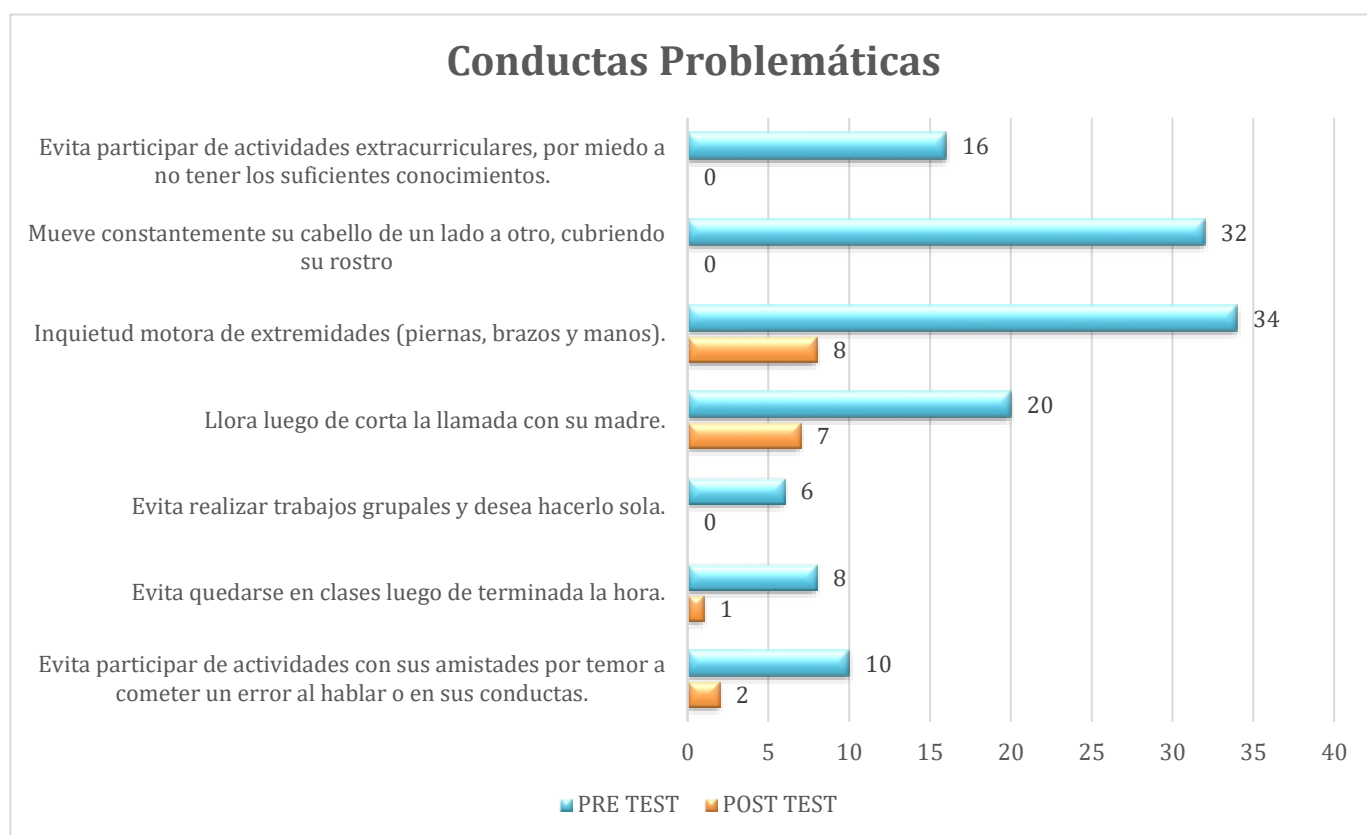


Tabla 16

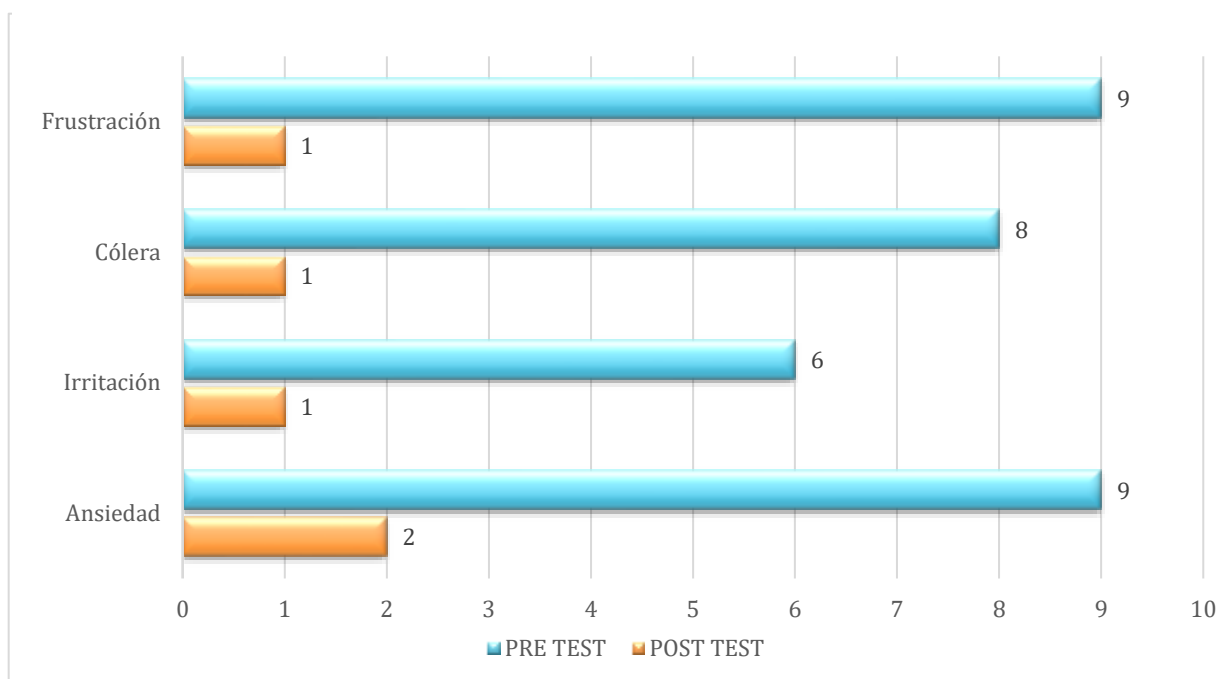
Registro Base de intensidad y frecuencia (0 - 10) de emociones de la paciente, pre y post test

Conductas Problemáticas	Fase	Frecuencia/Intensidad	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Sáb	Dom	Total
Ansiedad	Pre	F	10	10	10	10	9	10	9	68
(0-10)	Post	F	2	2	2	2	1	1	2	12
	Pre	I	9	9	9	9	9	9	9	9
	Post	I	1	2	1	2	1	1	2	2
Irritación	Pre	F	8	7	8	7	9	7	7	53
(0-10)	Post	F	-	-	2	-	1	1	-	4
	Pre	I	6	6	6	6	6	6	6	6
	Post	I	-	-	1	1	-	1	-	1
Cólera	Pre	F	8	9	8	8	8	9	10	60
(0-10)	Post	F	-	2	1	-	1	2	2	8
	Pre	I	8	8	8	8	8	8	8	8
	Post	I	-	1	1	1	-	-	-	1
Frustración	Pre	F	9	9	9	8	8	9	7	59
(0-10)	Post	F	2	2	2	1	-	1	-	8
	Pre	I	9	9	9	9	9	9	9	9
	Post	I	1	1	1	1	-	-	1	1

En la tabla 16, se evidencia la disminución de la frecuencia e intensidad en el post test, en las conductas de Ansiedad, Irritación, Cólera y Frustración, comparado con los registros del pre test.

Figura 3

Registro Base de intensidad (1-10) de emociones de la paciente, pre y post test

**Figura 2**

Registro Base de frecuencia (1-10) de emociones de la paciente, pre y post test.

