



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA BAJO LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autor

Calderon Silva, Darwin Javier

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

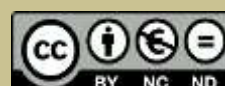
Mayorga Falcon, Luz Elizabeth

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lucich Rivera, Esther Amelia

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA BAJO LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

20%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	1 %
2	dspace.palermo.edu Fuente de Internet	1 %
3	qdoc.tips Fuente de Internet	1 %
4	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1 %
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1 %
7	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1 %
8	silo.tips Fuente de Internet	1 %



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA BAJO LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL**

**Línea de investigación:
Salud Mental**

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

Autor:

Calderon Silva, Darwin Javier

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Mayorga Falcon, Luz Elizabeth
Campana Cruzado, Frey Antonio
Lucich Rivera, Esther Amelia

**Lima – Perú
2024**

Pensamientos

La perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones que le damos a esas situaciones” (A. Ellis)

La habilidad de hacer una pausa y no actuar por el primer impulso se ha vuelto aprendizaje crucial en la vida diaria (Daniel Goleman)

Dedicatoria

A mi creador, por mostrarme que cuando la dificultad excede mis capacidades, él se encuentra presente para renovar la energía de mis huesos, darle paz a mi espíritu y mostrarme el camino para servirle utilizando los talentos que me brindó.

A mi madre por su dedicación y esfuerzo al cuidarnos, haces un excelente trabajo madre mía día tras día, a la Ywis por llenar de felicidad la casa y construir nuevos cimientos para las generaciones de mujeres venideras, a mi padre por inculcarme desde pequeño que puedes vivir de lo que estudias.

Agradecimientos

A mi querida Universidad Nacional Federico Villarreal, asesores, personal docente y administrativo que año tras año se preocupa por brindar un servicio de calidad, el cuál he podido apreciar a través de la eficacia en los trámites y respuestas por correo.

Mis colegas, compañeras y amigos de estudio de la especialidad con las cuales discutí, molesté, reí y desvelé pero que inspiraron continuar en esta especialidad de mucha trascendencia para mi formación integral.

Índice

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
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.....	17
1.3 Objetivos	21
1.4 Justificación.....	22
1.5 Impactos esperados del trabajo de académico.....	22
II. METODOLOGÍA	23
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	23
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	24
2.3 Variables de investigación	24
2.3.1 Variable independiente.....	24
2.3.2 Variable dependiente	25
2.4 Participante.....	27
2.5 Técnicas e instrumentos	27
2.5.1 Técnicas	27
2.5.2 Instrumentos	29
2.5.3 Evaluación psicológica.....	29
2.5.4 Evaluación psicométrica	32
2.5.5 Informe psicológico integrador	37
2.6 Intervención.....	52
2.6.1 Plan de intervención y calendarización	52
2.6.2 Programa de intervención	54
2.7 Procedimiento.....	55
2.8 Consideraciones éticas	63
III. RESULTADOS.....	64
3.1 Análisis de resultados pre y post intervención	64
3.2 Discusión de resultados.....	67
3.3 Seguimiento.....	68

IV. CONCLUSIONES.....	70
V. RECOMENDACIONES.....	71
VI. REFERENCIAS	72
VII. ANEXOS.....	76

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la prueba ISRA.....	35
Tabla 2 Autorregistro para línea base.....	40
Tabla 3 Criterios diagnósticos según el DSM-5 y el CIE-10 sobre el TAG.....	44
Tabla 4 Análisis funcional.....	47
Tabla 5 Diagnóstico funcional.....	49
Tabla 6 Análisis cognitivo.....	51
Tabla 7 Calendarización y sesiones.....	53
Tabla 8 Procedimiento e intervención.....	55

Índice de figuras

Figura 1 Términos utilizados para referirse al TAG.....	42
Figura 2 Línea base postratamiento de unidades subjetivas de ansiedad.....	64
Figura 3 Malestar causado por situaciones de la vida cotidiana.....	65
Figura 4 Resultados pretest y postest de la aplicación del ISRA.....	66
Figura 5 Resultados pretest y postest de la aplicación del BAI.....	67

Resumen

En este estudio de investigación, se presentará el caso de una mujer adulta, de 43 años, quien presenta trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se realiza en este caso un abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual bajo el diseño experimental de caso único ABA, en 19 sesiones de 50 minutos cada una, se utilizaron la prueba de personalidad Eysenck el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) y el inventario de ansiedad de Beck. Se logró disminuir la sintomatología asociada al TAG proporcionándole al paciente herramientas para mantener su nivel de ansiedad dentro de los parámetros normales.

Palabras clave: trastorno de ansiedad generalizada, TAG, terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, relajación, psicoeducación

Abstract

In this research study, the case of an adult woman, 43 years old, who presents generalized anxiety disorder (GAD) will be presented. In this case, a therapeutic approach with a cognitive behavioral approach is carried out under the ABA single-case experimental design, in 19 sessions of 50 minutes each, the Eysenck personality test, the inventory of anxiety situations and responses (ISRA) and the Beck anxiety. It was possible to reduce the symptoms associated with GAD by providing the patient with tools to maintain their anxiety level within normal parameters.

Keywords: generalized anxiety disorder, GAD, cognitive behavioral therapy, cognitive restructuring, relaxation, psychoeducation

I. INTRODUCCIÓN

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

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

Una persona con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presenta una preocupación patológica, puede estar angustiada por muchas situaciones incluso a la vez; esto le genera al paciente malestar emocional afectándole en muchas áreas de su vida.

El presente trabajo académico está basado en el caso de una paciente adulta que presenta sintomatología acorde al de Trastorno de Ansiedad Generalizada, y que a sugerencia del área de Gastroenterología busca atención psicológica; el tratamiento psicoterapéutico se basará en el enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad que presenta. El estudio del caso clínico se desarrollará de la siguiente manera:

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

1.1 Descripción del problema

En esta época post COVID en la que nos encontramos es común escuchar personas que presentan dificultades para conciliar el sueño, otros que presentan sudoración de manos, algunos relatos de amistades que señalan que tienen amigos que no ven hace mucho tiempo y están preocupados por su situación. En dichos discursos siempre suele aparecer el comentario de “te has hecho ver por un especialista, has visitado a un psicólogo recientemente” por lo que me lleva a presumir que ahora hay más conciencia sobre salud mental que años atrás, pero que también han aumentado dichos problemas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) señala que la salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente, es fundamental para tomar decisiones, establecer relaciones que contribuyan a la mejora de su comunidad.

Establece también que salud mental no solo es la ausencia de trastornos mentales, sino el dotar de herramientas que pueden variar de individuo a individuo, para tolerar distintos grados de angustia, minimizar el riesgo de conductas autolesivas y responder de forma adecuada a las exigencias del entorno.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) ha establecido un plan de acción integral de salud mental 2013 –2030 cuyo objetivo final es mejorar la salud mental. Enfatizó los periodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, pero sin dejar de lado las habilidades y atributos sociales y emocionales, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros, etc.

Dentro de los trastornos más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad los cuales se reportaron 301 millones de personas a nivel mundial en el 2019.y en los que la OMS señala que 1 de cada 4 personas padecen dicho trastorno con una mayor prevalencia en mujeres.

Montorio et al. (2011) señalan que la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) muestra una notable variabilidad, la cual depende tanto de la ubicación geográfica de los estudios como de los criterios utilizados para el diagnóstico. En estudios realizados en Estados Unidos por Kessler et al. (2008), citados en Montorio et al. (2011), la prevalencia de TAG a lo largo de la vida se situó en el 5%, mientras que en los últimos 12 meses fue del 3%.

Según la American Psychiatric Association (APA, 2014) en el DSM V, los trastornos de ansiedad forman un grupo claramente identificable de trastornos que se han categorizado de manera independiente de otras condiciones. En comparación con versiones anteriores como el DSM IV TR, que incluía un total de 11 diagnósticos distintos, se han observado diferencias notables en la actualización, como la exclusión del trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Estos cambios contrastan con la versión anterior, que podía incluir diagnósticos que abarcaban ambos trastornos. El DSM V mantiene el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social o fobia social, el trastorno de pánico y la agorafobia, así como la fobia específica, el trastorno de ansiedad debido a una afección médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el trastorno de ansiedad no especificado y otros trastornos de ansiedad especificados American Psychiatric Association (APA, 2014)

Latinoamérica no está exenta de sufrir problemas de salud mental, debajo de esa apariencia alegre que brindamos a los extranjeros, Fleischman (2017) el banco mundial reportó que el 22,4% de la población o poco más de una de cada cinco personas, sufría de problemas mentales como la depresión y la ansiedad severa.

El diario El Peruano (2023) informa que durante el 2021 se reportaron un millón 368 mil 950 casos atendidos de problemas de salud mental, y en el 2022 la cifra aumentó a un millón 631 mil 940, implicando un incremento del 19.21%.

Entre los problemas de salud mental prevalentes encontramos en primer lugar la depresión, la ansiedad y la reacción a estrés agudo.

Según la OMS (2025), señala que en el CIE 10, los trastornos de ansiedad se agrupan bajo la categoría de trastornos neuróticos relacionados con situaciones estresantes y somatomorfos. Esto incluye categorías que en el DSM V se han dividido más claramente, como los trastornos obsesivos, disociativos, relacionados con traumas y situaciones estresantes, así como los trastornos de síntomas somáticos.

La APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice ha reconocido la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad como tratamientos respaldados por evidencia empírica para abordar el TAG. Aunque la TCC generalmente implica una combinación de componentes cognitivos y conductuales, no ha demostrado ser superior a la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la relajación muscular progresiva o relajación aplicada de forma individual. Sin embargo, se ha demostrado que es más efectiva que todas estas en los resultados a largo plazo (Vizcarra, 2018).

1.2 Antecedentes

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

1.2.1 Antecedentes nacionales

En una investigación realizada por Vega (2017) en Lima, Perú, se describió el tratamiento de una paciente de 26 años con TAG utilizando el enfoque de Terapia Cognitiva, basándose en el modelo de Clark y Beck para trastornos de ansiedad. El tratamiento resultó en una mejora significativa en la funcionalidad de la paciente, incluyendo un aumento en sus responsabilidades y una disminución notable de los síntomas negativos, como preocupación constante y baja autoestima.

En otro caso presentado por Vizcarra (2018) en Arequipa, Perú, se trató a una paciente de 52 años que había experimentado ansiedad generalizada desde la adolescencia. El tratamiento incluyó enfoques de Terapia Cognitiva y técnicas como la reestructuración cognitiva y la relajación. La paciente mostró una mejoría en su funcionalidad y experimentó una disminución significativa en síntomas negativos, como la preocupación constante y la baja autoestima.

