



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN GESTANTE

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Lozada Malarín, Nancy

Asesora:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Aguilar Mori, Karim

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN GESTANTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

15%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	5%
3	archive.org Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	idoc.pub Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	<1%
7	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA EN GESTANTE

Línea de Investigación:
Salud Mental

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

Autora:
Lozada Malarín, Nancy

Asesor:
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:
Díaz Hamada, Luis Alberto
Aguilar Mori, Karim
Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima – Perú
2024

Pensamientos

“Cuanto más te conoces a ti mismo, más paciencia tienes para lo que ves en los demás”

Erick Erickson

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

Albert Ellis

Dedicatoria

Al profesor Lizardo Vásquez Saavedra, quien me dio la oportunidad de ser psicóloga; a mis padres, hermanos, mi pequeña familia Ivana e Iván y a mi tía Rosa y Juan.

Agradecimientos

A mi hermana Dalia por acompañarme en cada decisión, a mis tíos que me brindaron apoyo y acompañamiento en la vida universitaria y a mi asesor Vicente Eugenio Mendoza Huamán

ÍNDICE

Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	12
1.1. Descripción del problema.....	13
1.2. Antecedentes.....	14
1.2.1. Antecedentes Nacionales:	14
1.2.2. Antecedentes Internacionales	16
1.3. Fundamentación Teórica	18
1.3.1.2. Clasificación de las técnicas.....	20
1.4. Objetivos.....	28
1.5. Justificación	29
1.6. Impactos esperados del trabajo académico.....	30
II. Metodología.....	31
2.1. Tipo y diseño de Investigación.....	31
2.2. Ámbito Temporal y espacial.....	31
2.3. Variables de Investigación.....	31
2.4. Participante	33
2.5. Técnicas e instrumentos.....	33
2.5.1. Técnicas.....	33
2.5.2. Instrumentos	34

2.5.3. Evaluación Psicométrica	39
2.5.4. Informe psicológico integrado	47
2.5.5. Evaluación psicológica.....	50
2.5.6. Diagnóstico tradicional (DSM-V).....	62
2.6. Intervención psicológica.....	69
2.6.1. Plan de Intervención y calendarización.....	69
2.6.2. Programa de intervención.....	72
2.7. Consideraciones éticas.....	77
III. Resultados.....	78
3.1. Análisis de resultados	78
3.2. Discusión de resultados	87
3.3. Seguimiento	90
IV. Conclusiones.....	91
V. Recomendaciones	92
VI. Referencias	93
VII. Anexos.....	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Registro de conductas motoras</i>	36
Tabla 2 <i>Registro de conductas cognitivas</i>	37
Tabla 3 <i>Registro de conductas emocionales</i>	38
Tabla 4 <i>Registro de conductas fisiológicas</i>	38
Tabla 5 <i>Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)</i>	39
Tabla 6 <i>Interpretación del Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)</i>	40
Tabla 7 <i>Resultados del inventario de pensamientos automáticos</i>	42
Tabla 8 <i>Resultados del inventario de ansiedad rasgo y estado</i>	45
Tabla 9 <i>Listado de conductas problemas</i>	51
Tabla 10 <i>Análisis funcional</i>	52
Tabla 11 <i>Análisis cognitivo</i>	52
Tabla 12 <i>Listado de conductas problemas</i>	53
Tabla 13 <i>Análisis funcional</i>	53
Tabla 14 <i>Análisis cognitivo</i>	54
Tabla 15 <i>Listado de conductas problema</i>	54
Tabla 16 <i>Análisis funcional</i>	55
Tabla 17 <i>Análisis cognitivo</i>	55
Tabla 18 <i>Listado de conductas problema</i>	56
Tabla 19 <i>Análisis funcional</i>	56

Tabla 20 <i>Análisis cognitivo</i>	56
Tabla 21 <i>Listado de conductas problema</i>	57
Tabla 22 <i>Análisis cognitivo</i>	57
Tabla 23 <i>Listado de conductas problema</i>	58
Tabla 24 <i>Análisis cognitivo</i>	58
Tabla 25 <i>Educación</i>	60
Tabla 26 <i>Historia familiar</i>	60
Tabla 27 <i>Comparación de criterios DSM5 y conductas de la paciente</i>	62
Tabla 28 <i>Diagnóstico Funcional general</i>	65
Tabla 29 <i>Análisis Funcional general de las Conductas</i>	67
Tabla 30 <i>Análisis cognitivo</i>	68
Tabla 31 <i>Intervención y calendarización</i>	69
Tabla 32 <i>Programa de intervención</i>	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Análisis del efecto del programa en sintomatología de las conductas motores</i>	78
Figura 2 <i>Resultado de frecuencias del consolidado de conductas motoras (Pre test-Post test)</i>	79
Figura 3 <i>Análisis del efecto del programa en sintomatología de las conductas cognitivas</i> ...	80
Figura 4 <i>Consolidado de resultado de frecuencias de conductas Cognitivas (Pre test-Post test)</i>	81
Figura 5 <i>Análisis del efecto del programa en sintomatología de conductas emocionales</i>	82
Figura 6 <i>Consolidad de resultado de frecuencias de conductas emocionales (Pre test-Post test)</i>	83
Figura 7 <i>Análisis del efecto del programa en sintomatología de conductas fisiológicas</i>	84
Figura 8 <i>Consolidado de resultado de frecuencias de conductas fisiológicas (Pre test-Post test)</i>	85
Figura 9 <i>Resultado de frecuencias y porcentual de conductas motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas (Pre test-Post test)</i>	86

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo determinar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante de 31 años. Para el diagnóstico se utilizaron procedimientos: Entrevista psicológica, historia psicológica, observación conductual y aplicación de instrumentos psicológicos: Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000), Inventario de Pensamientos automáticos, Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE). El diseño es experimental caso único: bicondicional AB, con seguimiento; inicialmente utilizamos una línea base, registrando durante la primera semana un total de 40 ocasiones en que se activaron conductas motoras, 45 conductas cognitivas, 56 conductas emocionales, 49 conductas fisiológicas. Para el logro del objetivo, se utilizaron técnicas de intervención como psicoeducación, análisis conductual, entrenamiento en darse cuenta, técnica ABC, discusión y debate de creencias, relajación progresiva y autógena, desensibilización sistemática, exposición con imaginación, análisis en cadena, solución de problemas, habilidades en regulación emocional, pros y contras de usar habilidades interpersonales; al concluir el plan de intervención en la sesión 13, obtuvo una reducción significativa de comportamientos motores (10), conductas cognitivas (5), conductas emocionales (11), (5) conductas fisiológicas.

Palabras clave: intervención cognitivo conductual, preocupaciones, activación psicofisiológica, respuestas de escape, trastorno de ansiedad generalizada.

ABSTRACT

The study aims to determine the effectiveness of cognitive behavioral intervention in generalized anxiety disorder in a 31-year-old pregnant woman. For the diagnosis, procedures were used: Psychological interview, psychological history, behavioral observation and application of psychological instruments: Eysenck Personality Questionnaire (2000), Inventory of Automatic Thoughts, Trait and State Anxiety Inventory (IDARE). The design is a single case experimental: biconditional AB, with follow-up; Initially we used a baseline, recording during the first week a total of 40 occasions in which motor behaviors were activated, 45 cognitive behaviors, 56 emotional behaviors, and 49 physiological behaviors. To achieve the objective, intervention techniques such as psychoeducation, behavioral analysis, awareness training, ABC technique, discussion and debate of beliefs, progressive and autogenic relaxation, systematic desensitization, exposure with imagination, chain analysis, problem solving were used. , skills in emotional regulation, pros and cons of using interpersonal skills; At the conclusion of the intervention plan in session 13, a significant reduction in motor behaviors (10), cognitive behaviors (5), emotional behaviors (11), and (5) physiological behaviors was obtained.

Keywords: cognitive behavioral intervention, worries, psychophysiological activation, escape responses, generalized anxiety disorder.

I. INTRODUCCIÓN

La intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en gestante; es aplicado, a una usuaria de 5 meses de gestación, quien presenta antecedentes clínicos de haber visitado durante 3 veces por semana los servicios de ginecología y gastroenterología, refiriendo presencia de dolor de estómago, reflujo estomacal, garganta seca, contracción pectoral que le dificulta respirar, sintomatología que según los reportes clínicos no se debe a una afección medica; al realizar la evaluación psicológica se determina que la usuaria padece trastorno de ansiedad generalizada. Este estudio buscó disminuir, preocupaciones, activación psicofisiológica producidas como situaciones de alarma, respuestas emocionales disfuncionales y respuestas de escape del trastorno de la patología; para fortalecer el objetivo general de la intervención se trabajó los objetivos específicos de: reestructurar pensamientos automáticos “toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí”, “soy incapaz de manejar mis problemas”, “me voy a volver loca”, “sí me pongo mal quien me ayude”, “si me desmayo que va a pasar con mi hijo”, “los gritos de mi hijo me alteran”, “mi bebe se va morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”, “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, “sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”; la disminución de síntomas fisiológicos producidos como situaciones de alarma, como, sudoración de manos, taquicardia, dificultad para respirar, ganas de llorar, contracción pectoral que le dificulta la respiración, temblor en el cuerpo así como disminuir la intensidad de conductas emocionales disfuncionales, miedo a estar sola, frustración, tristeza, temor a no poder comer y; asimismo se trabajó la disminución de conductas motoras; al culminar en la semana 13 se obtuvo disminución significativa de conductas motoras (10), conductas cognitivas (5), conductas emocionales (11), (5) conductas fisiológicas; demostrando la efectividad del tratamiento.

1.1. Descripción del problema

Para Barlow (2002) la ansiedad es una emoción orientada hacia el futuro, influenciada por las interpretaciones que hace el individuo por, creer que no tiene dominio y no se puede prevenir, en relación a eventos altamente desagradables dirigiendo la atención hacia posibles peligros o hacia las sensaciones que se despiertan como respuesta.

Según Caballo (1997), las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracterizan por presentar síntomas de ansiedad, preocupaciones recurrentes y constantes, y una sensación de incapacidad para controlar esas preocupaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) Expone tratamientos eficaces para trastornos de ansiedad sin embargo solo 1 de 4 personas reciben tratamiento; entre los obstáculos para que se atienda esta problemática, es la falta de concientización que es prioridad, que necesita intervención, falta de inversión, falta de profesionales capacitados y el estigma social.

La OMS (2022) señala que los trastornos de ansiedad son prevalentes en la población, con 301 millones de personas afectadas a nivel mundial en 2019, lo que representa un 4% de la población global. De manera similar, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2023) reporta que la ansiedad es uno de los problemas más frecuentemente tratados en los servicios de salud.