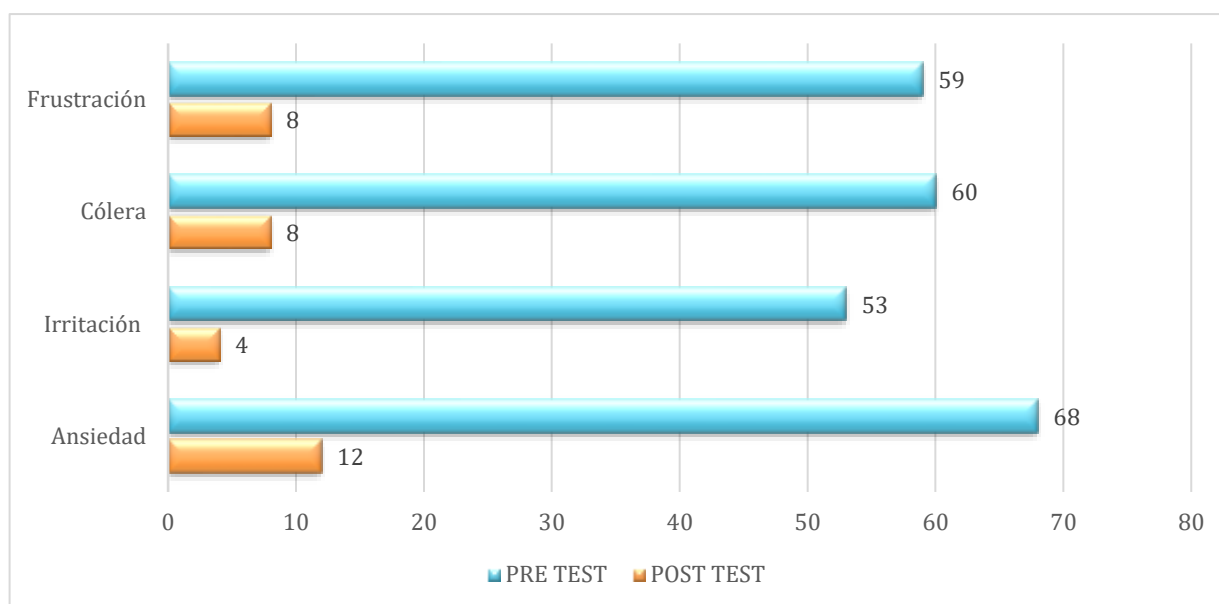


Tabla 17

Línea Base de Autoregistro de Pensamientos de la paciente, pre y post test.

Pensamientos	Fase	Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom	Total
“Debo terminar mi carrera para ser el orgullo de mis padres”	Pre	9	8	9	9	8	7	7	57
	Post	2	1	1	1	1	-	-	6
“Debo ser el ejemplo a seguir para mi hermano”	Pre	8	9	7	8	8	9	7	56
	Post	-	-	-	1	-	-	1	2
“Si no contesto las video llamadas de mi madre, se preocupará y estando tan lejos puede enfermar”	Pre	10	9	10	9	9	9	9	65
	Post	-	-	-	-	-	1	1	2
“Si mi madre se preocupa, va a discutir con mi padre y el ira a beber licor”	Pre	8	8	7	8	9	8	8	56
	Post	-	-	-	-	1	1	1	3
“Soy una carga para mis amigos, saben que estoy sola y solo tienen pena”	Pre	8	8	8	7	7	9	9	56
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
“Siempre me quedo sola, hasta mi novio me dejo”	Pre	9	9	9	10	9	8	9	63
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
“Si desapruero cursos solo seré una carga, mi madre tendrá que trabajar el doble para poder llevarlos otra vez”	Pre	7	7	8	9	7	8	7	53
	Post	-	-	-	-	-	1	1	2
“Las clases son difícil ahora que no puedo pensar con claridad”	Pre	8	8	8	7	8	8	8	55
	Post	-	-	-	-	-	-	1	1
“Si realizo trabajo grupales todo me saldrá mal con mi maqueta y luego me sacaran del grupo, mejor trabajo sola”	Pre	9	9	9	8	9	7	8	59
	Post	1	1	-	-	-	-	-	2
“Cada día me siento más ansiosa”	Pre	8	8	8	8	7	7	7	53
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pre	8	7	7	8	7	8	3	49

“Si mientras viajo en el bus para ir a la universidad, el carro choca, mi madre se enfermaría de la preocupación”	Post	1	-	-	1	-	-	-	2
---	------	---	---	---	---	---	---	---	---

En la tabla 17, se observa que los pensamientos como “Soy una carga para mis amigos, saben que estoy sola y solo tienen pena”, “Siempre me quedo sola, hasta mi novio me dejo” y “Cada día me siento más ansiosa”, fueron extinguidos en su totalidad, así mismo, los pensamientos como “Debo ser el ejemplo a seguir para mi hermano”, “Si no contesto las video llamadas de mi madre, se preocupará y estando tan lejos puede enfermar”, “Si mi madre se preocupa, va a discutir con mi padre y el ira a beber licor”, “Si desapruebo cursos solo seré una carga, mi madre tendrá que trabajar el doble para poder llevarlos otra vez”, “Las clases son difícil ahora que no puedo pensar con claridad”, “Si realizo trabajo grupales todo me saldrá mal con mi maqueta y luego me sacaran del grupo, mejor trabajo sola” y “Si mientras viajo en el bus para ir a la universidad, el carro choca, mi madre se enfermaría de la preocupación”, disminuyeron de manera significativa.

Figura 4

Línea Base de Autoregistro de Pensamientos de la paciente, pre y post test.