Collado (2020) realizó una intervención cognitivo-conductual en un adulto con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 y sintomatología depresiva moderada. Se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales, incluyendo entrenamiento en relajación y resolución de problemas. Los resultados indicaron mejoras en las habilidades sociales del paciente y una disminución en la probabilidad de respuestas negativas en las áreas trabajadas.

Yañez (2022) llevó a cabo un estudio de caso en un hombre de 26 años con ansiedad generalizada. El objetivo era reducir sus síntomas y mejorar su calidad de vida. Se utilizaron 24 sesiones basadas en el enfoque cognitivo-conductual, lo que resultó en una disminución de la sintomatología ansiosa y mejoras en la regulación emocional, pensamiento flexible, resolución de problemas y gestión del tiempo. El paciente pasó de un nivel de ansiedad moderada a uno de nivel normal.

Velazco (2022) realizó una intervención a una mujer adulta de 58 años con sintomatología de ansiedad generalizada entre los cuáles se mencionan miedo a volverse loca, perder el control, tensión muscular, dificultad para conciliar el sueño, aplicó un tratamiento cognitivo conductual y logró disminuir los síntomas fisiológicos de ansiedad, disminuir los niveles de creencias irracionales, además de desarrollar habilidades de afrontamiento en

situaciones que antes le causaban estrés logrando a su vez volver a realizar las actividades que había dejado de hacer.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Iraizos (2012) intervino en un caso de violencia de género y tratamiento de ansiedad generalizada producto del maltrato sufrido por su expareja, así como por la separación, se aplicaron los instrumentos de entrevista semi estructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa y corral, inventario de depresión de Beck (BDI) e inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo, se trabajaron los ataques de pánico, así como la falta de control de impulsos en sus episodios de ira utilizando el modelo de autorregistro ABC de Ellis, autoinstrucciones, la reestructuración cognitiva así como ciertas habilidades sociales como la de decir “NO” para expresar y aceptar tanto sentimientos positivos como negativos. Posterior al tratamiento se evidencia una disminución significativa de su sintomatología sobre todo en el control de la ira, la idea central del miedo a quedarse sola y disminución de sentimientos de culpa.

Leon (2019) realizó una investigación experimental en Bolivia, utilizando el modelo cognitivo-conductual para tratar a un paciente masculino de 54 años con ansiedad generalizada. El paciente mostró síntomas preocupantes relacionados con su trabajo como panadero. La investigación utilizó instrumentos como el MCMI-III y el IDARE. Se llevaron a cabo 13 sesiones y se concluyó que el tratamiento fue efectivo.

Rodríguez (2017) evaluó y trató el trastorno de ansiedad generalizada y trastornos comórbidos en 33 pacientes utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y el enfoque metacognitivo. Se utilizaron diversos instrumentos y técnica, y se observaron mejoras significativas en los pacientes con ansiedad generalizada

Pabuena (2019) también utilizó el modelo cognitivo-conductual para tratar a un paciente masculino de 47 años con trastorno de ansiedad generalizada en la ciudad de Bucaramanga. Para la evaluación del caso se realizaron entrevistas, autorregistros, aplicación del inventario clínico multiaxial Millón III y se optó por el modelo cognitivo conductual donde se emplearon técnicas como reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, exposición simbólica, psicoeducación, entre otros. La investigación se dividió en tres etapas, incluyendo la evaluación, la intervención terapéutica y la evaluación posterior al tratamiento. Tras 10 sesiones, se observó una reducción significativa en la sintomatología ansiosa del paciente.

Berdazco et al. (2022) utilizaron la terapia cognitivo conductual para tratar a una paciente de 60 años con sintomatología de ansiedad generalizada, donde inicialmente se aplicaron tres pruebas para contrastar la sintomatología con los resultados de las pruebas, a partir de este resultado se entrenó en la desactivación fisiológica de la paciente y en la disminución de los pensamientos de catastrofización y magnificación, al finalizar las sesiones de tratamiento la paciente señala que aún presenta dichos pensamientos pero que gracias a la TCC ha aprendido a detectarlos y modificar dicho pensamiento, lo cual ha repercutido en una mejora significativa de su calidad de vida.

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1 Terapia cognitivo conductual. Se ha convertido en una de las terapias más estudiadas empíricamente en la actualidad, esto debido a las múltiples aplicaciones que se dan hoy en día para tratar diferentes patologías, tales como trastornos de la conducta alimentaria, abusos de sustancias, trastornos de la personalidad, depresión, trastornos de ansiedad entre otros. (Garay y Keegan, 2016)

Dentro de la terapia cognitiva, esta señala que las alteraciones o sesgos del pensamiento causan el malestar psicológico, lo cual plantea Beck (2004) es que debido a como las personas perciben la realidad es que experimentan malestar psicológico y no por la realidad en sí misma

Lo más resaltante de la terapia cognitivo conductual es que busca una perspectiva que integre lo observable y las creencias de su mundo interior, aquel que está compuesto por sus creencias, opiniones y demás construcciones mentales. El objetivo de la terapia TCC es generar un cambio conductual, cognitivo y emocional eliminando conductas desadaptativas; para más adelante, a través del uso de técnicas y recursos de afrontamiento, se creen y entrenen nuevas conductas adaptativas (Ruiz, 2012).

Esta terapia se origina en primer lugar en las bases de la psicología conductista y los principios de la teoría de aprendizaje desarrollada en la década de 1950. En sus inicios y en base a investigaciones sobre modelamiento, instigación y refuerzo positivo se planteaba que el comportamiento del paciente respondía al esquema estímulo-respuesta, lo cual daba un punto de partida para llevar a cabo intervenciones en conductas desadaptativas, las cuales a su vez eran evaluadas mediante la observación empírica de la conducta. A esta primera etapa se la conoce como la primera generación de terapias cognitivas.

Clark y Beck (2012) trabajaron juntos en el establecimiento de una teoría propia la cual conceptualizaba la respuesta ansiosa como un entramado complejo constituido por componentes conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos. De acuerdo a estos autores, dicho entramado se acciona cada vez que el individuo prevé que los resultados de los sucesos puedan ser potencialmente peligrosos, salirse de control o ser imprevisibles. Es así que, en su planteamiento establecieron que la activación de la ansiedad consistía de dos etapas de procesamiento de la información.

1.2.3.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada. El TAG es conocida como una respuesta emocional, es adaptativa para el desarrollo del ser humano, dicha respuesta emocional podría describirse como un sentimiento de inquietud o reacciones somáticas de tensión que acompaña a la anticipación de un peligro o situación de incertidumbre futura la cual puede ser interna (creer que algo no está funcionando bien en nuestro cuerpo) o externa (el pensamiento recurrente de que ocurra una catástrofe mientras duermes). En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana (Clark y Beck, 2012)

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se reconoció oficialmente en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (dsm-III, apa, 1980). Se consideró inicialmente como una categoría diagnóstica residual, lo que significó que no podía diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno (Caballo, 2007)

En el trastorno de ansiedad generalizada, los pacientes suelen preocuparse por una variedad de situaciones y problemas menores, los cuales pueden ser duraderas y difíciles de controlar en comparación con las personas que presentan un nivel de ansiedad dentro de los parámetros normales. La causa de estos sentimientos intensos de ansiedad puede ser difícil de identificar. Sin embargo, los temores y preocupaciones son muy reales e impiden muchas veces que las personas se concentren en sus tareas diarias. (APA, 2010).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se encuentra clasificado dentro del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, como una anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación, tensión muscular, irritabilidad y en la que dicha alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Ellis señala que existen dos tipos de ansiedades: una sana y otra malsana. La ansiedad sana es el miedo racional y realista, que proviene de una fuente comprobable la misma que incluso señala como autoprotectora, a diferencia de la ansiedad malsana, irracional,

relacionados comúnmente con pensamientos sobregeneralizados y la llama hiperprotectora. Explica la sintomatología de la ansiedad a través de reacciones fisiológicas como síntomas respiratorios y pectorales, así como intestinales y musculares. El autor propone la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), brindando técnicas cognitivas ya que, para Ellis, nuestra ansiedad proviene del autoconvencimiento y rigidez al creer en estas ideas irracionales, los mismos que al ser sustituidos por otros más racionales y adaptativos nos permitirían mantener nuestra ansiedad en un nivel sano, como señala en su libro, tiene que experimentar, asumir algunos riesgos y en última instancia, descubrir el camino correcto, ya que no hay nada completamente seguro. (Ellis, 2010)

Clark y Beck (2012) definen a la ansiedad generalizada como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. Siempre orientada a sucesos que pudieran ocurrir a futuro, pero que cuando más cerca este la valoración del individuo la sintomatología ansiosa se evidencia con más fuerza.

Plantean cinco criterios utilizados para distinguir niveles anormales de miedo y ansiedad, tal y como señalan los autores no se espera que se cumplan los cinco criterios en un caso en particular pero si se hallaran la mayoría de ellos en los casos de ansiedad patológica: cognición disfuncional (la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa, es decir lo que se piensa no es acorde con la realidad), hipersensibilidad a los estímulos (en los estados clínicos el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza podría percibirse como inocuas por los individuos no amedrentados), falsas alarmas (las reacciones observables o medibles de miedo o pánico en ausencia de un estímulo amenazante aprendido o no aprendido),

persistencia (la persona con ansiedad clínica puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse) motivo por el cual las personas propensas a la ansiedad experimentan ansiedad de forma diaria y por muchos años. (Clark y Beck, 2012, p.25)

Bados y García (2010) menciona que en general, los pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la orientación hacia el problema: valorarlos como amenaza, perturbarse y frustrarse al encontrarse con problemas, no confiar en su propia capacidad para resolverlos y mantener de forma constante un punto de vista pesimista de los resultados, es decir las reacciones iniciales cognitivas, afectivas y conductuales. Bados señala también que la hora de establecer un diagnóstico de TAG se debe distinguir de otros trastornos (hipocondría, fobia social, Toc, depresión mayor) que en algunos casos conviene tener en cuenta que el TAG puede coexistir con otros trastornos, y una persona presentar varios diagnósticos en un momento dado (comorbilidad concurrente).

1.3 Objetivos

- **Objetivo general**

- Determinar el impacto que genera el programa de intervención cognitivo conductual en la paciente con ansiedad generalizada.

- **Objetivos específicos**

- Realizar la evaluación pretest en la paciente con ansiedad generalizada
- Aplicar el programa de intervención cognitivo conductual en la paciente con ansiedad generalizada
- Realizar la evaluación post test en la paciente con ansiedad generalizada
- Comparar el pre y post test para determinar el efecto de la intervención cognitivo conductual en la paciente con ansiedad generalizada

1.4 Justificación

La presente investigación que, aunque indaga una variable ya estudiada, se presenta como material de consulta reciente, ya que las fuentes consultadas en su mayoría son de los últimos 6 años, por otro lado, pretende ser una fuente de consulta para otros investigadores que decidan utilizar la intervención cognitivo conductual como una intervención eficaz para el tratamiento de la AG.