MINSA (2023) reporta que la ansiedad ocupa el segundo lugar con 343 897 registros con este diagnóstico, seguida depresión 207 068 y síndrome del maltrato 550 965 ocupa el primer lugar de atenciones en los establecimientos de salud.

En el Hospital de Callao se llevó a cabo un estudio sobre la evaluación de la ansiedad durante el COVID-19, con una muestra de 350 mujeres embarazadas. Los resultados mostraron que el 76,3% experimentó ansiedad moderada, el 14,3% presentó ansiedad alta y el 9,4% tuvo niveles de ansiedad muy altos.

Por estos argumentos se propone determinar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante, usuaria que presenta pensamientos significativos como: “toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí”, “soy incapaz de manejar mis problemas”, “me voy a volver loca”, “sí me pongo mal quien me ayudar”, “si me desmayo que va a pasar con mi hijo”, “mi bebe se va morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”, “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “los gritos de mi hijo me alteran”, “mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, “sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”; acompañando estos pensamientos conductas emocionales de ansiedad, miedo a estar sola, frustración, tristeza, temor a no poder comer y síntomas fisiológicos, como, sudoración de manos, incremento de la frecuencia cardiaca, falta de aire, ganas de llorar, contracción pectoral que le dificulta la respiración, temblor en el cuerpo; generando en la usuaria buscar ayuda aduciendo que no puede respirar, desplazando su rol parental únicamente al esposo, busca información en internet de sus posibles diagnósticos y forzándose a ingerir alimentos. Este estudio de caso busca un impacto teórico y práctico que sirva como guía de investigadores, personal de salud y autoridades que promueven la recuperación y estabilidad emocional de la población afectada por este diagnóstico.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales:

Sotomayor (2023) llevó a cabo un estudio en Lima sobre la intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una mujer adulta. Utilizando un diseño experimental tipo AB, la investigación empleó diversos métodos como entrevistas, observaciones, psicoeducación, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones, autoregistro, y modelos como el ABC y el ABCDE. También se aplicaron técnicas como debate socrático, biblioterapia, respiración diafragmática, relajación muscular de Jacobson, actividades

recreativas, modelado, entrenamiento en asertividad y roleplaying, así como resolución de problemas. Los resultados mostraron una reducción significativa en las emociones de ansiedad y miedo, que disminuyeron de 10 a 3, la ira se redujo de 7 a 2, y la frecuencia de pensamientos pasó de 38 antes de la intervención a 11 al final. El estudio concluye que la terapia aplicada fue efectiva en reducir las cogniciones distorsionadas, las emociones negativas y las conductas disfuncionales, cumpliendo así con el objetivo general.

Díaz (2022) realizó un estudio sobre el tratamiento cognitivo conductual para una mujer de 46 años de Arequipa con trastorno de ansiedad generalizada, quien también enfrentaba epilepsias parciales, problemas con su imagen corporal y control de impulsos, y recibía tratamiento psiquiátrico. La investigación se centró en reducir los síntomas de ansiedad. Tras completar 36 sesiones, se logró una disminución en los síntomas: la sudoración bajó del 92% al 40%, la fatiga se redujo del 45% al 20%, y la tensión muscular disminuyó del 95% al 50%. Las técnicas empleadas incluyeron psicoeducación, relajación, exposición, manejo de preocupaciones, reestructuración cognitiva, y habilidades sociales específicas como autoestima, comunicación, asertividad, control de impulsos y toma de decisiones. Los resultados evidencian la efectividad del programa.

Huamani (2022) aplicó una intervención cognitivo conductual en Lima a una mujer adulta con ansiedad generalizada. El objetivo era evaluar la efectividad de esta terapia para el trastorno en cuestión, utilizando un diseño experimental de caso único A-B-A. Se emplearon técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson y reestructuración cognitiva. Los resultados mostraron una notable disminución en las conductas emocionales: la frecuencia de ansiedad bajó de 45 a 4, la tristeza de 31 a 4, el miedo de 43 a 4, la ira de 9 a 1, y la frustración de 19 a 2. Esto demuestra que se alcanzaron los objetivos, con una notable reducción en la sintomatología, así como en las reacciones físicas y emocionales.

Maraví (2020) llevó a cabo una intervención cognitivo conductual con una mujer de 43 años con trastorno de ansiedad generalizada, utilizando un diseño experimental de caso único multicondicional ABA en Piura. Se aplicaron técnicas como psicoeducación, programación de actividades, reestructuración cognitiva, diálogo expositivo, automonitoreo, exposición, resolución de problemas, técnicas de relajación, control de estímulos y ensayos conductuales. Los resultados mostraron una reducción en la intensidad de la ansiedad, que pasó del 54% en la evaluación inicial al 14% en la evaluación final, confirmando la efectividad de la intervención.

Zegarra (2019) llevó a cabo una terapia cognitivo conductual para tratar el trastorno de ansiedad generalizada en un paciente de 20 años durante un período de 4 meses, con un total de 10 sesiones terapéuticas. El estudio, realizado en Lima utilizando un diseño de caso único, tuvo como objetivo controlar las respuestas anticipatorias y reducir la intensidad emocional frente a situaciones que provocan ansiedad. Se emplearon técnicas como reestructuración cognitiva, auto instrucciones, detención del pensamiento, la técnica de tres columnas, entrenamiento en relajación, respiración, visualización, técnicas de biofeedback y tareas para casa. Los resultados indicaron que la terapia cognitivo conductual es efectiva para tratar el trastorno de ansiedad generalizada.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Díaz (2021) realizó en Barranquilla una evaluación e intervención para un niño de 10 años con trastorno de ansiedad generalizada, utilizando un enfoque cognitivo conductual en un estudio de caso único. Para la evaluación, se utilizaron herramientas como la escala de ansiedad manifiesta para niños revisada (CMAS-R), la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS), el cuestionario de depresión infantil (CDI), auto registros, entrevistas ADIS para padres y niños, y la lista de chequeo de síntomas DSM-5. La intervención se basó en los protocolos de Kendall (2010) y en el manual de Barlow (2017) sobre trastornos psicológicos

en niños y adolescentes. Los resultados mostraron una reducción en la activación fisiológica, una modificación y reestructuración del pensamiento, y destacaron la importancia de trabajar con los padres para eliminar reforzadores de comportamientos inadecuados del niño.

Perez y Graña (2019) realizaron un estudio de caso único en España sobre el trastorno de ansiedad generalizada, utilizando el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas con una mujer de 45 años. El objetivo fue mejorar el control emocional y reducir la ansiedad excesiva, así como el estado de ánimo negativo. La intervención consistió en 43 sesiones semanales e incluyó psicoeducación, biblioterapia, autorregistros, respiración abdominal, exposición gradual mediante experimentos conductuales, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Los resultados confirmaron la validez del tratamiento cognitivo conductual para el TAG basado en el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007).

León (2019) llevó a cabo un proceso psicoterapéutico con un hombre de 54 años con trastorno de ansiedad generalizada en Bucaramanga, utilizando el modelo cognitivo-conductual. La evaluación incluyó una entrevista no estructurada, observación conductual, autorregistros, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE). El objetivo fue reducir los síntomas del trastorno a lo largo de 13 sesiones, empleando técnicas como reestructuración cognitiva, diálogo socrático, relajación progresiva, respiración diafragmática, inoculación del estrés y entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. Los resultados mostraron una disminución de los síntomas de ansiedad y una mejora en el bienestar del paciente.

Castro (2016) aportó de su investigación la eficacia del Tratamiento cognitivo conductual en un varón de 35 años con ansiedad generalizada en Alicante; evaluándolo con entrevista conductual semiestructurada, listado de síntomas, entrevista para trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV), el cuestionario de preocupación y ansiedad (WAQ) y

el inventario de estado rasgo de ansiedad (STAI). Realizando el procedimiento terapéutico con entrenamiento en auto instrucciones, respiración diafragmática.

Padilla (2014) aplicó un tratamiento cognitivo conductual a un adolescente de 12 años en España con trastorno de ansiedad generalizada. El objetivo era controlar las respuestas fisiológicas y motoras, reemplazar creencias y pensamientos automáticos desadaptativos, y eliminar respuestas de escape y evitación. Se basó en el programa de Kendall (1992) para el tratamiento de la ansiedad infantil, que incluía técnicas como relajación, reestructuración cognitiva, exposición en imaginación y en la vida real, y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados indicaron una mejora significativa en las preocupaciones, la activación psicofisiológica y las respuestas de escape

1.3. Fundamentación Teórica

1.3.1. Terapia Cognitivo Conductual.

Según Ruiz et al. (2012) sostiene que es un procedimiento en salud que aborda respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, que a lo largo de nuestra vida se han aprendido, convirtiéndose en hábitos de las personas que tienen poco o ningún control sobre ellos.

1.3.1.1. Modelos teóricos de la TCC.

A. Modelo del condicionamiento Clásico. Según Ruiz et al. (2012) los principales exponentes del condicionamiento clásico son Iván Pavlov y John B. Watson. Para comprender este tipo de condicionamiento, es esencial definir los elementos involucrados en la asociación de estímulos. El estímulo incondicionado es aquel que, al ser presentado por primera vez, provoca una respuesta automática. La respuesta incondicionada es la reacción generada por el estímulo incondicionado, que ocurre siempre que este estímulo se presente. Por otro lado, el estímulo condicionado es un estímulo inicialmente neutro que, al asociarse experimentalmente con el estímulo incondicionado, llega a provocar una respuesta condicionada. Esta respuesta

condicionada es similar a la respuesta incondicionada, y se produce después de que el estímulo condicionado ha sido emparejado con el estímulo incondicionado.

B. Modelo de condicionamiento Operante. Para Ruiz et al. (2012) el condicionamiento operante o instrumental se refiere al procedimiento de aprendizaje que se genera a través de la asociación de refuerzos y castigos con una determinada conducta, al asociar entre el comportamiento y la consecuencia de este hace que se mantenga o extinga, el representante es Skinner, quien instauró los principios básicos de condicionamiento operante, refuerzo, castigo, extinción, control estimular y entrenamiento en discriminación.

C. Modelo del Aprendizaje social. El supuesto es que ciertas conductas se aprenden, mantienen o extinguen a través de la observación, incluso si el individuo no imita directamente ni recibe refuerzo por ello. Bandura (1969), citado por Ruiz et al. (2012), define el refuerzo vicario como un cambio en la conducta de una persona que observa las consecuencias de las acciones de otros.