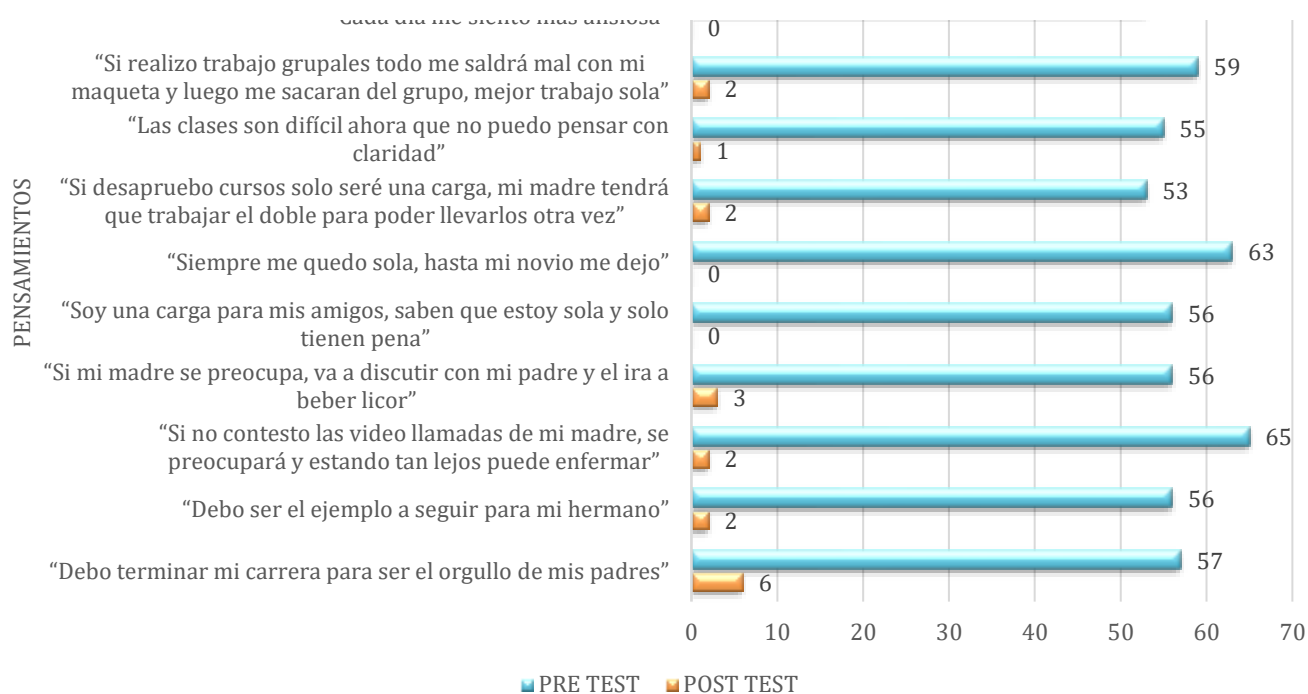


Tabla 18

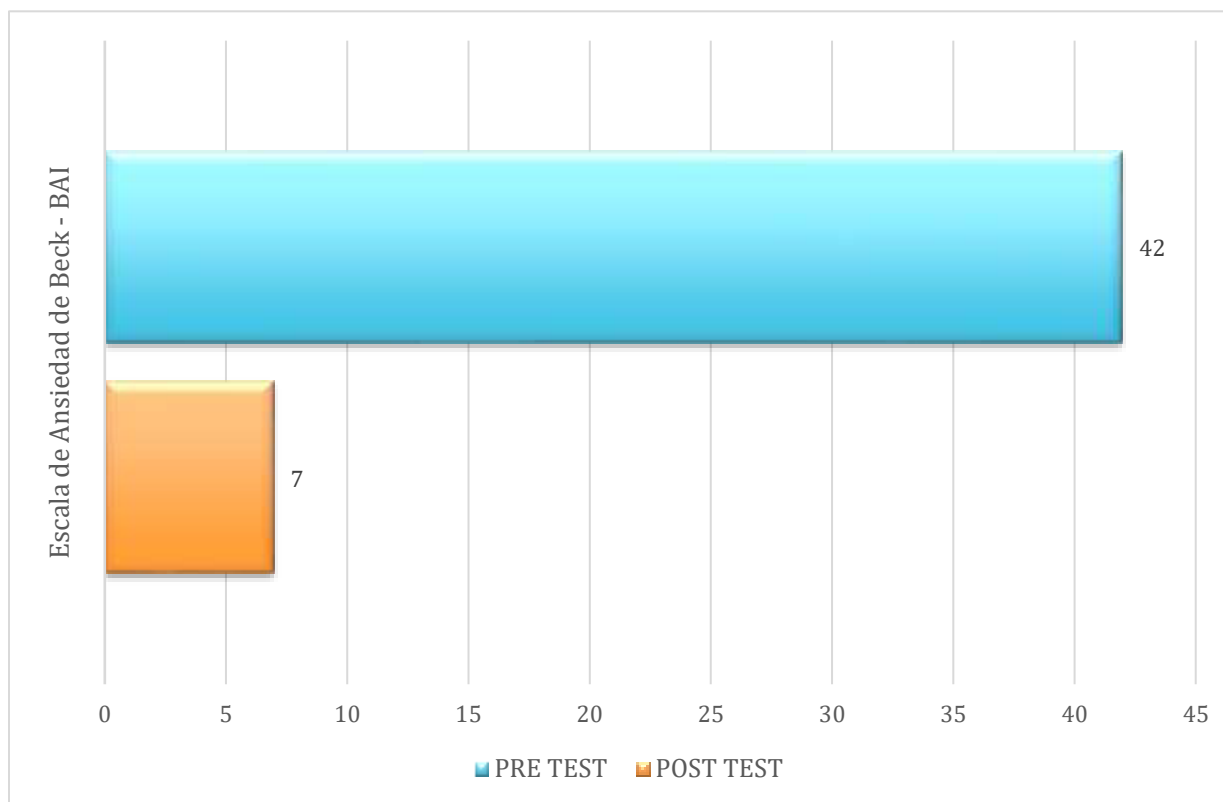
Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck – BAI, pre y post test

Evaluación	Resultado	Rango
PRE TEST	42	Grave
POST TEST	7	Mínimo

En la tabla 18, se evidencia la reducción de la ansiedad de la paciente, habiendo obtenido en el pre test 40 puntos, corresponde a un nivel grave de ansiedad y obtuvo en post test 7 puntos, corresponde a un nivel mínimo de ansiedad.

Figura 5

Resultados de la Escala de Ansiedad de Beck – BAI, pre y post test



3.2. Discusión de Resultados

A nivel mundial se considera que el trastorno de ansiedad generalizada afecta al 3,60 % de los adultos. Si bien no hay datos en concreto respecto a su prevalencia en los países latinoamericanos, se estima que 9% de cada población latinoamericana padece un trastorno de ansiedad (Guevara, 2023).

Por otro lado, en caso de la población juvenil el sexo femenino es el que ha tomado mayor particularidad, siendo evidenciado esto por el incremento de ingresos a emergencias en un 65,8 % por ansiedad en el periodo 2021-2022 según el Ministerio de Salud del Perú (2023).

Al abordar este estudio del caso, se precisó como objetivo general reducir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada de una joven de 20 años, con la finalidad de mejorar el funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual, a través de la psicoterapia cognitivo conductual. Posteriormente, al