De acuerdo con la información recogida durante la evaluación, se evidencia que la paciente presenta distorsiones cognitivas, respuestas fisiológicas como sudoración palmar, ritmo cardíaco acelerado y un nivel de ansiedad alto, sumado a que la paciente se encuentra atravesando molestias gástricas, lo cual la llevaron a acudir en primer lugar a diferentes especialistas, los mismos que le han señalado que no se encuentran indicadores de alguna enfermedad es que decide acudir al psicólogo.

Debido a esto se hace imprescindible brindarle a la paciente una sensación de control sobre aquellas situaciones y pensamientos que disparan su ansiedad, esto con la finalidad que pueda controlar a futuro sucesos similares o entrenarla en adaptar el tratamiento aplicado a nuevas situaciones.

1.5 Impactos esperados del trabajo de académico

La presentación del siguiente caso será un aporte valioso que permitirá a otros profesionales que se encuentran inmersos en la labor clínica de trabajar con personas que padecen TAG, optimizar la calidad de sus intervenciones a través de un tratamiento cognitivo conductual, utilizarlo como antecedente de investigación e inclusive como un modelo de investigación para futuros casos.

También se espera que la paciente pueda encontrar un punto de equilibrio a través del entrenamiento de las técnicas que se trataran en las sesiones, lo cual le proveerá tranquilidad en su vida cotidiana.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

En el presente caso se empleará una Investigación de tipo experimental aplicada por la aplicación de una variable y ver los efectos en la otra (Kerlinger y Lee, 2007). Esto quiere decir que el investigador genera una situación en la que se manipula intencionalmente una variable independiente para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una variable dependiente

El diseño es de caso único Hernández et al. (2014) de Diseño univariable multicondicional A.B.A. donde se realizó la evaluación inicial (línea base pretratamiento - A), administrar la intervención cognitiva conductual (B) y se realizó una evaluación final (línea base post tratamiento - A).

Es un diseño univariable multicondicional A-B-A, por ser un diseño experimental que solamente explora una variable independiente y que en esta estrategia de análisis experimental la variable de tratamiento después de aplicada es retirada.

Se cumplió las tres fases de diseño que se indican a continuación:

Fase I: Establecimiento de línea base

Paciente de sexo femenino, adulta de 43 años que viene a consulta derivada por el médico gastroenterólogo por presentar sintomatología ansiosa, la cual está afectando sus deposiciones, así como el normal desarrollo de su vida diaria, se inicia con la Administración de las pruebas psicológicas: Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), Inventario de ansiedad de Beck y el cuestionario de personalidad de Eynseck

Fase II: Aplicación de programa de tratamiento cognitivo conductual

Aplicación del programa cognitivo conductual, consto de 19 sesiones, una vez por semana, con una duración de 50 minutos por cada sesión

Fase III: Retirada del tratamiento

Una vez culminado el tratamiento se realizó el post test de las pruebas psicológicas administradas en la fase I, el análisis de estas, se pudo verificar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el caso de TAG .

2.2 Ámbito temporal y espacial

El desarrollo de la presente intervención psicológica se llevó a cabo durante los meses de julio a diciembre del año 2021 en el distrito de Breña - Lima

2.3 Variables de investigación

2.3.1 Variable independiente

Terapia Cognitivo Conductual

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La terapia cognitivo conductual se trata de un tipo de intervención que busca trabajar con las distorsiones cognitivas, errores en el procesamiento de información, manejo de creencias irracionales, esquemas maladaptativos, etc. Las cuáles se manifiestan a través de respuestas disfuncionales físicas, emocionales, cognitivas y conductuales, de carácter aprendido a lo largo de la vida y mantenidas por evitación o patrones de comportamiento; (Díaz et al., 2020).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para la presente investigación un programa de intervención cognitivo conductual estará comprendido en 20 sesiones de 50 minutos donde se trabajarán las respuestas fisiológicas, pensamientos y conductas que emite una paciente adulta con trastorno de ansiedad generalizada, entre los meses de julio a diciembre del 2021. Se brindarán tareas para la casa a través del uso de auto registros de situaciones y pensamientos para posteriormente trabajar dichas respuestas a través de ejercicios de relajación muscular, reestructuración cognitiva, desensibilización y debate de hechos vs interpretaciones.

2.3.2 Variable dependiente

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La definición actualmente acordada y vigente para el trastorno de ansiedad generalizada se centra en la ansiedad malsana y preocupación excesivas sobre diversos sucesos o actividades durante la mayoría de los días y establece una duración mínima de 6 meses (APA, 2014) y los estudios de prevalencia arrojan un 3,7% (DE=0,1%) a lo largo de la vida, 3 a 1 en la relación mujeres a hombres y asociado a soltería, desempleo y menor nivel educativo.

En la presente investigación se han detectado niveles altos de ansiedad, los cuales afectan el normal funcionamiento de las áreas de las personas, a continuación, se presentan las manifestaciones más comunes:

Síntomas cognitivos tales como el miedo a ser juzgada, a no poder controlarlo, falta de objetividad, estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza, etc. Muchos de estos pensamientos se presentan como respuestas aprendidas o esquemas emocionales ya fijados (Clark y Beck, 2012)

Síntomas conductuales; como la inquietud, comportamientos de evitación, dificultad para vocalizar, hiperventilación, quedarse paralizado, comportamientos de huida o evitación, esto último podríamos decir que son conductas de escape para evitar exponerse a una situación desagradable, que les impide vivir la experiencia y tener un repertorio conductual para afrontar situaciones similares en el futuro, ya que se encuentran enfocados permanentemente en lo peor que podría suceder, esto conlleva a que puedan perder la capacidad de disfrutar la vida y actuar de forma funcional en las distintas áreas de su vida. (Beck y Clark, 2012).

Síntomas fisiológicos, tales como aumento de las pulsaciones cardíacas, respiración entrecortada o acelerada, dolor o presión en el pecho, náuseas, temblores, adormecimiento, tensión, dolor de estómago, diarrea mareos o sudoración (Beck y Clark, 2012; Díaz, 2020).

Síntomas afectivos, como sentirse tenso, nervioso, temeroso, inquieto, impaciente o frustrado

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Cuadro clínico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Los pacientes afectados por este trastorno sufren por preocupaciones crónicas e incontrolables que afectan negativamente su estado de ánimo, presentan sintomatología física (dificultades atencionales, irritabilidad y/o dificultades en el sueño, tensión muscular, “nervios” constantes, temblores, dolores o molestias musculares, espasmos, sudoración, mareos, taquicardia, síndrome de intestino irritable, cefaleas, cervicalgias, fatiga, entre otros). Los contenidos de las preocupaciones de los pacientes se focalizan en las relaciones interpersonales, responsabilidades laborales, finanzas, salud de los familiares y propia, entre otros.

La paciente presenta deposiciones líquidas desde hace más de 4 meses, motivo por el cuál acude a diversos especialistas para ubicar el origen del problema, en todos sus exámenes médicos sus resultados son normales y es que decide por recomendación de su gastroenterólogo iniciar tratamiento psicológico. La paciente señala tener ideas constantes de que si sus deposiciones son líquidas es porque tiene algo muy grave en su organismo, tiene miedo constante de ir al baño y volver a encontrar la misma situación, piensa constantemente en que dejará sola a su madre e hija pequeña, además de mostrarse hipervigilante ante la crítica que puedan realizarle a su menor hija, ya que sus hermana y familiares suelen comparar el desarrollo de su hija con el de sus sobrinos, motivo adicional por el cual también siente que el estómago se le suelta, le sudan las manos, sensación de opresión en el pecho y finalmente llanto por no encontrar una cura para su problema, además de los medicamentos que le brinda su médico.

2.4 Participante

Usuaria de 43 años con estudios superiores, madre soltera vive con su madre y cuenta con una nana que ayuda en el cuidado de su hija. Mantiene una relación cordial con el padre de su hija (médico). La usuaria llega a consulta referida por el área de nutrición ya que después de múltiples exámenes realizados por medicina general y gastroenterología no encuentran motivo alguno para que sufra de diarrea y señalan que reciba tratamiento psicológico.

La usuaria muestra signos de alarma e inclusive colera cuando presencia que su estómago nuevamente este suelto, signos que también repite cuando algún familiar le hace algún comentario sobre su hija pequeña de 3 años tales como “porque no habla”, “habla muy bajo”, “mira como la hija de tal ya hablaba bien a los 2 años”

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

Psicoeducación el profesional explica al paciente sobre conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento, también es adecuada para informar al paciente y sus familiares acerca del trastorno, sus factores desencadenantes y de mantenimiento, así como las distintas fases y estrategias terapéuticas para afrontar los síntomas que se presentan. Los beneficios de esta estrategia son: mejorar el conocimiento la actitud y conducta del paciente, lograr la alianza terapéutica, donde se consolida una relación de colaboración paciente-profesional, favorecer la adherencia al tratamiento y se acuerdan los objetivos en una relación de confianza mutua.

Reestructuración cognitiva

Esta técnica se utiliza para llevar a cabo la identificación y corrección de formas de pensar disfuncionales que tiene el paciente. Es decir, esta técnica se centra en modificar la interpretación que el individuo realiza de las experiencias que tiene, cambiando, por ejemplo,

pensamientos irracionales que le provocan molestias por otros más racionales que le hagan sentir más estable.

Relajación progresiva de Jacobson

Esta técnica consiste en un conjunto de procedimientos que se basan en la relajación profunda de los músculos. Con esto, se libera la tensión acumulada y se consigue la reducción de la ansiedad, ya que la relajación anula el hábito de respuesta por ansiedad.

Ejercicios de relajación muscular

Es una técnica que favorece la regulación de la ansiedad a través de la tensión y relajación de diferentes grupos musculares en un orden en particular, esto permite que el consultante diferencie la tensión de la relajación muscular. Para ello se procede a realizar tensión en los grupos musculares en el siguiente orden:

- Extremidades inferiores
- Tronco
- Extremidades superiores
- Cabeza y Hombros

Hechos versus interpretaciones

Esta técnica permite al consultante diferenciar los hechos como eventos objetivos, comprobables y observables, a diferencia de las interpretaciones que son valoraciones subjetivas de la situación vivida. Esto permite a la persona tener una percepción realista y sin juicios de los acontecimientos.

Desensibilización

Esta es una técnica desarrollada por Wolpe (1981) la cual busca extinguir la respuesta ansiosa a través de exposiciones progresivas (imaginarias o reales), las cuales se acompañan de técnicas de relajación. Con esto, se mantiene al consultante en un estado de relajación

mientras se les expone a situaciones que le generan miedo o una respuesta ansiógena (Díaz et al., 2020).