D. Modelo Cognitivo. Este modelo plantea 2 terapias, la racional emotiva y la cognitiva de Aron Beck.

- Terapia Racional Emotiva: Su representante es Albert Ellis, se fundamenta en la constante interacción entre el A-B-C es decir el papel de los pensamientos en el malestar psicológico, explicando que el mantenimiento de los trastornos emocionales es por la carencia de los 3 insights junto a una filosofía de vida inadecuada, considera la filosofía de vida como la base de la salud mental; propone que no todas las emociones negativas son desadaptativas, ni todas las emociones positivas son sanas. Según Ellis (1994), citado por Ruiz et al. (2012), las emociones positivas y saludables provienen de pensamientos y creencias racionales, mientras que las emociones negativas y poco saludables surgen de pensamientos irracionales.

- Terapia Cognitiva de Aaron Beck: Beck et al. (2010) señala que la terapia cognitiva se fundamenta en la presunción que las consecuencias y la conducta de una persona se definen

por la forma que tiene de organizarse y sus cogniciones se basan en esquemas elaboradas a partir de experiencias anteriores. La terapia cognitiva emplea técnicas tanto cognitivas como conductuales para examinar creencias desadaptativas. En este enfoque, se enseña a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar cómo se relacionan los pensamientos, emociones y comportamientos, y evaluar los beneficios y consecuencias de las creencias distorsionadas. Además, se trabaja en reemplazar estas cogniciones desadaptativas con pensamientos más realistas y en modificar las creencias distorsionadas.

1.3.1.2. Clasificación de las técnicas

- ***Técnicas operantes.*** Las técnicas operantes para aumentar, establecer o disminuir comportamientos se basan en los principios del condicionamiento instrumental. Estas técnicas examinan cómo diversos estímulos y eventos del entorno afectan el comportamiento, y cómo la asociación entre las conductas y estos eventos se maneja a través del refuerzo, el castigo, la extinción y el control de estímulos. Para la intervención de modificación de conducta e incrementar las conductas podemos utilizar reforzamiento y economía de fichas; si buscamos la adquisición de nuevas conductas se trabaja a través del moldeamiento y encadenamiento y para la eliminación de las conductas se logra a través del reforzamiento diferencial de otras, extinción, castigo y sobrecorrección (Ruiz et al., 2012).

- ***Técnicas de Exposición.*** Esta técnica se enfoca en enfrentar al individuo con lo que evita o teme, con el objetivo de habituarlo al estímulo y reducir la respuesta de miedo. Esto permite que se creen nuevas experiencias relacionadas con lo que se teme. Al aplicar esta técnica, se deben considerar las características individuales del sujeto para decidir si el estímulo será real o imaginario. También se evaluará la intensidad de la exposición, comparando la inundación con la exposición gradual, así como la duración y frecuencia de las sesiones (Ruiz et al., 2012).

- Exposición en vivo: Trata de acercarse de forma gradual o directa con el estímulo temido en ambientes productoras de alto nivel de ansiedad (Ruiz et al., 2012).

- Exposición simbólica: Toma contacto con las situaciones temidas a través de la imaginación, representaciones visuales, grabaciones de sonidos (Ruiz et al., 2012).

- **Técnicas de desensibilización sistemática.** Para Wolpe (1993) explica esta técnica por el contracondicionamiento por inhibición mutua, indicando que la consecuencia condicionada del miedo, disminuye por la respuesta incompatible como la relajación que facilita la permanencia en la situación temida; por lo que para aplicar esta técnica primero se elige la conducta o actividad adversa con la ansiedad y posible entrenamiento, elaboración de unas categorías de ansiedad y observación de la imaginación del sujeto.

- **Técnicas de relajación.** La relajación controla sintomatología fisiológica, generando calma, sus efectos generan modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales, su origen proviene de prácticas religiosas del hinduismo. Dentro de estas técnicas esta la respiración, adiestramiento en relajación autógena y progresiva (Ruiz et al., 2012).

- Relajación progresiva: Jacobson (1944) descubre que, al comprimir y soltar los músculos, distinguiendo las impresiones que se producen, a consecuencia tendremos relajación profunda.

- Relajación autógena: Schultz (1931) trabaja la relajación a través de las impresiones del peso y el calor, con representaciones mentales.

- **Técnicas de Modelado.** Se basa en el aprendizaje vicario de Bandura, un aprendizaje por observación de conductas y sus consecuencias, no requiere exclusivamente de la exposición directa a un patrón a seguir, ocurre a través de la comunicación oral o escrita o imaginación, a través de 4 procesos, atención, retención, reproducción y motivación, el modelado ayuda en el desarrollo del comportamiento a aprender nuevas conductas, promover e impedir la realización de las mismas, por las consecuencias de lo que se ve (Ruiz et al., 2012).

- ***Técnicas de intervención desde la TREC.*** Se incluyen las técnicas de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962), describiré algunas de ellas.

- Técnicas cognitivas, existen diversas técnicas, la de mayor trascendencia es la Discusión y debate de creencias, en la que Ellis utiliza 3 argumentos para litigar las creencias irracionales, argumentos fundados en la experiencia que motivan a comprobar o rechazar la creencia irracional, argumentos razonables que le permitan examinar la razón de sus creencias irracionales y argumentos pragmáticos que le ayuden a cuestionarse la utilidad sus creencias irracionales (Ellis y Dryden, 1989).

- Técnicas conductuales, se utiliza el juego de roles y la inversión del rol racional, entre ellas están las siguientes técnicas: Ensayo de conducta, inversión del rol racional, refuerzo, castigo, habilidades sociales, solución de problemas (Ruiz et al., 2012).

- Técnicas emotivas, se encuentra la técnica racional emotiva que consiste en pedir que visualice una circunstancia y cambie la emoción por otra más adecuada, modificando a ello las afirmaciones irracionales que acompañan a la emoción de malestar intenso. Así como las técnicas humorísticas, Ellis considera que las perturbaciones emocionales se deben a la sobredimensión de drama y rigidez de las cosas que nos ocurren (Ellis y Dryden, 1989).

- Técnicas que se utilizan para tareas en casa, Los auto registros son los que se solicita al usuario que anote cada día las situaciones generadoras, de pensamientos irracionales y las consecuencias emocionales y conductas disfuncionales, posterior a ello cuando se va avanzando el debate y cuestionamiento de las creencias, se aumentan columnas en el registro, para el cuestionamiento socrático, creencia saludable y finalmente se registran los cambios productos del cuestionamiento (Ruiz et al., 2012).

- ***Técnicas de intervención desde la terapia cognitiva de Beck.*** Las Técnicas conductuales: Son un medio para conseguir la modificación de las cogniciones del examinado,

entre ellas se encuentra la programación de actividades; durante la sesión, el paciente y terapeuta programan actividades diarias según el grado de dificultad (Beck y Rush, 2010).

- ***Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas.*** Las técnicas cognitivas-conductuales están diseñadas para mejorar las habilidades de afrontamiento y reducir el malestar, aumentando así la eficacia y competencia personal. Entre estas técnicas se encuentran las autoinstrucciones, la inoculación de estrés y la terapia de solución de problemas. Las autoinstrucciones tienen el propósito de regular la conducta, las creencias y la confianza en las propias capacidades. La inoculación de estrés se realiza en varias fases interrelacionadas: conceptualización, adquisición y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y aplicación de estas habilidades. Por su parte, la terapia de solución de problemas es una intervención cognitivo-conductual que ayuda a enfrentar las situaciones estresantes de la vida y encontrar soluciones funcionales (Ruiz et al., 2012).

- ***Mindfulness.*** Es prestar atención de manera premeditado al momento presente, sin juzgar, su origen es el budismo, en búsqueda de un intento por liberar y purificar y la mente, contempla principios fundamentales como no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse y aceptación, forma parte de las terapias de tratamiento para el estrés y la terapia cognitiva de prevención de recaídas (Kabad y Zinn, 2012).

- ***Otras técnicas.*** Existen otras técnicas usadas, como el **análisis en cadena**, el cual se usa cuando presentas un comportamiento poco efectivo, examinando la eslabones de eventos que llevan a la conducta desadaptativa, como a las consecuencias de estas que pueden estar haciendo difícil el cambiarlas , asimismo ayuda como resuelvas el reparar el daño, presenta 8 pasos, 1 describe la conducta problema, describe el evento desencadenante, 3 describe los factores de vulnerabilidad, describe muy detalladamente la cadena de eventos que condujo a la conducta problema, 5 consecuencias, 6 comportamientos habilidosos, planes de prevención y

reparación y prevención del daño (Linehan, 2015). Y las **habilidades de regulación emocional**, las cuales ayudan a modificar emociones que tú deseas trabajar, reducir la desproporcionalidad de las emociones, reducir la vulnerabilidad a tener dolorosa y extrema emocionalidad, incrementar la resiliencia. Se aborda con la identificación con la emoción a modificar, eventos que desencadenan la emoción, interpretación de eventos que propician la envidia, cambios biológicos, acciones y expresiones de la emoción y efectos de la emoción, posterior a ello se verifica los hechos, se trabaja acción opuesta y resolución de problemas (Linehan, 2015).

1.3.2. Ansiedad generalizada.

1.3.2.1. Definición de Ansiedad. Barlow (2002) define la ansiedad como una emoción enfocada en el futuro, que surge a partir de la percepción de eventos altamente desagradables e impredecibles. Esta emoción se caracteriza por desviar la atención hacia situaciones catastróficas o hacia las propias reacciones emocionales frente a esos eventos.

1.3.2.2. Trastornos de ansiedad. Según Asociación Americana de Psiquiatría, (DSM V, 2014) contempla los siguientes trastornos:

A. Trastorno de ansiedad por separación. La ansiedad inapropiada para el nivel de desarrollo se manifiesta en preocupaciones exageradas sobre la pérdida de personas queridas o sobre posibles calamidades que puedan ocurrirles. Esto incluye miedo y resistencia a estar solo, dormir fuera del hogar o separarse de una figura cercana, así como pesadillas relacionadas con la separación y quejas frecuentes de síntomas como dolor de cabeza, malestares estomacales, náuseas y vómitos. Estos síntomas aparecen o se anticipan en situaciones de separación de las figuras protectoras. La ansiedad, el miedo o la evitación tienden a ser persistentes, durando al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y seis meses o más en adultos.

B. *Mutismo selectivo.* Las personas con este diagnóstico fracasan en verbalizar en situaciones específicas en las que existe motivación para hablar y en otras no las hacen, es decir hablan sin dificultad, interfiriendo en lo académico, laboral y social, la duración del fracaso para hablar en situaciones específicas dura como mínimo un mes.