finalizar las 13 sesiones de intervención, se corroboró la reducción de la sintomatología ansiosa, mejorando las conductas y pensamientos problemas en Almendra; dichos resultados que se asemejan a Asto (2021), Huamani (2022), Linares (2022), Maraví (2020), Bahamon (2012), Losa (1998), León (2019), Santiago (2022) y Valles (2023), quienes también aplicaron un programa con técnicas cognitivas conductuales y fisiológicas, (diálogo socrático, reestructuración cognitiva, técnica de relación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática psicoeducación) devolviendo así la funcionalidad al paciente y mejorando su calidad de vida.

Asimismo, hubo una reducción significativa de las tensiones musculares físicas provocadas por la ansiedad, esto gracias a la instauración de la Técnica de relajación progresiva de Jacobson, lo cual coincide con Maraví (2020) y Linares (2022), quienes señalan la efectividad de esta técnica, pudiendo disminuir los niveles de activación fisiológica de la paciente, llegando alcanzar una sensación de relajación y bienestar.

Además, se logró reducir la irritación, cólera y frustración mediante el establecimiento de técnicas de regulación emocional a través de herramientas como la respiración diafragmática, disminuyendo así los síntomas del TAG; coincidiendo esto último con Asto (2021), el cual también menciona un decremento de la activación psicofisiológica a través de la técnica de relajación.