2.5.2 Instrumentos

Ficha Técnica 01

Nombre	: (ISRA) Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
Autores	: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel.
Duración	: Aproximadamente, unos cincuenta minutos.
Aplicación	: A partir de los 16 años, con un nivel cultural suficiente para comprender las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige.
Finalidad	: Evaluación de respuestas cognitivas (C), fisiológicas (F) y motoras (M) ante distintas situaciones. Evaluación de áreas situacionales o rasgos específicos: Ansiedad ante la evaluación (F-I), Ansiedad interpersonal (F-II), Ansiedad fóbica (F-III) y Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (FIV).

2.5.3 Evaluación psicológica

Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	: E.A.M
Sexo	: Femenino
Edad	: 44 años
Fecha de Nacimiento	: 21 de setiembre del 1978
Lugar de Nacimiento	: Iquitos
Ocupación	: Economista
Lugar de residencia	: Breña

Fecha de informe : 27 de julio del 2022

Problema Actual.

La paciente refiere: “estoy cansada de estar así, con miedo a ver si sigo con el estómago suelto otra vez” (9). “ya he visitado a todas las especialidades que me han referido, pero no logran saber que tengo, ellos dicen que no tengo nada y si no tengo nada entonces porque sigo así”. “Me preocupa (9) que esto no disminuya, mis familiares me dicen que si ya me han visto y no tengo nada, debe ser psicológico y por más que trato de estar tranquila no puedo lograr que mi estomago se arregle por así decirlo”, me preocupa que vaya a ser algo más grave y que va a ser de mi hija que está pequeña, no va a tener a su madre (solloza), respecto al sueño, señala que lo tiene conservado puesto que antes de ir a la cama juega con su hija, la prepara para dormir y así es como se relaja, “la verdad no sé porque me preocupo tanto, las manos a veces me sudan (8) sobre todo cuando mi jefa me pide que la apoye un par de horas y me cuesta decirle que no”, esto no pasa siempre pero si cada 3 meses que son los cierres en el trabajo.

Asimismo, manifiesta que: “no es la primera vez que estoy con esto, ya me viene pasando unas 5 veces desde hace 5 años”. Así como empieza, cuando no me doy cuenta se va, pero ahora ya llevo 2 meses así, es por eso que decidí buscar un psicólogo”

Ante la pregunta cuál es tu rutina diaria: “Salgo a trabajar desde las 7:00 am puesto que debo estar puntual en mi trabajo, salgo de trabajar a las 5:00 pm y vuelvo a casa, así de lunes a viernes, cuido mucho mi alimentación, no como fuera de horas, procuro comer ensaladas, yogurt, frutas, pero he dejado de tomar leche por indicación médica. Tengo una persona que me ayuda con la crianza de mi hija y también mi madre es quien me apoya con la preparación de los alimentos.

También me he dado cuenta de que a raíz de mi enfermedad no me gusta que la gente critique cosas que mi hija aún no hace como que no juegue con ellos o no les haga

caso, en esos momentos siento colera (6), pero pienso y si tienen razón y mi hija tiene algún tipo de retraso en su desarrollo, por eso también estoy buscando psicólogo para ella ya que necesito que me confirmen que mi hija está desarrollándose bien.

Mantengo comunicación cordial con el padre de mi hija, el cual viene cumpliendo con la manutención, pero no se hace presente aún como figura paterna.

Historia Personal – Familiar

Desarrollo inicial:

Es la segunda hija de 4 hermanos, nació por parto natural y demostró desde muy pequeña el gusto por aprender y no refiere algún suceso de importancia adicional

Antecedentes familiares:

Vivió con ambos padres hasta los 8 años, momento en que su mamá decide separarse de su papá y los deja por problemas de maltrato y violencia, señala que se sintió triste inicialmente, y ya era consciente que no estaba bien que su papa golpee a su mama, pero al ver que su mamá ya no sufría y tenía a sus hermanos con ella pudo sobrellevar este alejamiento durante los próximos 4 años. A los 12 años su mamá decide llevársela con ella junto a su hermana mayor, ella acepta y empieza a vivir en Lima. Respecto a su padre lo llamaba cada vez que podía para ver cómo estaba y lo visitaba durante las vacaciones escolares, ya que ella nunca sufrió ningún tipo de abuso o maltrato de parte de su padre y su relación se mantiene estable a lo largo de los años.

Estudios

Destacó en el colegio desde muy pequeña, obteniendo distintas diplomas y reconocimientos a lo largo de su vida académica, ocupó los primeros puestos desde 1ero a 5to de primaria, repite lo mismo hasta 5to de secundaria, siendo la que obtiene el primer puesto en su promoción.

Se propuso estudiar en San Marcos, Ingresó a la universidad, recuerda que le gustaba mucho su carrera y termina en el primer puesto de su promoción.

Actualmente cuenta con un doctorado en economía, se encuentra ejerciendo su profesión y cuenta con un trabajo estable.

Enfermedades o accidentes

A la edad de 17 años convulsiona por primera vez, le realizan distintos estudios y logran darle un diagnóstico de epilepsia con convulsión nocturna, así como un tratamiento para toda la vida, con ciertos hábitos que debe mantener y cuidar, tales como dormir sus 8 horas completas, tomar una pastilla indicadas por su neurólogo de forma diaria, evitar el beber alcohol y líquidos con cafeína, este tratamiento ha resultado efectivo puesto que las convulsiones han disminuido a una vez cada 8 meses aproximadamente. Presenta diagnóstico de epilepsia nocturna.

Sexualidad

Señala haber tenido una vida sexual bastante tranquila, hasta que conoció al padre de su hija y por primera vez experimentó un orgasmo.

Buscó salir embarazada puesto que su neurólogo le señaló que cabía la posibilidad que las convulsiones disminuyeran a partir de dar a luz, ya que había ocurrido algo similar con otras pacientes.

Nació su hija y las convulsiones cesaron por espacio de dos años y se mantienen una vez cada 8 o 9 meses cuando se encuentra muy tensa, no duerme bien o se olvida de tomar la medicación.

2.5.4 Evaluación psicométrica

Informe psicológico inventario de ansiedad de Beck

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : EAM

Sexo : Femenino

Edad : 44 años

Fecha de Nacimiento : 21 de setiembre del 1978

Lugar de Nacimiento : Iquitos

Ocupación : Economista

Lugar de residencia : Breña

Motivo de la evaluación

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

Técnicas e Instrumentos Aplicados

Entrevista

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Resultados

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

Interpretación

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

Acaloramiento, incapaz de relajarse. Latidos de corazón fuerte y acelerado, problemas digestivos y sudoración.

A nivel emocional, presenta temor a que ocurra lo peor, inestabilidad, atemorizada o asustada, nerviosa, inseguridad, inquietud, miedo a perder el control, y esto viene acompañado con sensaciones de bloqueo y pensamientos sobre lo que pueda ocurrir con su hija cuando ella no este.

Conclusiones

Persona con ansiedad y preocupación excesiva, que le produce alteración en diversos sucesos y actividades, afectando inclusive sus procesos digestivos, ya que siente que es imposible controlar la preocupación: inquietud, irritabilidad, tensión muscular.

Recomendaciones

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

Intervención psicológica.

Informe psicológico inventario de ansiedad ISRA

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : EAM

Sexo : Femenino

Edad : 44 años

Fecha de Nacimiento : 21 de setiembre del 1978

Lugar de Nacimiento : Iquitos

Ocupación : Economista

Lugar de residencia : Breña

Motivo de la evaluación

Medir el nivel de ansiedad a través Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA)

Técnicas e Instrumentos Aplicados

Entrevista

Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA)

Resultados

Los resultados obtenidos al aplicar la prueba ISRA nos permiten enfocarnos en las áreas de Ansiedad ante la evaluación y Ansiedad fóbica

Tabla 1

Resultados de la prueba ISRA

Áreas	Puntaje
Ansiedad ante la evaluación	91
Ansiedad Interpersonal	12
Ansiedad fóbica	76
Ansiedad ante situaciones habituales o vida cotidiana	12

Interpretación

La intensidad más frecuente de ansiedad en la paciente es cuando se encuentra ante situaciones donde se siente evaluada y cree que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de aquello que no está haciendo bien o cuando dudan de sus capacidades ya que siente inseguridad, acaloramiento, sudor en las manos y ciertas molestias a nivel estomacal. Los comentarios que recibe sobre la crianza de su hija, el proceso de desarrollo de la misma los siente como una evaluación constante sobre el trabajo que viene realizando, ante lo cual su nivel de ansiedad aumenta, causándole sequedad en la boca, dificultad para tragar saliva y cambios de humor repentinos.

La segunda área que aparece con puntuación alta es la ansiedad fóbica, la cual se evidencia en su máxima expresión (reconocida por la paciente) al tener que acudir a hacer sus deposiciones, puesto que está pensando que nuevamente las hará sueltas y algo debe tener por lo cual no se cura hasta ahora.

Conclusiones

Persona con ansiedad y preocupación excesiva, que le produce alteración en diversos sucesos y actividades, afectando inclusive sus procesos digestivos, ya que

siente que es imposible controlar la preocupación: inquietud, irritabilidad, tensión muscular.

Recomendaciones

Entrenamiento en respiración y relajación, reestructuración cognitiva

Trabajar sobre hechos versus interpretaciones.

Informe psicológico Cuestionario de Personalidad Eysenck EPQ-R

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : EAM

Sexo : Femenino

Edad : 44 años

Fecha de Nacimiento : 21 de setiembre del 1978

Lugar de Nacimiento : Iquitos

Ocupación : Economista

Lugar de residencia : Breña

Motivo de Evaluación

Perfil Psicológico

Técnicas e Instrumentos Aplicados

Entrevista

Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ-R

Resultados

Extroversión: 55

Neuroticismo: 60

Psicoticismo: 20

Interpretación

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

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

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

Conclusiones

Paciente con estructura de personalidad de extroversión y neuroticismo.

Recomendaciones

Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento a situaciones adversas.

2.5.5 Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLÓGICO

Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Apellidos y Nombres : EAM

Sexo : Femenino

Edad : 44 años

Fecha de Nacimiento : 21 de setiembre del 1978

Lugar de Nacimiento : Iquitos

Ocupación : Economista

Lugar de residencia : Breña

MOTIVO CONSULTA

Evaluación integral

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Entrevista psicológica
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQ – R
- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)

RESULTADOS

La paciente muestra un Trastorno de ansiedad en el que se evidencia como trata de enfrentar estos problemas, pero finalmente se desbordan, sus niveles de ansiedad se mantienen elevados debido a los pensamientos donde cree que están observando su comportamiento y fijándose en sus errores, a pesar de no tener sustento alguno para ese tipo de pensamiento. Las opiniones sobre cómo debería ser el comportamiento de su hija elevan drásticamente su nivel de ansiedad, llevándola inclusive a sentirse culpable si es que su hija no se ajusta a las opiniones que vierten sobre ella. La idea constante de que se encuentra enferma debido a la calidad de sus deposiciones es aquello que dispara y mantiene su nivel de ansiedad. En ocasiones presenta quejas físicas referidas a tensión en el cuerpo, aceleración de latidos, sudoración y manos, pero sobre todo molestias estomacales, hinchazón y malestar. Es frecuente, por tanto, que tenga imposibilidad de relajarse y que reaccione de forma exagerada ante estímulos de baja intensidad, mostrando excesiva sudoración en las manos y molestias en el estómago.