C. *Fobia específica.* Miedo o ansiedad intensa por algo en concreto, que al presentar el estímulo fóbico que puede ser por ejemplo un animal, entorno natural, sangre e inyecciones, provoca sensaciones y conductas desproporcionales al peligro real; el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

D. *Trastorno de ansiedad social.* Durante 6 meses a más la ansiedad es persistente generando que las situaciones sociales se eviten o resistan con miedo o ansiedad, interpretadas como una situación posible a ser evaluado por otros, por lo que tienen miedo intenso a mantener conversación, ser observado, asimismo cuida que se visibilicen los síntomas de angustia y lo valoren negativamente.

E. *Trastorno de pánico.* Aparición repentina de miedo intenso, que la intensidad se eleva en minutos produciéndose 4 o más síntomas como: aceleración del ritmo cardiaco, temblor o sacudidas, sudoración, disnea, sensación de ahogo, contracción torácica, náuseas, mareos, escalofríos, despersonalización, miedo a perder el control y a morir; muestra continua preocupación de que se produzcan otros ataques y sus consecuencias.

F. *Agorafobia.* Ansiedad intensa a situaciones como el uso de medios de transporte, estar en espacios abiertos o cerrados, formar colas o estar en multitud, estar fuera de casa solo, por lo que evita estos lugares por temor a no poder resolver un hecho fortuito o contar con ayuda, por lo que demandan de la compañía de alguien y estos síntomas perduran de 6 meses a más.

1.3.2.3. Ansiedad generalizada. Mencionaremos conceptos prioritarios para nuestra intervención. Las personas que padecen este trastorno experimentan preocupaciones

excesivas e incontrolables que afectan de manera desproporcionada su estado de ánimo. Tienen dificultades para concentrarse, presentan irritabilidad y problemas para dormir, junto con rigidez muscular, sensaciones de "nervios" constantes, temores, dolores o molestias musculares, sudoración, mareos, taquicardia, síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza, cervicalgias y fatiga, entre otros síntomas. Las preocupaciones suelen centrarse en la vida interpersonal, compromisos laborales, aspectos económicos, y la salud de ellos mismos y de sus familiares (American Psychological Association (APA), 2013).

De acuerdo con el DSM V (2014), el trastorno de ansiedad generalizada se manifiesta durante al menos 6 meses y se caracteriza por una preocupación excesiva y catastrofista que es difícil de controlar. Los individuos afectados suelen experimentar hiperactividad o una sensación de nervios incontrolables, se fatigan fácilmente, tienen problemas para concentrarse, y presentan irritabilidad, tensión muscular y dificultades para dormir.

1.3.2.4. Modelos psicopatológicos cognitivo conductuales del trastorno de ansiedad Generalizada. A continuación, se presentan los modelos.

A. El modelo de la preocupación como evitación y el TAG. Este modelo describe la preocupación como una forma de hablar que sirve para evitar imágenes mentales intensas. Esta estrategia se refuerza negativamente porque evita que se activen reacciones físicas y emocionales negativas. Al inhibir estas experiencias, se impide procesar las emociones y enfrentarse completamente a las señales del miedo y su significado, lo cual es necesario para lograr una habituación exitosa y, en consecuencia, su extinción (Foa y Kozak, 1986; Foa et al., 2006; Rosales y Rebok, 2016, citado en Garay, 2019).

B. El modelo de desregulación de la emoción. Las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) a menudo tienen dificultades para regular sus emociones y recurren a estrategias ineficaces como la preocupación, que, en lugar de ayudar, empeora sus estados emocionales. Se recomienda intervenir para promover la apertura, el conocimiento, la

aceptación y la expresión emocional, con el objetivo de reducir la dependencia de la preocupación como estrategia de afrontamiento. Estas intervenciones buscan proporcionar herramientas para una regulación emocional más adaptativa, lo que no solo alivia los síntomas del trastorno, sino que también mejora las relaciones interpersonales y la calidad de vida en general (Mennin et al., 2005, citado en Garay, 2019).

C. La terapia conductual basada en la aceptación. El modelo sugiere que la preocupación actúa como un mecanismo de evasión, limitando la participación en actividades importantes. Propone un tratamiento que fomenta la aceptación de las experiencias presentes para enfrentar esta evitación, permitiendo a las personas aceptar mejor sus vivencias y ampliar su participación en actividades valiosas (Roemer y Orsillo, 2005, citado en Garay, 2019).

D. El modelo de la intolerancia a la incertidumbre. Los autores sugieren que las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) son especialmente sensibles a la incertidumbre, viéndola como algo negativo o peligroso. Esta intolerancia a la incertidumbre actúa como un desencadenante y, al mismo tiempo, como un factor que mantiene el trastorno. El tratamiento recomendado ayuda a que los pacientes acepten la incertidumbre como parte de la vida diaria y a identificar las áreas donde ya toleran la incertidumbre (Dugas y Robichaud, 2007, citado en Garay, 2019).

E. El modelo metacognitivo. El modelo metacognitivo distingue entre dos tipos de creencias sobre la preocupación. Por un lado, están las creencias metacognitivas negativas, que incluyen pensamientos sobre la falta de control, el peligro o la incapacidad para manejar las preocupaciones. Por otro lado, están las creencias metacognitivas positivas, que ven la preocupación como algo útil para enfrentar los problemas cotidianos (Wells, 1995, 1999, citado en Garay, 2019).

F. El modelo de evitación del contraste emocional del TAG. El modelo explica que las personas con ansiedad generalizada tienden a preocuparse para evitar enfrentar emociones

negativas intensas. Para tratarlas, se utiliza un enfoque que combina la exposición a imágenes de posibles resultados negativos con técnicas de relajación continua. Esto ayuda a las personas a aprender a tolerar y manejar los cambios emocionales (Garay, 2019).

1.3.2.5. Gestante. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define el embarazo, o gestación, como el período de nueve meses en el cual el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Durante este tiempo, la mujer experimenta varios cambios en su cuerpo, como un aumento progresivo de peso, una mayor frecuencia cardíaca, y alteraciones en los sistemas respiratorios, urinarios, digestivos y músculo-esquelético. Además, el crecimiento del útero y las variaciones hormonales son responsables de la mayoría de los síntomas que se presentan durante la gestación.

1.4. Objetivos

Objetivo general

Determinar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante

Objetivos específicos

- Medir los niveles de ansiedad generalizada antes de la intervención cognitivo conductual.
- Aplicar el programa de intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante
- Medir los niveles de ansiedad generalizada después de la intervención cognitivo conductual.
- Comparar los niveles de ansiedad generalizada en la gestante antes y después de la intervención cognitivo conductual.

1.5. Justificación

Desde el punto de vista teórico el programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en gestante representa una revisión actualizada, basada en fuentes confiables de artículos, investigaciones que preceden a esta propuesta de intervención, libros, enfoques, técnicas y procedimientos sostenidos por la terapia cognitivo conductual y se analiza los principales aspectos de ambas variables dentro del marco teórico. En cuanto a la terapia cognitiva conductual se ha precisado aspectos teóricos como definición, modelos teóricos y clasificación de técnicas; para el caso de la ansiedad generalizada, definición, tipos y modelos psicopatológicos cognitivo-conductuales.

Desde el punto de vista metodológico propone un programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en gestante como una estrategia de aplicación e intervención clínica válida y confiable, para utilizarla en población adulta, además, sirve de inspiración para próximas investigaciones experimentales, no experimentales o cuasi experimentales con diferentes enfoques y población.

Desde un enfoque práctico, este estudio proporciona una herramienta útil para los profesionales de la salud mental que tratan con pacientes que sufren de trastorno de ansiedad generalizada. El programa aplicado se muestra efectivo, lo que puede beneficiar significativamente tanto a los terapeutas en su práctica diaria como a los directivos de clínicas, centros de salud, centros de y hospitales, quienes podrían utilizar los hallazgos para mejorar las directrices y estrategias de intervención para este trastorno. Además, los familiares y pacientes gestantes también pueden encontrar en la terapia cognitivo-conductual una opción viable y efectiva para manejar la ansiedad generalizada, según lo demostrado en este estudio.

Desde el punto vista social este programa de intervención contribuye a mejorar la salud mental y calidad de vida de personas afectadas por trastorno de ansiedad generalizada.

1.6. Impactos esperados del trabajo académico

Implementar un programa de intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres embarazadas podría tener un impacto significativo al reducir la brecha en el tratamiento, ya que, según la OMS (2019), solo alrededor del 27,6% recibe algún tipo de atención. Entre los desafíos para abordar este problema se incluyen la falta de conciencia sobre su importancia, la carencia de inversión, la insuficiencia de profesionales capacitados y el estigma social asociado.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

Se aplicará un Diseño experimental de caso único: bicondicional AB, con seguimiento el cual es definido:

2.1.1. *Diseño experimental de caso único*

Los diseños de intervención de caso único se distinguen por el seguimiento continuo a lo largo del tiempo (en sesiones, días, semanas, etc.) de la conducta de un solo individuo o de un grupo reducido. Este seguimiento se realiza antes, durante y en ocasiones después de la interrupción del tratamiento, en condiciones altamente controladas y sin utilizar promedios de datos. Se aplican tanto en la investigación básica como en la aplicada, especialmente en psicología clínica, para propósitos que incluyen diagnóstico, evaluación y tratamiento (Kratochwill, 1992).

2.1.2. *Bicondicional AB:*

Este esquema representa la forma más elemental de un diseño de caso único. Implica observar la variable de interés en una única serie o unidad de análisis a través de dos etapas: una inicial de observación o línea base y otra posterior de intervención. Aunque no se clasifica estrictamente como un diseño experimental debido a varios factores que pueden comprometer la validez interna de la investigación (Gentile et al., 1972).

2.2. **Ámbito Temporal y espacial**

El desarrollo de la intervención se ha desarrollado en el año 2020 entre los meses de setiembre a marzo del 2021, de forma presencial, en la ciudad de Trujillo en consulta privada.

2.3. **Variables de Investigación**

A. **Variable independiente:** Programa de intervención cognitivo conductual

Definición conceptual

Un programa de intervención cognitivo conductual es un conjunto estructurado de técnicas y estrategias terapéuticas diseñadas para abordar problemas psicológicos o conductuales específicos integrando aspectos cognitivos como conductuales del individuo (Caballo, 1997).

Definición operacional

Este programa se desarrollará en 15 sesiones, 12 sesiones de intervención, con una duración de 60 minutos, con un intervalo de una sesión por semana, asimismo se desarrolló 3 sesiones de seguimiento en un intervalo semanal, mensual y trimestral respectivamente.