Por otra parte, se aminoraron y sustituyeron los pensamientos y creencias irracionales por pensamientos más adaptativos y racionales a través de la reestructuración cognitiva; muy semejante a los resultados de Huamani (2022), el cual también en su estudio de caso logró aminorar la preocupación excesiva en el entorno económico, social y familiar del paciente, así como lograr el aprendizaje de controlar y reemplazar los pensamientos irracionales por otros más funcionales. Por lo cual el impacto en la paciente fue positivo, debido a que alcanza a presentar cambios significativos en su rutina diaria.

Estos resultados son respaldados por Quero et al. (2001) el cual precisa que la psicoterapia cognitiva-conductual se centra en la interpretación que el paciente genere, es decir, en la conducta establecida después de la conexión de las características personales del usuario y las situaciones a las que sea expuesta, además del contenido de las cogniciones de la persona.

Acorde a lo anteriormente expuesto, se comprueba que el uso de la terapia cognitiva-conductual tiene resultados eficaces para los casos de individuos con diagnóstico de TAG, debido a los componentes cognitivo, emocional y comportamental que engloba, además de brindar principalmente información al usuario respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. (Calero, 2022)

3.3. Seguimiento

Al terminar la intervención de 13 sesiones, se continua con sesiones de seguimiento una vez al mes durante los 4 meses siguientes, para prevenir recaídas, así mismo, se refuerza el uso de las técnicas trabajadas en las sesiones, monitorear el mantenimiento de los cambios de rutina y hábitos saludables.

IV. CONCLUSIONES

- Se aminoró los niveles de ansiedad a través de la terapia cognitiva conductual.
- Se demostró que la paciente implementa las técnicas trabajadas durante la intervención, mediante la psicoeducación conoció su diagnóstico, los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos que se presenta.
- Se logró minimizar y extinguir las tensiones físicas producto de la ansiedad mediante las Técnicas de respiración y relajación.
- Se disminuyeron los síntomas emocionales negativos mediante herramientas de regulación emocional, como la técnica de Respiración Diafragmática.
- Se logró modificar las creencias irracionales a creencias racionales mediante la reestructuración cognitiva, identificando las situaciones que pueden desencadenarlas.
- Se logró demostrar la efectividad de la intervención, debido a la reducción de los síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos, y emocionales del trastorno de ansiedad generalizada.

V. RECOMENDACIONES

- Elaborar otros programas de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual, para que sean un modelo de intervención en los próximos casos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.
- Realizar más estudios de casos en pacientes ansiedad generalizada, para aportar información guía para los psicólogos y estudiantes.
- Lograr una educación psicoeducativa efectiva durante el proceso de intervención psicológica implica resaltar la importancia de las actividades llevadas a cabo en cada sesión para alcanzar los resultados previstos.
- Realizar una comparación con anteriores y futuros estudios de caso, para conocer las técnicas aplicadas y el paso a paso del programa de intervención.
- Promover la investigación de estudios de caso en pacientes con ansiedad generalizada.
- Estimular la colaboración entre especialistas en terapia cognitivo-conductual y otras disciplinas, para obtener perspectivas diversas y enriquecedoras.
- Apoyar programas de formación continua para terapeutas cognitivo-conductuales, promoviendo la actualización constante de conocimientos y la aplicación de las últimas investigaciones en la práctica clínica.

VI. REFERENCIAS

- Adhanom, T. (2020). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Álvarez, J. (2008). *Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes: Relajación progresiva de Jacobson*. Universidad de Almería. <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4a ed.).
- Amerian Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5a ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5a ed.).
- Asto, O. (2021). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo terapia cognitivo conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9760/ASTO_OJ.pdf
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>
- Bahamón, M. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual con un componente de exposición cognitiva graduada en trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), 256-268. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4392369.pdf>

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). McGraw-Hill.
- Benedí, J., y Gómez, A. (2007). Ansiedad. Tratamiento farmacológico y fisioterapéutico. *Farmacia Profesional*, 21(1), 50-55.
- Berdazco, D., Hernández, A., y González, J. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada: un estudio de caso desde la terapia cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4), 1419-1435.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol25num4/Vol2No4Art10.pdf>
- Calero, Y. (2022). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una madre de una niña con trastorno del espectro autista*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6258>
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. TEA Ediciones.
- Chacón, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. The Guilford Press.
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. John Wiley & Sons.