La paciente presenta características de personalidad extrovertida, es decir es sociable, dominante, activa, vivaz, impulsiva. Por otro lado, es muy ansiosa, se encuentra constantemente alerta y mantiene el pensamiento que aquellas cosas que hace

debe hacerlas bien para que no la critiquen, esto hace que experimente tensión muscular y cambios de humor debido a los niveles altos de ansiedad que experimenta.

Conclusiones

Paciente con personalidad inestable con rasgos de extroversión y neuroticismo.

Niveles de ansiedad ante la evaluación y fóbica altos.

Paciente que presenta somatizaciones y ansiedad elevada por presentar pensamientos catastróficos.

Trastorno de ansiedad Generalizada.

Recomendaciones

Seguir un programa de manejo emocional para ansiedad.

Psicoeducación.

Entrenamiento en reestructuración cognitiva.

Debatir los pensamientos catastróficos.

Reducir el comportamiento evitativo.

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

Evaluación cognitivo conductual

Tabla 2

Autorregistro para línea base

Días	Situación	Emoción	Nivel de Malestar (0-10)
Día 1	Me sonaba el estómago	Miedo	7
Día 2	Sonaba el estómago por tomar leche	Miedo y colera	8
Día 3	Mi prima me dijo que mi hija ya debería hablar	Miedo y tristeza	8
Día 4	Sonó mi estómago y tuve que ir al baño	Miedo y colera	8
Día 5	Vino mi papá y mi hija no le hacía caso	Miedo, tristeza	8

Día 6	Estaba comiendo y escuche un ruido de mi estómago	Miedo	8
Día 7	Me sugirieron que lleve a mi hija a ARIE	Colera y miedo	9
Día 8	Vino mi hermana y mi hija no la saludó	Colera y miedo	9
Día 9	Llegó mi tía y me dijo que mi hija no juega como lo hace mi otra sobrina	Colera, tristeza y miedo	8
Día 10	Volvió a sonar mi estómago mientras estaba en el trabajo	Tristeza	8

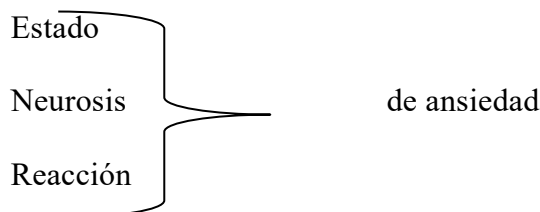
Diagnóstico (CIE-10)

F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Figura 1

Términos utilizados para referirse al TAG



Nota. Adaptado de *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (p. 115), por Organización Mundial de la Salud, 2000, Editorial Médica Panamericana.

Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

1. Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).

2. Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

3. Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.

Según el DSM en su V edición señala que los pacientes diagnosticados con Ansiedad generalizada presentan las siguientes características

Los pacientes tienen dificultad para controlar las preocupaciones; son más los días en que esto está presente que ausente durante ≥ 6 meses. Las preocupaciones también se deben asociar a ≥ 3 de los siguientes síntomas:

No se puede atribuir la ansiedad y la preocupación al consumo de sustancias o a otro trastorno médico

Tabla 3

Criterios diagnósticos según el DSM V y el CIE 10 sobre el TAG

DSM V	CIE 10
A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación. C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem. 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Facilidad para fatigarse. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).	A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria. B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4: Síntomas autónomos: 1. Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación). Síntomas relacionados con el pecho y abdomen: 5. Dificultad para respirar. 6. Sensación de ahogo. 7. Dolor o malestar en el pecho. 8. Náuseas o malestar abdominal (por ejemplo: estómago revuelto). Síntomas relacionados con el estado mental:

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. (por ejemplo: hipertiroidismo). La alteración no se explica por otro trastorno mental (por ejemplo: Ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico , valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés post traumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.

10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).

11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.

12. Miedo a morir. Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos

14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

15. Tensión, dolores o molestias musculares. 16. Inquietud e incapacidad para relajarse.

17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental.

18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar. Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.

20. Dificultad para concentrarse o dejar la “mente en blanco” a causa de la preocupación de la ansiedad.

21. Irritabilidad persistente.

22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no cumple con los criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondriaco.

23. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico o trastorno relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepinas.

Nota. Adaptado de *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp. 137–138), por American Psychiatric Association, 2014, American Psychiatric Publishing; y *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (pp. 115–116), por Organización Mundial de la Salud, 2000, Editorial Médica Panamericana.

Diagnóstico funcional conductual

Tabla 4

Análisis funcional

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
Externos: Otra vez vas a ir al médico Tu hija no hace caso cuando la llamo, eso no es normal. Sonidos estomacales Tu hija no molesta ni hace nada hasta que tú llegas La hija de maría tiene la misma edad que tu hija, pero ella si juega y hace caso cuando la llamo	Cognitivo: - “Debo tener algo malo solo que no encuentran que es” - “Y si mi hija tiene algún retraso en el desarrollo” - “Otra vez se me aflojó el estómago” - “Es mi culpa que mi hija no juegue con otros” - Fisiológico: Llorar al escuchar las críticas sobre su hija - Sudoración palmar Motor: Secarse las manos en el pantalón - Se paraliza para verificar si tiene	Interno: Logra que su mamá vea a su hija Grita a su hija para que le haga caso a la tía y así no se siente juzgada Se encierra en el baño para corroborar si tiene el estómago suelto o no Llanto por no haber tenido otro hijo. Llamar a un especialista para que le asegure que su hija es normal Externo: Familiares apoyan que la corrija, diciéndole ya era hora. Cambian de tema de conversación cuando retorna del baño.

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
	nuevamente el estómago suelto - Llevar trabajo a casa - No responde a las críticas que realizan sobre su hija. - Evita corregir a su hija cuando esta comete alguna travesura - Juega poco con su hija Emocional - No regula sus emociones (intranquilidad, miedo).	Continúa siendo el ejemplo de la hermana, sobrina, prima más exitosa.

Diagnóstico funcional

La paciente presenta sintomatología de ansiedad generalizada, puesto que presenta síntomas como: Sudoración, malestar abdominal, miedo a perder el control, incapacidad para relajarse. Estos no se limitan a un solo ámbito de su vida ni predominan en circunstancias ambientales particulares. Algunas de las situaciones en las que se acentúan los síntomas son: cuando piensa sobre su futuro, cuando interactúa con sus compañeros de trabajo, al compartir

en familia y realizan comentarios sobre su hija, ante la presencia de algún malestar estomacal entre otras

Tabla 5

Diagnóstico funcional

EXCESOS	DÉFICIT	DEBILITAMIENTOS
Cognitivo - “Debo tener algo malo solo que no encuentran que es” - “Y si mi hija tiene algún retraso en el desarrollo” - “Otra vez se me aflojó el estómago” - “Es mi culpa que mi hija no juegue con otros” Fisiológico - Llorar al escuchar las críticas sobre su hija - Sudoración palmar - Movimiento o sonido estomacal Motor	No regula sus emociones (intranquilidad, miedo). No responde a las críticas que realizan sobre su hija. Evita corregir a su hija cuando esta comete alguna travesura	Juega poco con su hija Habla poco con su hija

- Secarse las manos en el pantalón - Verificar si tiene nuevamente el estómago suelto - Llevar trabajo a casa		
---	--	--

Tabla 6*Análisis Cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Malestar estomacal Hermana le comenta que su hija no le hace caso Escuchar críticas sobre su hija	- Debo tener algo malo solo que no encuentran que es” - “Otra vez se me aflojó el estómago” - “Y si mi hija tiene algún retraso en el desarrollo” - “Es mi culpa que mi hija no juegue con otros”	Miedo Sudoración palmar Llanto Intranquilidad Taquicardia Colera Miedo Opresión en el pecho

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Con toda la información recolectada en las entrevistas y las pruebas aplicadas, se decidió intervenir desde el enfoque cognitivo conductual en las siguientes áreas:

Emocional: Identificar y aceptar la diversidad de emociones que pueda experimentar durante el transcurso del tratamiento como la intranquilidad ante la duda, ansiedad y miedo. Dotar de herramientas que amplíen su vocabulario emocional para poder diferenciar el miedo, la ansiedad, la preocupación de otras emociones. Aprender a discernir de acuerdo al momento en que se encuentra las sensaciones que acompañan emociones funcionales (preocupación) y disfuncionales (ansiedad), llevar a cabo un registro y análisis de preocupaciones (conocer los estímulos que desencadenan ansiedad) y el entrenamiento en técnicas de relajación.

Cognitivo: Entrenarla en la identificación de pensamientos asociados a la ansiedad para conocer las interpretaciones, evaluaciones y pensamientos distorsionados. Aprender y utilizar las autoinstrucciones y pensamientos que le permitan afrontar las situaciones en las que no tiene el control. Aplicar la técnica de reestructuración cognitiva para aprender a generar creencias y pensamientos adaptativos basados en la realidad de su entorno.

Conductual: Entrenar en estrategias de afrontamiento, así como en resolución de problemas y planificar las actividades en su día a día, aprender a decir No cuando ya tiene actividades programadas y responder ante comentarios sobre su hija que le resulten incómodos haciendo prevalecer su punto de vista respetando la opinión de los demás.