B. **Variable dependiente:** Ansiedad Generalizada

Definición conceptual

Se definen por la presencia de temores y pensamientos excesivos a lo largo de su historia del individuo, los cuales surgen en circunstancias que no representan un peligro real para la persona afectada. Estos trastornos tienen una causa compleja, que incluye factores genéticos y estresantes. (Chacón et al., 2021)

Definición operacional

La ansiedad generalizada para el presente caso se define a través de conductas motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas; se encontraron en 40 ocasiones en que se activaron conductas motoras, caracterizándose principalmente por llamar a su mamá indicando que no puede respirar, pide al esposo que se encargue del niño y sale a dar una vuelta, solicita al esposo realizar las actividades del hogar, se traslada de un lugar a otro, se sienta e inmediatamente se pone de pie, busca información en internet y se fuerza a ingerir alimentos; hace referencia a 45 conductas cognitivas como “sí me pongo mal quien me ayudar”, “si me desmayo que va a pasar con mi hijo”, “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los gritos de mi hijo me alteran”, “mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, “sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”, “toda la vida

voy a estar enferma”, “algo está mal en mí” “soy incapaz de manejar mis problemas”, “mi bebe se va morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”; a la vez evidencia 56 conductas emocionales, con una intensidad en una escala de 0 a 10, experimentando ansiedad (9), miedo (8) a estar sola, frustración (9), tristeza (8), teme (8) no poder comer y 49 conductas fisiológicas se activaron entre ellas, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración de manos, falta de aire, ganas de llorar, temblor en el cuerpo, contracción pectoral que le dificulta la respiración.

2.4. Participante

Sofía de 31 años, natural de Trujillo, nacida el 31 de agosto de 1989, con estudios secundarios completos, actualmente se dedica a su casa, estado civil conviviente desde el 2015, se encuentra con 5 meses de gestación y su primer hijo tiene 2 años.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

A. Entrevista Conductual. Identificar las conductas objetivo es crucial para seleccionar los métodos de evaluación más adecuados. Esto permite al evaluador tomar decisiones informadas, solicitar el consentimiento informado, realizar una historia clínica y desarrollar un análisis funcional. También implica aumentar la motivación del paciente, revisar intervenciones previas y recoger información sobre la generalización del problema en otras áreas de su vida. Con esta entrevista, el evaluador puede proporcionar al paciente información inicial sobre el problema, los métodos de intervención disponibles, su eficacia y el tiempo estimado para la intervención (Ruiz et al., 2012).

B. Observación Conductual. Este recurso, que a menudo se utiliza durante la intervención, tiene el objetivo de investigar de manera más detallada las conductas problemáticas. Puede ser llevado a cabo por evaluadores capacitados, familiares o incluso por el propio usuario (Ruiz et al., 2012).

C. Evaluación psicológica. Es el proceso en la que se estudia el comportamiento de una o más personas utilizando el método científico, se explora las circunstancias en las que se dan las conductas o se valora la eficacia de los programas de intervención a través de distintos instrumentos de recogida de información como test psicológicos, entrevistas, auto informes, observación, registros psicológicos, etc. (Paz y Peña, 2021).

D. Registros de conducta. Este método facilita la recopilación precisa de las conductas de una persona, ya que se observan en su entorno natural. Además, ayuda a evaluar los efectos de la intervención, orientar la toma de decisiones clínicas y prevenir errores en el tratamiento (Cooper y Heron, 2007).

2.5.2. Instrumentos

A. Cuestionario de personalidad de Eysenck forma B. El inventario de personalidad está compuesto por 57 ítems con respuestas dicotómicas de "verdadero" o "falso". Puede aplicarse de manera individual o colectiva, y su objetivo es medir el nivel de neuroticismo (estabilidad-inestabilidad) (N), introversión-extroversión (E), y psicoticismo, así como las dimensiones de personalidad flemático, melancólico, sanguíneo y colérico. El baremo ha sido adaptado para Perú por el psicólogo José Anicama (citado en Rojas, 2018), alcanzando una validez del 93,6%. La confiabilidad del test-retes arroja coeficientes de correlación de 0,68 para E, 0,71 para N, y 0,61 para L, lo que demuestra su fiabilidad, haciéndolo útil para fines de investigación.

B. Test de pensamientos automáticos. Este instrumento, desarrollado por Aaron Beck y adaptado por Ruiz y Luján (1991), permite evaluar e identificar los principales tipos de pensamientos automáticos en las personas, con el objetivo de ayudarles a reinterpretar sus pensamientos y su vida. Se puede aplicar tanto de manera individual como colectiva, y está diseñado para evaluar 15 distorsiones cognitivas. El test consta de 45 ítems presentados en una escala del 0 al 3, donde 0 indica "nunca pienso en eso", 1 "a veces lo pienso", 2 "lo pienso

bastante", y 3 "lo pienso con mucha frecuencia". La puntuación obtenida ofrece un indicador del impacto emocional de un pensamiento automático en nuestras experiencias de vida. Una puntuación de 0 a 2 sugiere que "no produce emociones negativas en mi vida", de 2 a 5 indica que "produce emociones negativas importantes en mi vida", y de 6 a 9 refleja que "produce sufrimiento emocional".

C. Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE). Desarrollado por Gorsuch-Lushene y colaboradores en 1970, este instrumento consta de dos escalas de autoevaluación diseñadas para medir la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Estas escalas pueden aplicarse tanto individualmente como en grupo, y están dirigidas a estudiantes de secundaria, universitarios y adultos. La aplicación de ambas escalas toma aproximadamente 15 minutos. La Escala A-Rasgo de ansiedad incluye 20 afirmaciones que invitan al sujeto a describir cómo se siente en general, mientras que la Escala A-Estado también consta de 20 afirmaciones, pero se enfoca en cómo se siente el individuo en un momento específico.

D. Auto registros. Desde el comienzo de la evaluación, se emplean para recopilar información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día, identificando las situaciones, personas o conductas que agravan o alivian su malestar. Además, se analizan el grado de control sobre las actividades realizadas y se obtiene un panorama de lo que sucede durante la semana, proporcionando una línea base para comparar cambios posteriores (Ruiz et al., 2012).

2.5.3. Evaluación Psicométrica

INFORME PSICOLÓGICO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres : Sofía L.M
 Edad : 31 años
 Fecha de evaluación : septiembre de 2020
 Psicólogo : Ps. Nancy Lozada
 Fecha del Informe : 24 de septiembre de 2020

MOTIVO DE EVALUACIÓN

Perfil psicológico

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

La entrevista psicológica

Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

RESULTADOS

Tabla 5

Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	9	20	Introversión
Neuroticismo	13	75	Neuroticismo
Psicoticismo	3	35	Tendencia al Ajuste conductual
Mentiras	4	25	La prueba se valida

INTERPRETACION

Tabla 6*Interpretación del Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)*

Extraversión	<p>Sofía, presenta características de personalidad introvertida, es decir, distante socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, se anticipa a sus acciones, ordenada, se antecede a una situación, visionando el futuro inmediato, selectiva al momento de relacionarse y limitadas relaciones sociales, las actividades de ocio generalmente lo realiza con el entorno familiar; cuando amigos la invitan a eventos sociales suele excusarse para no asistir.</p> <p>Muestra conductas ansiosas, frente a circunstancias conflictivas que le tocan lidiar sola, como no haber cumplido con lo planificado en la organización del hogar, el cuidado y pataletas de su hijo.</p> <p>Por otro lado, ve al futuro como catastrófico, ante problemas de salud de los integrantes de la familia o cuando el esposo tiene que viajar a otra ciudad, cree que perderán la vida; actualmente se encuentra de 6 meses de gestación, presenta dificultad para tolerar algunos alimentos, síntomas que no se relacionan con alguna enfermedad física o producto del embarazo, según referencia médica, por lo que activa pensamientos “si no como, mi hija nacerá con alguna malformación”. La intensidad de</p>
Neuroticismo	

los síntomas ansiosos disminuye al estar acompañada por la madre o esposo, por lo que evita estar sola.

En este contexto, su nivel de ansiedad aumenta significativamente debido a un sistema nervioso central inestable, lo que biológicamente la hace más susceptible al estrés. Como resultado, su comportamiento personal está marcado por respuestas de ansiedad, mostrando con frecuencia tensión, indecisión e inquietud. Además, se preocupa por algunos problemas del pasado y por la posibilidad de enfrentar dificultades en el futuro.

Psicoticismo

Se ajusta a las reglas sociales y familiares

CONCLUSIONES

Características de personalidad introvertida

Neuroticismo con sistema nervioso central lábil

Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares

RECOMENDACIONES

Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)

Mantenimiento de conductas sociales y familiares exhibidas.

INFORME PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres : Sofía L.M
 Edad : 31 años
 Fecha de evaluación : septiembre 2020
 Psicólogo : Ps. Nancy Lozada
 Fecha del Informe : 25/09/20

MOTIVO DE EVALUACIÓN

Identificación de los pensamientos automáticos

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

La entrevista Psicológica

Inventario de pensamientos automáticos

RESULTADOS

Tabla 7

Resultados del inventario de pensamientos automáticos

Nº	Pensamiento automático	Efecto emocional
1	Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo	Le afecta en su vida de manera importante
2	Pensamiento polarizado: ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal	No presenta pensamientos distorsionados
3	Sobre generalización: ¡Siempre fracasaré!	No presenta pensamientos distorsionados
4	Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mí...	Le afecta en su vida de manera importante
5	Visión catastrófica: “Va a suceder esto...” (que suele ser lo peor)	Le afecta en su vida de manera importante

6	Personalización: “Eso lo está diciendo por mi...; Yo soy más... / menos...”	No presenta pensamientos distorsionados
7	Falacia de control externo: “No puedo hacer nada...”	Le afecta en su vida de manera importante
8	Falacia de justicia: “No hay derecho a...” “Es injusto que...”	Le afecta en su vida de manera importante
9	Razonamiento emocional: "Si lo siento así, es que es verdad"	Le afecta en su vida de manera importante
10	Falacia de cambio: “Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”	Le afecta en su vida de manera importante
11	Etiqueta global: ¡Qué torpe soy!	No presenta pensamientos distorsionados
12	Culpabilidad: “Por mi culpa...”, “Por su culpa...”	Le afecta en su vida de manera importante
13	Debería: “Debo de...”, “No debo de...”	Le afecta en su vida de manera importante
14	Falacia de razón: “Tengo la razón...” “Sé que estoy en lo cierto...”	Le afecta en su vida de manera importante
15	Falacia de recompensa divina: “El día de mañana, esto cambiara” “El día de mañana tendré mi recompensa”	Le afecta en su vida de manera importante

INTERPRETACIÓN

Sofía al realizar actividades como ver una película con su esposo, no disfruta de la misma y de la compañía de la pareja, debido a que no realizaron la limpieza del hogar como se acostumbra cada fin de semana, diciéndose a sí misma, “mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola” (filtraje negativo), experimentando ansiedad (9) y contracción

pectoral que le dificulta la respiración. Síntomas ansiosos similares ocurren al servir sus alimentos, piensa, “mi bebe se va morir, porque no estoy comiendo bien”, (visión catastrófica y culpa), “mi bebe no se está desarrollando”(visión catastrófica), forzándose a ingerir alimentos; pensamientos relacionados con la muerte se activan cuando el esposo viaja, piensa que va morir(visión catastrófica) y se quedara sola; asimismo, al ver a su hijo de dos años que presentaba malestares del estómago, no sabía a donde recurrir, porque cree que en emergencias del hospital a los pacientes que presentan sintomatología diferente a COVID 19 les niegan la atención, (falacia de control externo), pensando “si me pongo mal quien me ayudar”(falacia de control externo), “si me desmayo que va a pasar con mi hijo”(Debería).