- Esteban, M. M., Puerto, M. L., Fernández Cordero, X., Jiménez García, R., Gil de Miguel, A., y Hernández Barrera, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229-240. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005>
- Fernández, O. I. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 10(5), 466-479. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Figueiredo, M. (2022). Síntomas de ansiedade e fatores associados entre profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., y Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156(4), 298-305. <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000399>
- García, R. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 77-84. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70395-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70395-9)
- García, W. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del Hospital Belén de Trujillo*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional UPAO. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2711>

- Gómez, A. (2007). Ansiedad. Tratamiento farmacológico y fisioterapéutico. *Farmacia Profesional*, 21(1), 50-55.
- González, M. (2009). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 5.
- Guevara, A. (2023). Diferencias de edad y género en la frecuencia de atención en emergencias por trastornos depresivos y de ansiedad en la población peruana 2021-2022. *Revista Experiencia en Medicina*, 9(2), 1-5.
<http://www.rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/664394>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill.
- Huamani, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6388>
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4a ed.). McGraw-Hill.
- Ledoux, J. (1995). *El cerebro emocional*. Planeta.
- León, L. (2019). *Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada*. [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6388>
- Linares, S. (2022). *Caso psicológico: Intervención cognitivo conductual en ansiedad generalizada en una adolescente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5837>

- Losa, A. (1998). Estudio de un caso de ansiedad generalizada con conductas de escape encubiertas. *Información Psicológica*, 68, 42-49.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/719647>
- Magallanes, M. (2010). *Terapia cognitivo conductual*. Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4492>
- Montalvo, G. (2019). *Abordaje integral de los trastornos de ansiedad generalizada y crisis de pánico en atención primaria en salud*. [Examen complejo, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Institucional UTMACH.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13902/1/MONTALVO%20BERMEO%20GABRIELA%20ESTEFANIA.pdf>
- Navas, W., y Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Ornelas Ramírez, A., y Ruíz Martínez, A. O. (2017). Salud mental y calidad de vida: su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333152922001>

- Pabuena, M. (2019). *Evaluación e intervención clínica de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual*. [Trabajo académico de especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6389>
- Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva [Ponencia]. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-052/236.pdf>
- Puerta, J. V., y Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quero, S., Baños, R. M., y Botella, C. (2001). Sesgos cognitivos en el trastorno de pánico: comparación entre el Stroop computarizado y el Stroop con tarjetas. *Psicothema*, 13(1), 165-170.
- Rodríguez, A. (9 de octubre de 2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Organización Panamericana de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (2a ed.). Desclée De Brouwer.
- Santiago, G. (2022). *Caso de una paciente con ansiedad generalizada a través de la telepsicología*. [Tesis de maestría, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio Institucional UEM. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2555>

- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H., y Worden, T. J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology: A behavioral perspective* (pp. 263-303). John Wiley & Sons.
- Toro, R., y Calle, J. (2010). Trastorno de ansiedad generalizada. En R. Toro, L. Yepes, y C. Palacio (Eds.), *Fundamentos de medicina: Psiquiatría* (5a ed., pp. 241-248). Corporación para Investigaciones Biológicas.
- UNC Health Care. (2013). *Respiración diafragmática: educación del paciente, serie sobre manejo de síntomas y efectos secundarios*.
<https://www.uncmedicalcenter.org/app/files/public/9909ae9f-8f46-41d0-a1c7-e48b0ed83e41/pdf-medctr-rehab-diaphbreathing-spanish.pdf>
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier Masson.
- Valles, M. (2023). *Estudio de caso sobre trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis de maestría, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio TITULA.
<https://hdl.handle.net/20.500.12880/4957>
- Velasco, P. (2022). *Terapia cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5745>
- Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1), 45-72.

- Wolpe, J. (1979). Neurosis. En W. Arnold, H. J. Eysenck, y R. Meili (Eds.), *Diccionario de psicología* (pp. 404-408). Ediciones Rioduero.
- Zapata, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado*. [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULIMA. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11325/ZapataArias_Ana_Giselle.pdf
- Zegarra, M. (2022). *Terapia cognitiva conductual en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4541>

VII. ANEXOS

ANEXO A

Evaluación de inicio.

Almendra Tapia Salinas

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

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

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

[Firma]
 D. JOSÉ OSORIO
 PSICÓLOGA
 C. P. 2893

Pt 42



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRECCIÓN DE RED DE SALUD
SAN JUAN DE BARRILETES
VILLA MARIANA DEL TRIUNFO

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK (B)

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres:

Tapia Salinas Almendra

Lugar de Nac.:

Fecha de Nac.:

Edad: 20 años

Ψ	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Ψ
1.	☐	☒	20.	☒	☐	39.	☒
2.	☒	☐	21.	☒	☐	40.	☒
3.	☐	☒	22.	☐	☒	41.	☒
4.	☐	☒	23.	☐	☒	42.	☒
5.	☐	☒	24.	☒	☐	43.	☐
6.	☒	☐	25.	☒	☐	44.	☐
7.	☐	☒	26.	☒	☐	45.	☐
8.	☐	☒	27.	☒	☐	46.	☒
9.	☒	☐	28.	☒	☐	47.	☐
10.	☐	☒	29.	☒	☐	48.	☒
11.	☐	☒	30.	☐	☒	49.	☐
12.	☐	☒	31.	☒	☐	50.	☒
13.	☒	☐	32.	☒	☐	51.	☒
14.	☒	☐	33.	☐	☒	52.	☐
15.	☒	☐	34.	☐	☒	53.	☒
16.	☒	☐	35.	☐	☒	54.	☐
17.	☐	☒	36.	☐	☒	55.	☒
18.	☒	☐	37.	☐	☒	56.	☒
19.	☐	☒	38.	☐	☒	57.	☒

N:

11

E:

10

L:

5

OSORIO
COLCHA
P 2893



MCMII-IV

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV

Almendra Tapra Salinas
Hoja de respuestas

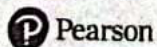
Hoja de respuestas

Marque con una «X» la casilla ☒ (V) (Verdadero) o la casilla ☐ (F) (Falso) para elegir su respuesta.

[illegible]

Copyright © 2015 DICANDRIEN, Inc. Copyright de la adaptación española © 2018 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados. Adaptación española realizada y editada por Pearson Educación, S.A. Calle de las Loiras, 16-18, Madrid 28042, con la autorización de MCS Pearson, Inc. (EE. UU.). Pearson es una marca registrada en EE. UU. y/u otros países por Pearson Education, Inc. o sus afiliados. MCMI y Millon son marcas registradas por DICANDRIEN, Inc. ISBN: 978-84-9035-619-7. Distribuido en: M-18802-2018. Impreso por: Impresos Izquierdo, S.A.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.



www.pearsonclinical.es
Pearson Clinical & Talent Assessment



OSORIO
PSICOLÓGICA
P. 2893



MCMC - IV

INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-IV

Nombre: Alexandra Tapia Salinas

Edad: 20 años

Grado académico: estudiante

Fecha de Evaluación:



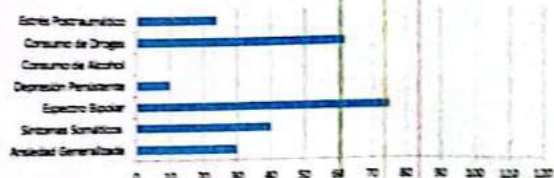
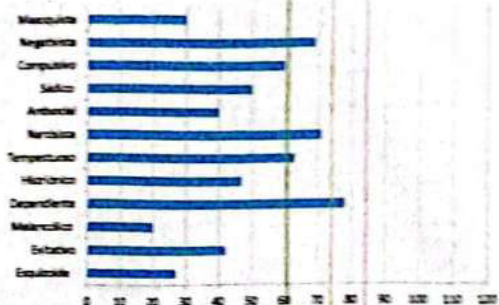
ESCALA DE VALORES	PD	DE	ESTADÍSTICAS
Insolencia	0		Prueba Válida
Inconstancia	4		Consistente
Seguridad	36		Consistente
Conciencia Social	13	59	Se muestra Normal
Conciencia	3	35	Se muestra Normal

Patrones de Personalidad			
Esquema	4	27	Bajo
Extrovertido	7	42	Bajo
Mediosocial	4	20	Bajo
Depresivo	13	78	Alto
Heterosocial	7	47	Bajo
Tempestuoso	12	63	Alto
Narcisista	10	71	Alto
Antisocial	2	40	Bajo
Sádico	5	50	Bajo
Compulsivo	16	60	Alto
Negativista	13	69	Alto
Masoquista	4	30	Bajo

Patologías Severas de Personalidad			
Esquizotípica	3	18	Muy Bajo o Nulo
Límite	4	30	Bajo
Paranoide	11	72	Alto

Síndromes Clínicos			
Aniedad Generalizada	13	78	Alto
Síndrome Somático	4	40	Bajo
Espectro Bipolar	11	75	Alto
Depresión Persistente	2	10	Muy Bajo o Nulo
Consumo de Alcohol	0	0	Muy Bajo o Nulo
Consumo de Drogas	2	62	Suspecto
Estrés Posttraumático	2	24	Bajo

Síndromes Clínicos Graves			
Espectro Esquizofrénico	5	33	Bajo
Depresión Mayor	0	0	Muy Bajo o Nulo
Delirante	2	60	Suspecto



Evaluador:

[Signature]
D. J. OSORIO
PSICÓLOGA
C.P. 2893