El tratamiento fue de 20 sesiones, con una duración de 50 minutos durante 6 meses desde el 01 de Julio del 2021 hasta el 22 de diciembre del 2021

Tabla 7*Calendarización y sesiones*

Objetivos	Sesión	Fecha	Técnicas de tratamiento
Proporcionar a la paciente psicoeducación para que conozca la terminología a utilizar en el tratamiento cognitivo conductual	1	1/7/2021	Contrato terapéutico
	2	8/7/2021	Psicoeducación
	3	15/7/2021	Psicoeducación
Desarrollar la capacidad para identificar pensamientos distorsionados ligados a la ansiedad y modificarlos por pensamientos adaptativos, realistas y flexibles	4	23/7/2021	Introducción a la reestructuración cognitiva
	5	2/8/2021	Detención del pensamiento
	6	10/8/2021	Refutación
Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento de relajación de Jacobson y la respiración diafragmática.	7	16/8/2021	Visualización
	8	29/8/2021	Relajación de Jacobson
	9	3/9/2021	Respiración diafragmática
	10	10/9/2021	Autorregistro
Favorecer el uso de técnicas de solución de problemas para afrontar situaciones percibidas como estresantes.	11	18/9/2021	Identificación de emociones
	12	30/9/2021	Técnica ABCDE
	13	10/10/2021	Hechos versus interpretaciones
	14	16/10/2021	Asertividad

Asertividad para responder frente a situaciones en las que se siente afectada	15	22/10/2021	Desensibilización
Prevención de recaídas	16	15/11/2021	Prevención de recaídas
	17	25/11/2021	Elaboración de autoinstrucciones
	18	4/12/2021	Role Playing
	19	22/12/2021	Cierre del programa y alta psicológica

2.6.2 Programa de intervención

Objetivo General

- Reducir los síntomas de ansiedad generalizada en la paciente a través del uso de técnicas cognitivo-conductuales

Objetivos Específicos

- Proporcionar a la paciente psicoeducación para que conozca la terminología a utilizar en el tratamiento cognitivo conductual
- Desarrollar la capacidad para identificar pensamientos catastróficos ligados a la ansiedad y modificarlos por pensamientos adaptativos, realistas y flexibles.
- Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento de relajación de Jacobson y la respiración diafragmática.
- Favorecer el uso de técnicas de solución de problemas para afrontar situaciones percibidas como estresantes.
- Asertividad para responder frente a situaciones en las que se siente afectada

2.7 Procedimiento

Tabla 8

Procedimiento e intervención

Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales
Sesión 1: Contrato terapéutico	Proporcionar a la paciente psicoeducación para que conozca la terminología a utilizar en el tratamiento cognitivo conductual	-Dar a conocer los síntomas de ansiedad -Establecer el contrato terapéutico. Aplicación de inventario de ansiedad de (BAI)	- Ficha psicoeducativa - Videos sobre ansiedad
Sesión 2: Psicoeducación		Explicar los síntomas de la ansiedad generalizada Aplicación del Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQR	- Video explicativo - identificación de síntomas

Sesión 3:		Aplicar el ISRA	Auto elaboración de síntomas
Psicoeducación		Explicar sobre las respuestas somáticas y conductuales de su ansiedad para aprender a diferenciar a la preocupación de la ansiedad.	Identificados en consulta
Sesión 4:	Desarrollar la capacidad para	Se explica para qué es, cómo	Presentación de los
Introducción a la	identificar pensamientos	practicar la reestructuración	pensamientos distorsionados.
reestructuración cognitiva	distorsionados ligados a la ansiedad y modificarlos por pensamientos adaptativos, realistas y flexibles	cognitiva y sus beneficios. Explicar cómo generar pensamientos alternativos y flexibles.	Elaboración del pensamiento real.

Sesión 5:	Explicación de la técnica de	Video explicativo
Detención del pensamiento	detención del pensamiento y el procedimiento a realizar, donde la paciente elige una hora del día para enfocarse en los pensamientos que le causan preocupación	
Sesión 6:	Explicación de la técnica para	Video de extractos de películas.
Refutación	refutar pensamientos ansiosos basados en la realidad y el momento presente que está viviendo. Se debate la creencia junto con el consultante y él genera pensamientos adaptativos	

Sesión 7:	Reducir los síntomas	Recordar estados de	Música relajante.
Visualización	fisiológicos de la ansiedad a través del entrenamiento de relajación de Jacobson y la respiración diafragmática.	tranquilidad, para posteriormente inducirlos a través de la imaginación	
Sesión 8:		Explicación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson y modelado de la misma, así como de los beneficios del uso.	Video explicativo
Relajación de Jacobson			
Sesión 9:		Explicar en qué consiste la respiración profunda y se realiza una práctica en vivo.	Video explicativo.
Respiración diafragmática			Registro de unidades subjetivas de ansiedad

Sesión 10:		Explicación de la utilidad del	Modelo de autorregistro
Autorregistro		registro y de su utilización a lo largo del programa de intervención	
Sesión 11:	Favorecer el uso de técnicas de	Explicación de su análisis	Autorregistro de situaciones
Identificación de emociones	solución de problemas para afrontar situaciones percibidas como estresantes.	funcional a la paciente para la identificación correcta de sus emociones.	cotidianas
Sesión 12:		Explicación de la técnica de	Anotación de la utilización de
Técnica ABCDE		reestructuración cognitiva ABCDE	la técnica en situaciones de la vida diaria.
Sesión 13:		Orientación hacia el problema	Registro de situaciones donde
Hechos vs interpretaciones		basado en cuatro pasos, definir el suceso, generar una solución alternativa, tomar una decisión	interpreto lo sucedido y aplicó lo aprendido

		y llevarla a la práctica y	
		evaluar la solución empleada	
Sesión 14:	Asertividad para responder	Identificar qué, cómo, cuándo y	Emplear respuestas mínimas
Asertividad	frente a situaciones en las que	dónde intervenimos y la	iniciales “mmm”, solicitar
	se siente afectada	calidad de su intervención	aclaraciones.
Sesión 15:		Utilizar la imaginación guiada,	Cuestionario elaborado por la
Desensibilización		para visualizar situaciones	paciente sobre las posibles
		donde es necesario expresar su	respuestas a utilizar cuando
		punto de vista, grabación de	hablan sobre su hija.
		situaciones y exposición a las	
		mismas.	
Sesión 16:	Prevención de recaídas	Repaso de técnicas aprendidas	
Prevención de recaídas		que pueda utilizar en	
		situaciones cotidianas.	

Sesión 17:		Entrenamiento en la	Registro de preocupaciones
Elaboración de		elaboración de	presentes y clasificación de
autoinstrucciones		autoinstrucciones positivas,	estas en pasadas, presentes o
		estoy bien, puedo hacerlo bien,	futuras.
		tranquilízate	
		Aplicación del inventario de	
		ansiedad de Beck (BAI)	
Sesión 18:			Ensayo de situaciones
Role playing		Aplicación del ISRA	cotidianas para aplicar lo
			aprendido.
Sesión 19:	Revisión de los logros	Se realiza una revisión de los	Ficha de aprendizajes de
Cierre del programa y alta	obtenidos y los aprendizajes de	aprendizajes obtenidos y se	terapia.
psicológica	terapia	apuntan en la ficha.	Ficha “Mis logros en terapia”
		Luego se completa la ficha	
		“Mis logros en terapia”.	

Se refuerza sus avances y que
siga realizando actividades
agradables y acciones dirigidas
a sus objetivos.

Se escribe una carta para otra
persona que desee empezar
terapia.

2.8 Consideraciones éticas

La participante del presente trabajo académico recibió la debida protección a su privacidad, teniendo el derecho a desistir con la intervención en cualquier momento y posteriormente, concluido el tratamiento, tuvo un seguimiento de las metas conseguidas.

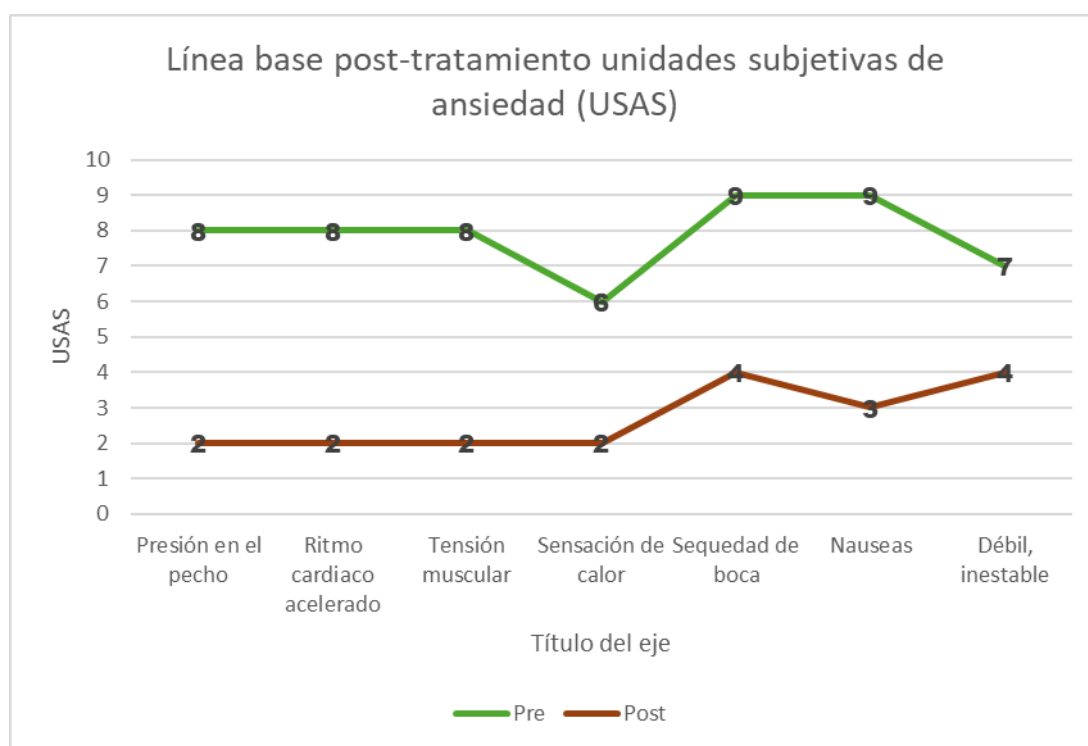
III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados pre y post intervención

De acuerdo con el análisis de la sintomatología fisiológica, se puede observar claramente una disminución en las unidades subjetivas de ansiedad entre la línea base y el post tratamiento, logrando reducir su sintomatología sobre todo en la tensión muscular, ritmo cardíaco acelerado y presión en el pecho.