Cuando su hijo hace pataletas siente, frustración (9), tristeza (8), ganas de llorar, falta de aire, diciéndose a sí misma “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los gritos de mi hijo me alteran” (razonamiento emocional).

CONCLUSIONES

La evaluada maneja su vida diaria con pensamientos automáticos como: filtraje, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control externo, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, culpabilidad, deberías, falacia de razón y falacia de recompensa divina.

RECOMENDACIONES

Implementar la reestructuración cognitiva en pensamientos automáticos como el filtraje, la interpretación del pensamiento, la visión catastrófica, la personalización, la falacia de control externo, la falacia de justicia, el razonamiento emocional, la falacia de cambio, la culpabilidad, los "deberías", la falacia de razón y la falacia de recompensa divina

INFORME PSICOLÓGICO INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO Y ESTADO.

(IDARE)

DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres : Sofía L.M
 Edad : 31 años
 Fecha de evaluación : septiembre de 2020
 Psicólogo : Ps. Nancy Lozada
 Fecha del Informe : 24 de septiembre de 2020

MOTIVO DE EVALUACIÓN

Dimensiones de ansiedad

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

La entrevista psicológica

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE)

RESULTADOS

Tabla 8

Resultados del inventario de ansiedad rasgo y estado

DIMENSIÓN	PERCENTIL	CATEGORÍA
A/E	32	Alto
A/R	18	Tendu. Promedio

INTERPRETACION

Se observa que la evaluada presenta una condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos conscientes de tensión y preocupación. Esta condición puede cambiar con el tiempo y variar en intensidad, y suele manifestarse en malestares físicos como tensión

muscular, sudoración excesiva, dolores musculares indefinidos y náuseas. También se evidencia un estado generalizado de tensión, que se refleja en la dificultad para relajarse, movimientos nerviosos, hipersensibilidad al entorno, y una tendencia a reaccionar y sorprenderse con facilidad. Además, muestra signos de una predisposición ansiosa, lo que podría aumentar sus niveles de ansiedad estado.

CONCLUSIONES

Nivel alto de Ansiedad estado.

Tendencia promedio a Ansiedad Rasgo

RECOMENDACIONES

Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)

Mantenimiento de estrategias de relajación

2.5.4. Informe psicológico integrado

DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres : Sofía L.M
Edad : 31 años
Fecha de evaluación : septiembre de 2020
Psicólogo : Ps. Nancy Lozada
Fecha del Informe : 26 de septiembre de 2020

MOTIVO DE EVALUACIÓN

Perfil psicológico

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

Entrevista Psicológica

Cuestionario de personalidad de Eysenck-Forma B

Test de pensamientos automáticos

Inventario de ansiedad rasgo y estado. (IDARE)

RESULTADOS

Sofía, presenta características de personalidad introvertida, siendo socialmente reservada y retraída. Es organizada, planea sus acciones con anticipación y tiende a prever situaciones futuras. Su círculo social es limitado, siendo selectiva en sus relaciones, y suele disfrutar de actividades de ocio principalmente en el entorno familiar. Cuando sus amigos la invitan a eventos sociales, generalmente se excusa para no asistir.

Cuando enfrenta situaciones conflictivas por su cuenta, como no haber cumplido con las tareas domésticas, lidiar con las rabietas de su hijo, problemas de salud en la familia o la ausencia de su esposo, Sofía experimenta reacciones ansiosas, como sudoración, dificultad para respirar, presión en el pecho, sensación de desmayo y náuseas. Según referencia médica, estos síntomas no están relacionados con ninguna enfermedad física o con su embarazo.

En su vida cotidiana, Sofía se ve influenciada por pensamientos automáticos como el filtraje, la interpretación del pensamiento, la visión catastrófica, la personalización, y diversas falacias cognitivas (de control externo, justicia, razón, cambio, entre otras). Estos pensamientos se manifiestan frecuentemente ante las situaciones mencionadas, con ideas como: "si me desmayo, ¿quién me ayudará?", "me voy a volver loca", "mi esposo se va y me quedo sola con todas las responsabilidades", "algo está mal en mí", o "mi bebé no se está desarrollando bien".

Durante la evaluación, se observó que su nivel de ansiedad se incrementa notablemente debido a un umbral biológico bajo que la hace más vulnerable al estrés. En consecuencia, Sofía afronta la vida con respuestas de ansiedad, evidenciando tensión, indecisión e inquietud, y mostrándose preocupada por problemas tanto del pasado como del futuro. Esta condición emocional, aunque transitoria, puede variar en intensidad y provocar síntomas físicos como tensión muscular, sudoración excesiva, dolores musculares indefinidos, náuseas y una dificultad general para relajarse. Además, presenta movimientos nerviosos, una respuesta exagerada a estímulos externos, hipersensibilidad al ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada. Estos indicadores reflejan una propensión a la ansiedad, lo que podría elevar sus niveles de ansiedad estado.

Como estrategia de afrontamiento, Sofía suele recurrir a la compañía de su madre o a la ayuda de su pareja para evitar quedarse sola.

CONCLUSIONES

Características de personalidad introvertida

Neuroticismo con sistema nervioso central lábil

Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares

La examinada se enfrenta a su vida cotidiana con pensamientos automáticos como el filtraje, la interpretación del pensamiento, la visión catastrófica, la personalización, y varias

falacias cognitivas: de control externo, de justicia, de razonamiento emocional, de cambio, de culpabilidad, de "debería", de razón, y de recompensa divina.

Nivel alto de Ansiedad estado.

Tendencia promedio a Ansiedad Rasgo

RECOMENDACIONES

Entrenamiento en relajación.

Reestructuración cognitiva.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones aversivas, a través de técnicas de exposición en imaginación y en vivo.

Entrenamiento en habilidades sociales.

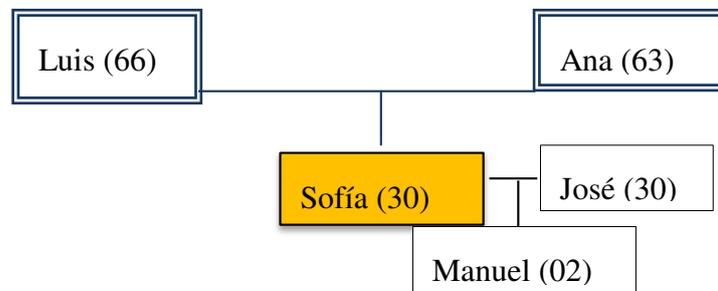
2.5.5. Evaluación psicológica

HISTORIA CLÍNICA COGNITIVO CONDUCTUAL

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre : Sofia. L. M
 Edad : 31
 Lugar de nac : Trujillo
 Fecha de nacimiento : 31/08/1989
 Derivado por : Nutricionista
 Dirección : Trujillo
 Teléfono : -
 Lugar de entrevista : Consultorio Psicológico
 Fecha de sesiones :
 Terapeuta : Nancy Lozada Malarín

Organigrama Familiar:



OBSERVACIONES:

La paciente viene por voluntad propia, refiriendo necesitar atención especializada al sentir dificultad para respirar.

MOTIVO DE CONSULTA:

La Paciente refiere “me siento demasiado mal, no sé qué hacer para relajarme, me tiembla todo el cuerpo, me siento demasiado nerviosa, lo que pasa que estoy embarazada,

debido a como me siento se me va por completo el apetito, no puedo ingerir alimento, eso me tensiona más; todo me altera, me pongo demasiado triste y no puedo dejar de llorar, me sudan las manos, ayer en la noche sentía que me desmayaba, me faltaba el aire, podría perder a mi bebe si sigo así”.

PROBLEMA ACTUAL

Bloque 1

Sofía de 31 años de edad, con 5 meses de gestación, al ver a su hijo de dos años que presentaba malestares del estómago, no sabía a donde recurrir, porque cree que en emergencias del hospital a los pacientes que presentan sintomatología diferente a COVID 19 les niegan la atención, activándose sensaciones como ansiedad(9) y miedo(8) a estar sola temblores en el cuerpo, sudoración de manos aceleración del ritmo cardiaco falta de aire, pensando “si me pongo mal quien me ayudar, si me desmayo que va a pasar con mi hijo”; refiere llamó a su mamá indicándole que no puede respirar, la madre acude, y disminuye sus respuestas de ansiedad y miedo así como el nivel de respuestas fisiológicas, respirando con mayor facilidad, al respecto dice “necesito estar acompañada”, para recibir ayuda ante una nueva “crisis”. Esta situación se repite dos veces al día.

Tabla 9

Listado de conductas problemas

CONDUCTAS PROBLEMAS
“Sí me pongo mal quien me ayudar”, “si me desmayo que va a pasar con mi hijo”, temblores en el cuerpo sudoración de manos, aceleración del ritmo cardiaco, falta de aire
Ansiedad (9) y miedo (8) a estar sola
Llama a su mamá indicándole que no puede respirar

Tabla 10*Análisis funcional*

Ed	C	Er
Su hijo presenta cólicos y cree que en emergencias del hospital a los pacientes que presentan sintomatología diferente a COVID 19 les niegan la atención	Llama a su mamá indicándole que no puede respirar	La madre acude, y disminuye sus respuestas de ansiedad y miedo, así como el nivel de respuestas fisiológicas, respirando con mayor facilidad.