Figura 2

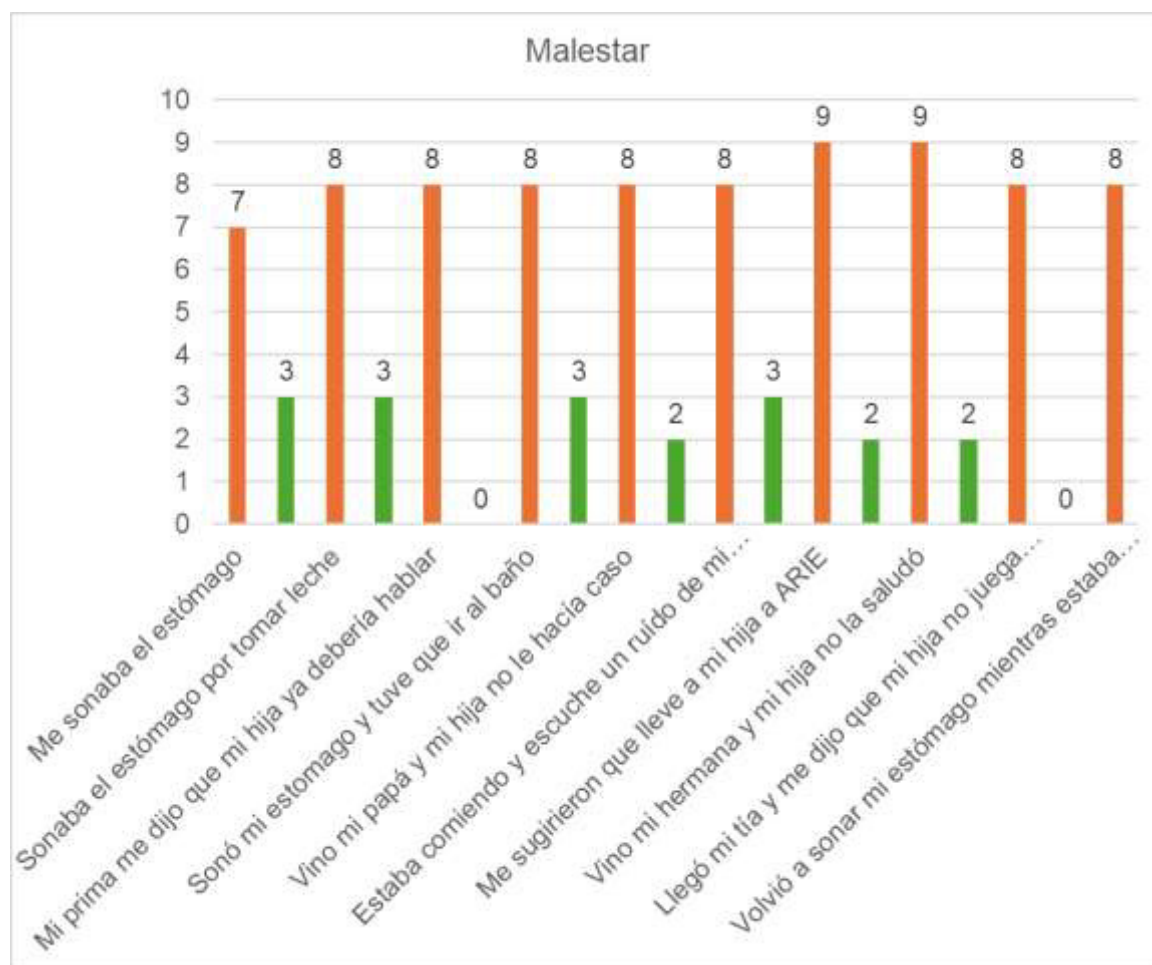
Línea base postratamiento de unidades subjetivas de ansiedad (USAS)



En la figura 3 se aprecia el registro de malestar causado por los comentarios y situaciones de la vida cotidiana, donde también se aprecia una disminución significativa de dicho malestar, sobre todo los relacionados con la conducta de su hija.

Figura 3

Malestar causado por situaciones de la vida cotidiana



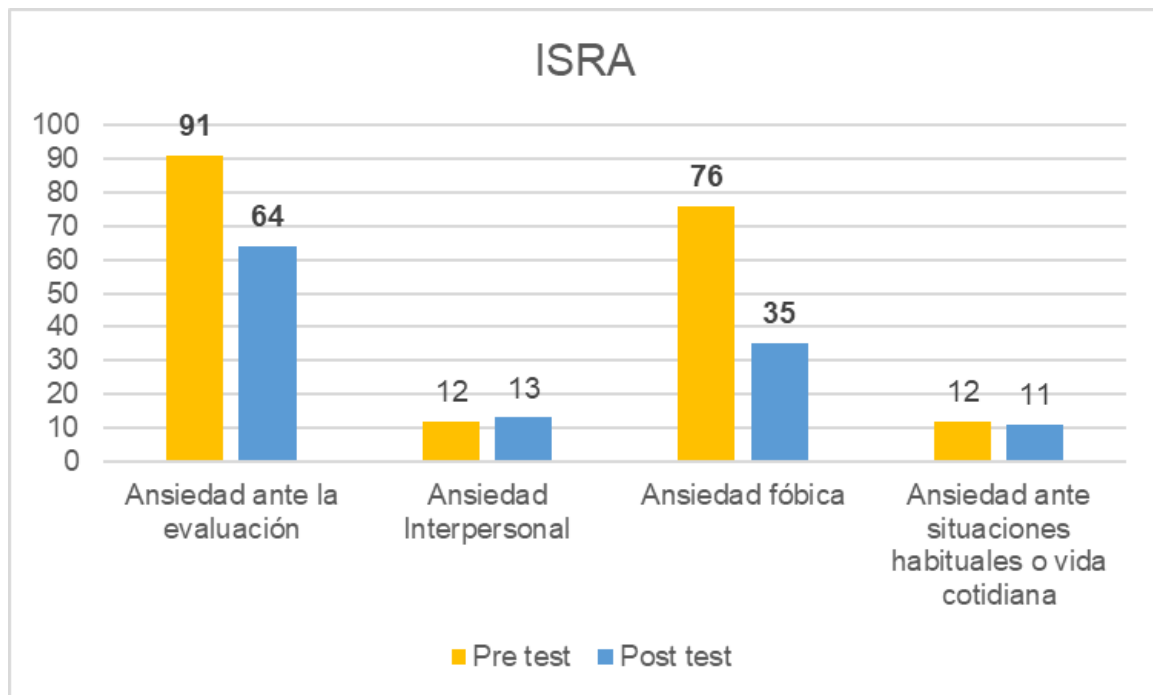
Como resultado del Inventario de Situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), se evidencia una disminución de la Ansiedad ante la evaluación y la Ansiedad fóbica de severa a marcada validado con el pretest y el post test.

Es así como en el factor situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades = 91, logró disminuir a la categoría moderada con un puntaje de 64.

En cuanto al factor situaciones fóbicas = 76, logró disminuir a la categoría moderada con un puntaje de 35. Esto lo podemos visualizar en la Figura 4.

Figura 4

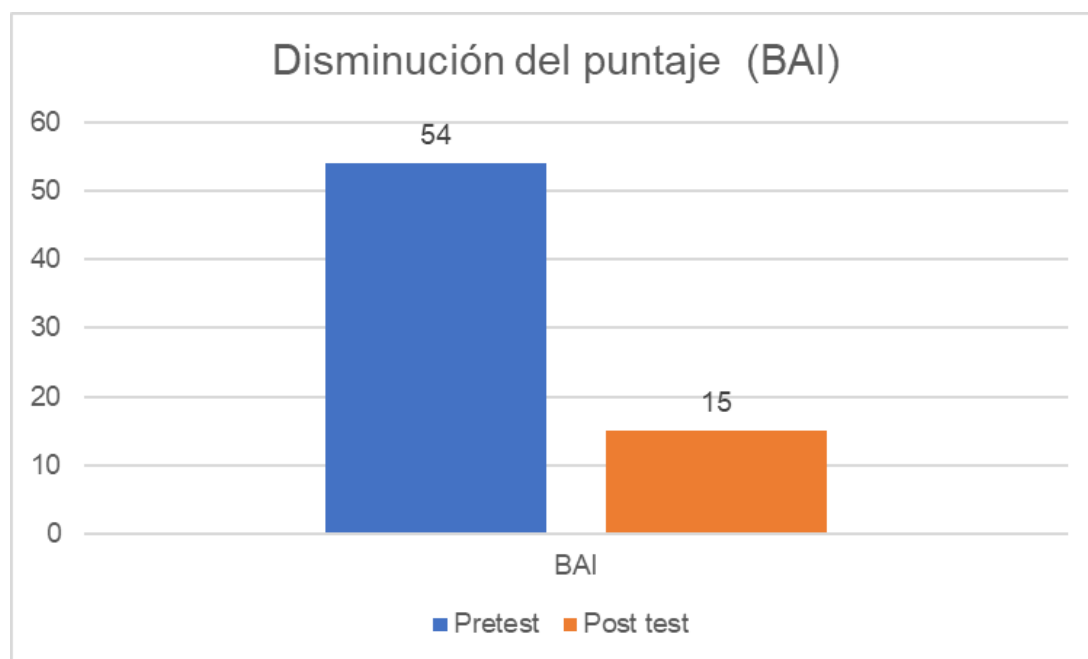
Resultados pretest y postest de la aplicación del ISRA



En cuanto al inventario de Ansiedad de Beck (BAI), obtenemos como resultado que el nivel de ansiedad de la paciente =54 denominado ansiedad grave, logró disminuir a un nivel de ansiedad leve= 15 puntos mejorando notablemente en los síntomas fisiológicos y la valoración subjetiva de la ansiedad.

Figura 5

Resultados pretest y posttest de la aplicación del BAI



3.2 Discusión de Resultados

El objetivo de este estudio fue reducir los síntomas de ansiedad generalizada mediante técnicas cognitivas conductuales, los resultados reflejan que se logró dicho objetivo, estos resultados coinciden con los informados por Velasco (2022) donde señala que hubo una disminución considerable de la sintomatología fisiológica, motora y cognitiva, lo que se traduce en la paciente un mayor control de los estímulos ansiógenos.

Asimismo en el presente estudio se logró modificar los pensamientos de la paciente a través de la reestructuración cognitiva, permitiendo a la paciente que pueda elaborar pensamientos basados en la realidad y una mejor orientación hacia el problema, dichos resultados coinciden con los encontrados por Vizcarra (2018) donde el paciente presentó una mejoría de su funcionalidad y disminución significativa de la preocupación constante y la baja autoestima a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Por otro lado, Velasco (2022) indica que se logró disminuir la tensión muscular, desarrollar habilidades de afrontamiento en situaciones que le causaban estrés en una paciente

mujer con diagnóstico de TAG, lo cual coincide con la presente investigación pues se logró mejorar sobre todo el afrontamiento a situaciones donde se sentía juzgada y elevaban su nivel de ansiedad a través técnicas asertivas para hacer notar su punto de vista sin necesidad de generar conflictos adicionales.

Se logró la reducción significativa de sus síntomas fisiológicos y pensamientos distorsionados que permitieron a la paciente elaborar pensamientos saludables que acompañados con las técnicas de relajación aprendidas reportaron una mejoría significativa de su calidad de vida, los mismos que a pesar de no haberse extinguido por completo ya no conllevan el mismo nivel de activación de ansiedad pre tratamiento, este resultado se asemeja a lo reportado por Berdazco et al (2022), donde lograron con éxito entrenar a una paciente mujer de 60 años en la desactivación fisiológica, así como en la disminución de los pensamientos de catastrofización y magnificación, en la cual la paciente logró detectar y modificar dichos pensamientos a través de técnicas cognitivo conductuales.