Tabla 11*Análisis cognitivo*

A	B	C
Cree que en emergencias del hospital a los pacientes que presentan sintomatología diferente a COVID 19 les niegan la atención	“Sí me pongo mal quien me ayudar, si me desmayo que va a pasar con mi hijo”	Ansiedad (9) y miedo (8) a estar sola Llama a su mamá indicándole que no puede respirar

Bloque 2

Su hijo pide ver dibujos, al no atenderlo rápidamente el niño llora, interrumpiendo el estado de bienestar, sintiendo frustración(9), tristeza (8), ganas de llorar, falta de aire diciéndose a sí misma “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los

gritos de mi hijo me alteran”, no compartió la mesa para cenar con la familia, comiendo de pie una manzana, le pide al esposo que se encargue del niño y salió a dar una vuelta, manifestando que al salir de casa tiene la sensación que le ingresa más oxígeno y se relaja(09) con facilidad. Esta situación se repite a diario, cuando hay alguien más que se encargue del cuidado de su hijo.

Tabla 12

Listado de conductas problemas

CONDUCTAS PROBLEMAS
Frustración (9), tristeza (8), ganas de llorar, falta de aire, “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los gritos de mi hijo me alteran”, no compartió la mesa para cenar con la familia, comiendo de pie una manzana, le pide al esposo que se encargue del niño y salió a dar una vuelta.

Tabla 13

Análisis funcional

Ed	C	Er
El niño llora	Le pide al esposo que se encargue del niño y sale de casa a dar una vuelta	Salir de casa tiene la sensación que le ingresa más oxígeno y se relaja con facilidad. Esposo cuida al niño Relajación (9)

Tabla 14*Análisis cognitivo*

A	B	C
El niño llora	“me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los gritos de mi hijo me alteran”.	Frustración (9), tristeza (8), le pide al esposo que se encargue del niño y sale de casa a dar una vuelta

Bloque 3

Al volver a casa solicita ver película, no disfruta de la misma por que recuerda que no han ordenado el cuarto como acordaron con su esposo, generando el pensamiento “mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, experimentando ansiedad (9) y contracción pectoral que le dificulta la respiración, solicitando al esposo realizar las actividades acordadas, el esposo al percibir la conducta de Sofía le pide que vaya a la sala con su hijo y que él se encargará de limpiar la habitación. Este episodio se repite cada vez que su esposo tiene que viajar por razones laborales, una vez a la semana

Tabla 15*Listado de conductas problema*

CONDUCTAS PROBLEMAS
“mi esposo se va a ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, ansiedad (9), contracción pectoral que le dificulta la respiración, solicitando al esposo realizar las actividades acordadas.

Tabla 16*Análisis funcional*

Ed	C	Er
Recuerda que no han ordenado el cuarto como acordaron con su esposo	solicita al esposo realizar las actividades acordadas	El esposo al percibir la conducta de Sofía le pide que vaya a la sala con su hijo y que él se encargará de limpiar la habitación

Tabla 17*Análisis cognitivo*

A	B	C
Recuerda que no han ordenado el cuarto como acordaron con su esposo	“mi esposo se va a ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”	Ansiedad (9), solicita al esposo realizar las actividades acordadas

Bloque 4

Al despertar Sofía recuerda los episodios de los días anteriores y la interrupción del sueño 4 veces durante la noche, pensando, “toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí” “soy incapaz de manejar mis problemas”, “me va faltar el aire”, trasladándose de un lugar a otro, sentándose e inmediatamente poniéndose de pie, no desayuna, llora, experimentando ansiedad (9) y aceleración del ritmo cardiaco, luego busca información en internet, identifica que aparentemente presentaba crisis de ansiedad, le informa al esposo, éste le presta atención y deciden buscar ayuda profesional, manifiesta que cuando se desahoga o se siente escuchada siente tranquilidad (8). Esta situación se repite a diario durante las mañanas.

Tabla 18*Listado de conductas problema*

CONDUCTAS PROBLEMAS
<p>“toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí” “soy incapaz de manejar mis problemas”, “me va a faltar el aire”, trasladándose de un lugar a otro, sentándose e inmediatamente poniéndose de pie, no desayuna, llora, aceleración del ritmo cardiaco, ansiedad (9), busca información en internet.</p>

Tabla 19*Análisis funcional*

Ed	C	Er
<p>Recuerda los episodios de los días anteriores y la interrupción del sueño 4 veces durante la noche</p>	<p>Se traslada de un lugar a otro, sentándose e inmediatamente poniéndose de pie, no desayuna busca información en internet</p>	<p>Identifica que aparentemente presentaba crisis de ansiedad. El esposo le presta atención y deciden buscar ayuda profesional. Se siente escuchada Tranquilidad (8).</p>

Tabla 20*Análisis cognitivo*

A	B	C
<p>Recuerda los episodios de los días anteriores y</p>	<p>“toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí”</p>	<p>Ansiedad (09), trasladándose de un lugar a otro, sentándose</p>

la interrupción del sueño 4 veces durante la noche.	“soy incapaz de manejar mis problemas”, “me va a faltar el aire”.	e inmediatamente poniéndose de pie, no desayuna, busca información en internet.
---	---	---

Bloque 5

Sofía manifiesta que, al servir sus alimentos, piensa, “mi bebe se va a morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”, forzándose a ingerir alimentos, teme (08) no poder comer, experimentando dolor de estómago, sudor de manos, falta de aire, garganta seca, reflujo estomacal, por lo que visitó a los médicos gastroenterólogo y ginecólogo, quienes le informaron que tanto ella como la bebe estaban bien y que es un problema emocional. Ocurre un promedio 3 veces a la semana.

Tabla 21

Listado de conductas problema

CONDUCTAS PROBLEMAS
Teme (8) no poder comer, “mi bebe se va a morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”, forzándose a ingerir alimentos.

Tabla 22

Análisis cognitivo

A	B	C
Servir los alimentos	“mi bebe se va a morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”	Teme (8) no poder comer, forzarse a ingerir alimentos

Bloque 6

Su esposo viajaba y al despedirse, piensa “si viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”, expresando llanto, contracción en el pecho que le dificulta respirar, temblor en el cuerpo, sintiendo ansiedad (08), la madre le abraza. Esta situación ocurre una vez a la semana.

Tabla 23

Listado de conductas problema

CONDUCTAS PROBLEMAS
“sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”, llanto, contracción en el pecho que le dificulta respirar, temblor en el cuerpo ansiedad (08)

Tabla 24

Análisis cognitivo

A	B	C
El esposo se despide	“sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”.	Ansiedad (08)

DESARROLLO CRONOLÓGICO DEL PROBLEMA

A los 9 años refiere haber experimentado los primeros síntomas de ansiedad, cuando la familia tenía alguna reunión fuera del domicilio, la evaluada iba con algún familiar y uno de los padres le explicaba que llegaría después por temas laborales, al estar en la reunión y al ver que los padres no llegaban a la hora pactada empezaba a preocuparse diciéndose, asimismo, les pasó un accidente, sentía temor (09) a quedarse sola, lloraba y la familia le consolaba en que sus padres ya llegarían.

En el año 2013 su madre sufrió un accidente al caer del tercer piso de su casa, al cuarto día después, sentía que no podía respirar, disminuyo el apetito, dolor de cabeza, angustia (08), recordaba con frecuencia el accidente , creía que su madre se quedaría invalida y que dependería del cuidado de la evaluada, perdurando estos síntomas durante 2 meses; decidiendo Sofía dejar los estudios para asumir el cuidado de su madre y encargarse del negocio de la misma, refiere que los síntomas desaparecieron al dedicarse a trabajar de forma independiente.

A la edad de 28 años, al encontrarse gestando de su primer bebe, ante cualquier malestar físico, pensaba que él bebe está enfermo y se podría morir, sintiendo falta de aire, ansiedad (08), tranquilizándose al visitar al médico.

HISTORIA PERSONAL

Refiere que la madre fue asistida con tratamiento de fertilización, para gestar a la evaluada, debido que anteriormente tuvo varias perdidas, nació por parto normal, a los 2 años controló esfínteres, sin antecedentes de hiperactividad, calificándose como una niña ordenada.

CONDUCTAS INADECUADAS MÁS RESALTANTES DE LA INFANCIA

Comportamiento sin exageración de rabietas, articulo y desarrollo el lenguaje a los dos años.

ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL NIÑO

Manifiesta que durante su niñez la madre desautorizaba al padre cuando este intentaba corregirlo, indica que la relación inadecuada con el padre inició desde esta etapa, debido a que utilizaba el castigo físico para corregirla, considera que cuando el padre tenía problemas económicos, ejercía violencia psicológica, indicando, “mi papá se desfogaba conmigo, me gritaba por cualquier cosa, mi mamá me defendía, yo siempre estaba a la defensiva con papá, le contestaba mal”.

Tabla 25

Educación

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X						X	
Primaria	X							X
Secundaria	X						X	

Manifiesta al cursar estudios de educación primaria llevaba el primer puesto en rendimiento académico, al pasar a secundaria y cambiarse de colegio, al inicio se preocupaba por mantener buen rendimiento, sin embargo, luego disminuyó el empeño, presentando rendimiento académico promedio.

Tabla 26

Historia familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Luis	66	Superior	Docente de administración
Madre	Ana	63	Superior	Comerciante

Hermano 1	No tiene
Hermano 2	
Hermano 3	
Abuela	Fallecidos
Otros	

RELACIONES FAMILIARES:

Califica de buena relación la interacción con la progenitora, considerando que es una figura amical y de confianza, a quien acude ante problemas, sin embargo, indica que durante su adolescencia Sofía, respondía mal cuando le llamaba la atención, posteriormente se arrepentía de su aptitud y no reconocía ante los demás, por querer impresionar que siempre tendría la razón, actualmente la evaluada consideró que era necesario pedir perdón por su “mal carácter”. La relación con el padre es distante, indicando que cuando la evaluada le comenta sus problemas no le prestaría atención y cuando el padre intenta acercarse la evaluada se niega a hablar de alguna circunstancia, diciéndose “si no me presta atención cuando le necesito, para que le voy a contar ahora”.

Con su esposo refiere que durante la etapa de enamorados no presentaron problemas significativos, en el año 2013 al trabajar juntos, salieron a relucir los desacuerdos, terminando en discusiones frecuentes, en el año 2015 la relación se tornaría distante, los problemas laborales influían en la relación de pareja, en el año 2016 ambos fueron infieles, actualmente la relación habría mejorado, la pareja le brinda soporte, afecto y seguridad a la evaluada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

No presenta antecedentes relacionados al consumo de sustancias psicoactivas o problemas de alteración mental por parte de la familia

2.5.6. Diagnóstico tradicional (DSM-V)

A continuación, se plasman los criterios diagnósticos para la ansiedad generalizada, según el DSM-5, siempre y cuando haya durado un mínimo de seis meses; las cuales, las comparamos con las conductas que presenta la paciente

Tabla 27

Comparación de criterios DSM5 y conductas de la paciente

Criterios diagnósticos para la ansiedad generalizada según el DSM-5	Conductas que presenta la paciente
A. Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva) que persisten durante más días de los que ha estado ausente, por un mínimo de seis meses, en relación con diversos eventos o actividades (como en el ámbito laboral o escolar).	Sofía piensa “sí me pongo mal quien me ayudar, si me desmayo que va a pasar con mi hijo”, “me voy a desmayar”, “me va a faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los gritos de mi hijo me alteran”, “mi esposo se va a ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, “me va a faltar el aire”, “mi bebe se va a morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”, “sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”
Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	“toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí” “soy incapaz de manejar mis problemas”.