La principal limitación de este caso fue que al inicio la paciente cuestionaba las indicaciones del terapeuta, ya que no había tenido buenas experiencias anteriormente con profesionales de salud mental. Es así como a partir de la 3era sesión el compromiso de la paciente se hace evidente al cumplir con las tareas asignadas, preguntando por la correcta realización de los ejercicios de relajación, logrando al final del tratamiento la disminución de su sintomatología ansiosa.

El presente estudio de caso es de suma relevancia puesto que aporta y demuestra la efectividad del tratamiento cognitivo conductual para el tratamiento eficaz del trastorno de ansiedad generalizada.

3.3 Seguimiento

El tratamiento fue estructurado en tres etapas: 1 evaluación donde se aplicaron los inventarios y prueba de personalidad, 2 tratamiento donde se brindaron las técnicas como

psicoeducación, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, etc y tuvo una duración hasta la sesión 15 y finalmente la etapa 3 seguimiento, donde se trabajó básicamente en la prevención de recaídas a través de la elaboración de autoinstrucciones, valoración de logros obtenidos en el tratamiento y la elaboración de preocupaciones presentes y futuras por parte de la paciente.

IV. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos de la aplicación de la terapia cognitivo conductual, se obtuvieron las siguientes conclusiones.

4.1 La paciente logró establecer un adecuado vínculo terapéutico con el psicólogo tratante, que le permitió realizar las consultas pertinentes sobre el tratamiento a seguir.

4.2 Se logró la reducción significativa de sintomatología fisiológica tales como latidos cardíacos acelerados, tensión muscular, sudoración palmar a través de las técnicas de relajación muscular.

4.3 El cambio de pensamientos fue decisivo para el éxito de este tratamiento, puesto que la paciente logró comprender que, si bien se presentan, no tiene que obedecerlos o dejarse llevar ya que el control de estos radica en que puede reelaborarlos a partir de pruebas objetivas de la realidad y no a base de interpretaciones.

4.4 Un cambio importante fue el que logró defender su punto de vista cada vez que realizaban algún comentario sobre su hija, ya que por el ambiente en que se había criado no sentía la capacidad de poder responder o refutar los comentarios que hacía su familia, es así como al lograr desarrollar esta habilidad de afrontamiento logró hacerle frente con éxito a aquellas situaciones que le causaban momentos de ansiedad.

4.5 Si bien los sonidos de su estómago continuaron ocurriendo, logró detectar el pensamiento de “estoy mal del estómago de nuevo”, esperar y verificar si alguien más escuchaba el sonido y al ver que nada cambiaba a su alrededor, explicaba el sonido con respuestas internas tales como, “esta palta me ha caído mal” o “debo comer menos frijoles” o simplemente, “estoy comiendo y el estómago tienen que hacer sonidos cuando tengo hambre o estoy comiendo”.

V. RECOMENDACIONES

5.1 Se recomienda continuar investigando la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada, puesto que si bien el diagnóstico pueda ser el mismo, las características de cada paciente ayudarían a desarrollar herramientas de intervención para los nuevos casos que puedan presentarse.

5.2 Se recomienda a la paciente que participe en un programa de seguimiento de por lo menos 1 vez cada 6 meses por los próximos 2 años para ajustar aquellas indicaciones o reforzar las autoinstrucciones que se brinda y logran mantener su ansiedad a un nivel normal.

5.3 Desarrollar actividades preventivas en instituciones educativas donde se les pueda explicar la diferencia entre preocupación y ansiedad para que puedan diferenciarlos adecuadamente.

5.4 Evaluar cada caso para poder intervenir no de acuerdo al libro, sino con aquella herramienta que inicialmente le reporte una sensación de bienestar al paciente y poder comprometerlo a terminar el tratamiento, por ejemplo, enseñarle desde la primera sesión la respiración diafragmática.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2010, 15 de junio). *Trastornos de ansiedad: El papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*.
<https://www.apa.org/topics/anxiety/tratamiento?partner.nlm>
- Bados, A., & García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, A. T. (2004). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós.
- Berdazco Pintado, D., Hernández Montaña, A., & González Tovar, J. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada: Un estudio de caso desde la terapia cognitiva conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4).
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/84306>
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.

Collado García, S. Y. (2020). *Evaluación e intervención en un caso de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva moderada* [Trabajo de fin de máster, Universidad de Jaén].

Repositorio

UJAEN.

<https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/14075/1/TFM%20FINAL%20collado.pdf>

Díaz García, M. I., Ruiz Fernández, M. Á., & Villalobos Crespo, A. (2020). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

El Peruano. (2023, 23 de abril). *Salud mental: Casos atendidos por Minsa se incrementaron en casi 20 % durante el 2022*. <https://www.elperuano.pe/noticia/210845-salud-mental-casos-atendidos-por-minsa-se-incrementaron-en-casi-20-durante-el-2022>

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

Fleischmann, M. (2017, 7 de abril). *Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión*. Banco Mundial.

<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>

Garay, C. J., & Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva: El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 125–134. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946990003>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Iraizoz Ciarra, A. (2012). Violencia de género: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada. *Acción Psicológica*, 9(1), 115–122. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030769010>

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2007). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill.

- León Lizcano, L. (2019). *Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada* [Monografía de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6388>
- Montorio, I., Izal, M., & Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. En V. E. Caballo, I. C. Salazar & J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 286–302). Pirámide. https://www.researchgate.net/publication/314260486_Trastorno_de_ansiedad_generalizada
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2025a, 8 de septiembre). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2025b, 8 de octubre). *Salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pabuena Puello, M. (2019). *Evaluación e intervención clínica de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada desde el modelo cognitivo conductual* [Monografía de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Desclee de Brouwer.

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

Vega Luján, J. F. (2017). *Estudio de caso clínico: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2842>

Velasco Huamán, 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://hdl.handle.net/20.500.13084/5745>

Vizcarra Huyhua, C. L. (2018). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral caso clínico: Trastorno de ansiedad generalizada* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/7882a51d-c81d-4fac-b770-a631e17707de>

Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Desclee de Brouwer.

Yañez Ferro, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11577>

VII. ANEXOS

Anexo A: Resultados de aplicación del BAI

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

PB → 2 10 42

total = 54
(Ansiedad Severa)

Anexo B: Resultados de la aplicación del ISRA

129112262

Nº 150

R.E.

ISRA

HOJA DE PERFIL (Rasgos específicos)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

Puntuaciones directas					CLASIFICACIÓN
Puntuaciones centiles	91	12	76	12	
	F - I	F - II	F - III	F - IV	
CENTILES	216 y + o	90 y + o	167 y + o	92 y + o	ANSIEDAD EXTREMA
192 o	69 o	133 o	73 o		
172 o	58 o	125 o	65 o		
99 o					ANSIEDAD SEVERA
95 o					
90 o					
85 o					
80 o					DE ANSIEDAD MODERADA A ANSIEDAD MARCADA
75 o					
70 o					
65 o					
60 o					
55 o					
50 o					
45 o					
40 o					
35 o					
30 o					AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA
25 o					
20 o					
15 o					
10 o					
5 o					



AUTORES: J. J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel
 Copyright © 1986, 1995 by TEA Ediciones, S.A., que se reserva todos los derechos - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Pray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 10494 - 1987.

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, fríos o calientes.	☒	☐	☐	☐

96 → 9 6

TOTAL = 15

(Ansiedad leve)

Nº 150

R.E.

ISRA

HOJA DE PERFIL (Rasgos específicos)

Apellidos y nombre..... Edad..... Sexo.....
 Centro..... Curso/Puesto..... Estado civil.....
 Otros datos..... Fecha.....

Puntuaciones directas					CLASIFICACIÓN
Puntuaciones centiles	64	13	35	11	
	F - I	F - II	F - III	F - IV	
CENTILES	216 y + o	90 y + o	167 y + o	92 y + o	ANSIEDAD EXTREMA
	192 o	69 o	133 o	73 o	
	172 o	58 o	125 o	65 o	
	o	o	o	o	
99	o	o	o	o	ANSIEDAD SEVERA
95	o	o	o	o	
90	o	o	o	o	
85	o	o	o	o	
80	o	o	o	o	DE ANSIEDAD MODERADA
75	o	o	o	o	
70	o	o	o	o	
65	o	o	o	o	
60	o	o	o	o	A ANSIEDAD MARCADA
55	o	o	o	o	
50	o	o	o	o	
45	o	o	o	o	
40	o	o	o	o	AUSENCIA DE ANSIEDAD ○ ANSIEDAD MÍNIMA
35	o	o	o	o	
30	o	o	o	o	
25	o	o	o	o	
20	o	o	o	o	
15	o	o	o	o	
10	o	o	o	o	
5	o	o	o	o	



AUTORES: J. J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986, 1995 by TEA Ediciones, S.A., que se reserva todos los derechos - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 10494 - 1987.

Anexo E: Autorregistro de Línea Base

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Nivel de Malestar 0 -10

Anexo F: Lista de Cotejo para Actividades saludables

Actividad saludable	¿Cumplió la actividad durante la semana?	Observaciones
Ir al gimnasio	Si No	
Jugar con su hija	Si No	
Salir con sus amigos	Si No	
Ver una serie con su madre	Si No	
Lectura de temas que le agraden	Si No	
Programar sus espacios libres de la semana	__Si __No	

Anexo G: Situación desencadenante de emociones negativas

SITUACIÓN DESENCADENANTE DE EMOCIONES NEGATIVAS:

ANTES (PREPARACIÓN)	
Ejemplos:	Escriba:
Con esta reacción puedo ponerme muy tenso (a), desesperarme o perder el control.	
No tengo que centrarme en lo que causa o lo que ocasiona lo que me pasa, sino en lo que tengo que hacer.	
Puedo relajarme: voy a respirar profundamente.	
Pensaré en lo que puedo hacer al respecto.	

DURANTE (MANEJO DE LA SITUACIÓN)	
Ejemplos:	Escriba:
Soy capaz de enfrentar esto	
Me concentraré en el plan, un paso a la vez	
Me concentraré en mi respiración, en lo que tengo que hacer y no en la causa de mi tensión	
Pronto habrá terminado. Si cometí un error lo corregiré	

DESPUÉS (REFORZAMIENTO DEL ÉXITO)	
Ejemplos:	Escriba:
Pude controlar la tensión y mi cólera	
Resultó, funcionó	
La próxima vez me saldrá mejor	
Me relajé y lo conseguí	

Anexo H: Formulario de automonitoreo de sensaciones físicas

FORMULARIO DE AUTOMONITOREO DE SENSACIONES FISICAS

Nombre: _____ Fecha: _____

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

Describa brevemente la situación ansiosa: _____

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

Listado de Sensaciones físicas experimentadas en la situación:

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

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