<p>C. La ansiedad y la preocupación están asociadas a tres (o más) de los siguientes seis síntomas, y al menos algunos de estos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes en los últimos seis meses (Nota: En los niños, se requiere solo uno de estos ítems): inquietud o sensación de estar al borde, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, y problemas de sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido, o sueño inquieto e insatisfactorio).</p>	<p>Temblores en el cuerpo, sudoración de manos, aceleración del ritmo cardiaco, falta de aire, Ansiedad (9) y miedo (8) a estar sola, Frustración (9), tristeza (8), contracción pectoral que le dificulta la respiración</p> <p>Problemas de sueño</p>
<p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en áreas importantes del funcionamiento, como en lo social, laboral u otras áreas relevantes.</p>	<p>Sudoración de manos, aceleración del ritmo cardiaco, falta de aire.</p> <p>Contracción pectoral que le dificulta la respiración.</p> <p>Dolor de estómago, garganta seca, reflujo estomacal.</p>
<p>E. La alteración no puede ser atribuida a los efectos fisiológicos de una sustancia (como drogas o medicamentos) ni a otra afección médica (como el hipertiroidismo).</p>	<p>Paciente gestante sin medicación alguna</p>

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (como la ansiedad o preocupación relacionada con ataques de pánico en el trastorno de pánico, la valoración negativa en el trastorno de ansiedad social, obsesiones con la contaminación en el trastorno obsesivo-compulsivo, el miedo a la separación en el trastorno de ansiedad por separación, el recuerdo de traumas en el trastorno de estrés postraumático, el aumento de peso en la anorexia nerviosa, síntomas físicos en el trastorno de síntomas somáticos, percepciones distorsionadas en el trastorno dismórfico corporal, preocupación excesiva por enfermedades en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).	No presenta los trastornos mentales mencionados
---	---

Tabla 28*Diagnóstico Funcional general*

EXCESO	DEBILITAMIENTO	DÉFICIT
Llama a su mamá indicándole que no puede respirar.	No comparte la mesa para cenar con la familia.	
Le pide al esposo que se encargue del niño y sale a dar una vuelta.	No desayuna	Relajación
Solicita al esposo realizar las actividades acordadas.		
Se traslada de un lugar a otro.		
Se sienta e inmediatamente poniéndose de pie.		
Busca información en internet		
Se fuerza a ingerir alimentos		
“sí me pongo mal quien me ayudar”,		
“si me desmayo que va a pasar con mi hijo”, “me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca”		
“los gritos de mi hijo me alteran”, “mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, “toda la vida voy a estar enferma”, “algo está mal en mí” “soy incapaz de manejar mis problemas”, “me va faltar el aire”,		

“mi bebe se va morir, porque no estoy
comiendo bien”, “mi bebe no se está
desarrollando”, “sí viaja le puede pasar
un accidente, se muere me quedo
totalmente sola”

Ansiedad (9)

miedo (8) a estar sola

Frustración (9),

Tristeza (8),

Teme (8) no poder comer,

sudoración de manos, aceleración del

ritmo cardiaco, falta de aire, ganas de

llorar, contracción pectoral que le

dificulta la respiración, llora,

aceleración del ritmo cardiaco, temblor

en el cuerpo

Tabla 29*Análisis Funcional general de las Conductas*

Ed	C	Er
Su hijo presenta cólicos y cree que en emergencias del hospital a los pacientes que presentan sintomatología diferente a COVID 19 les niegan la atención	Llama a su mamá indicándole que no puede respirar	La madre acude, y disminuye sus respuestas de ansiedad y miedo, así como el nivel de respuestas fisiológicas, respirando con mayor facilidad.
El niño llora	Le pide al esposo que se encargue del niño y sale de casa a dar una vuelta	Salir de casa tiene la sensación que le ingresa más oxígeno y se relaja con facilidad. Esposo cuida al niño Relajación (9)
Recuerda que no han ordenado el cuarto como acordaron con su esposo	solicita al esposo realizar las actividades acordadas	El esposo al percibir la conducta de Sofía le pide que vaya a la sala con su hijo y que él se encargará de limpiar la habitación
Recuerda los episodios de los días anteriores y la interrupción del sueño 4 veces durante la noche	Se traslada de un lugar a otro, sentándose e inmediatamente poniéndose de pie, no desayuna	Identifica que aparentemente presentaba crisis de ansiedad. El esposo le presta atención y deciden buscar ayuda profesional.

busca información en Se siente escuchada
internet Tranquilidad (8).

Tabla 30*Análisis cognitivo*

A	B	C
Cree que en emergencias del hospital a los pacientes que presentan sintomatología diferente a COVID 19 les niegan la atención	“sí me pongo mal quien me ayudar, si me desmayo que va a pasar con mi hijo”	Ansiedad (9) y miedo (8) a estar sola, llama a su mamá indicándole que no puede respirar.
El niño llora	“me voy a desmayar”, “me va faltar el aire”, “me voy a volver loca” “los gritos de mi hijo me alteran”,	Frustración (9), tristeza (8), Le pide al esposo que se encargue del niño y sale de casa a dar una vuelta
Recuerda que no han ordenado el cuarto como acordaron con su esposo	“mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”	Ansiedad (9), solicita al esposo realizar las actividades acordadas.
Recuerda los episodios de los días anteriores y la enferma	“toda la vida voy a estar de un lugar a otro,	Ansiedad (09), trasladándose

interrupción del sueño 4 veces durante la noche	mi” “soy incapaz de manejar mis problemas”, “me va faltar el aire”.	sentándose e inmediatamente poniéndose de pie, no desayuna, busca información en internet
Servir los alimentos	“mi bebe se va morir, porque no estoy comiendo bien”, “mi bebe no se está desarrollando”	teme (8) no poder comer forzarse a ingerir alimentos
El esposo se despide	“sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”	Ansiedad (08)

2.6. Intervención psicológica

Programa de Intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en gestante.

2.6.1. Plan de Intervención y calendarización

Tabla 31

Intervención y calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Técnicas de tratamiento
Devolución de resultados	03/10/2020	60 minutos	Semanal	Psicoeducación en ansiedad,

				análisis funcional y autorregistros
Análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta	10/10/20	60 minutos	Semanal	Identificación de pensamientos y registro de pensamientos
Reestructuración cognitiva	17/10/2020	60 minutos	Semanal	El ABC de la TREC Autoregistros
Discusión cognitiva	24/10/2020	60 minutos	Semanal	Discusión y debate de creencias (ABCDE)
Entrenamiento en relajación	31/10/2020	60 minutos	Semanal	Relajación progresiva
Entrenamiento en relajación autógena	07/11/2020	60 minutos	Semanal	Relajación autógena
Jerarquización de situaciones que generan conductas desadaptativas	14/11/2020	60 minutos	Semanal	Desensibilización sistemática

Exposición en	21/11/20	60 minutos	Semanal	Exposición con imaginación
Análisis en	28/11/20	60 minutos	Semanal	Análisis en cadena de conductas desadaptativas
Exposición en	05/12/20	60 minutos	Semanal	Exposición en vivo e imaginación
Solución de	12/12/20	60 minutos	Semanal	Solución de problemas
Regulación	19/12/20	60 minutos	Semanal	Habilidades de regulación emocional
Prevención de	26/12/20	60 minutos	Semanal	Pros y contras de cambiar las emociones
Seguimiento	2/02/21	60 minutos	Semanal	Revisión de autor registros
Seguimiento	26/03/21	60 minutos	Mensual	Comunicación telefónica
Seguimientos	26/04/21	60 minutos	trimestral	Escala de importancia

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 32

Programa de intervención

Objetivos	Sesión	Técnicas de tratamiento	de Actividades
Brindar información de los lineamientos generales de la TCC, como explica la TCC la ansiedad generalizada y el encuadre terapéutico	Sesión 1: Devolución de resultados	Psicoeducación en ansiedad, análisis funcional y autorregistros	Informar a la usuaria acerca de ¿Qué es la ansiedad?, ¿Qué es la ansiedad generalizada?, el papel de los pensamientos en el TAG, comentar los resultados y mostrar los objetivos terapéuticos
Reestructurar los pensamientos automáticos	Sesión 2: Análisis conductual y entrenamiento o en darse cuenta	Identificación de pensamientos y registro de pensamientos	- Identificación los problemas inmediatos que están basados en la realidad y son modificables, problemas inmediatos que se basan en la realidad, pero que no son modificables - acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables

	Sesión 3: El ABC de la Reestructuración cognitiva	- Autoregistros TREC
Desarrollar habilidades de afrontamiento para disminuir la intensidad de la ansiedad	Sesión 4: Discusión de Discusión cognitiva para la (ABCDE)	- y debate de creencias (ABCDE) - Análisis y evaluación lógica - Apelar a las consecuencias negativas y positivas
	Sesión 5: Relajación	- Entrenamiento en relajación progresiva
	o en relajación	- Registro de relajación semanal
	Sesión 6: Relajación	- Entrenamiento en relajación autógena
	o en relajación autógena	- Registro de relajación semanal
	Jerarquización de situaciones que generan conductas desadaptativas	- Desensibilización sistemática - Construcción de jerarquías- - Presentación de los ítems - Evaluación de la ansiedad en una escala de 0 a 100 "USAS"

Plantear habilidades para disminuir síntomas fisiológicos y motores	Sesión 7: Exposición con Exposición imaginación en imaginación	<ul style="list-style-type: none"> – Suscitar las preocupaciones y rumiaciones de la usuaria. – Reestructurar con el paciente uno o dos pensamientos automáticos – Desarrollar una respuesta racional para esos pensamientos – Valorar la ansiedad subjetiva cada cierto tiempo
Sesión 8: Análisis en Análisis en cadena de conductas des adaptativas	Análisis en cadena de Paso a Paso	<ul style="list-style-type: none"> – Describir la conducta problema. – Describir el evento desencadenante que empezó la cadena de eventos que conduce a la conducta problema. – Describir los factores que suceden antes del evento que te hizo vulnerable. – Detalle de la cadena. – Describe consecuencias.
Sesión 9: Exposición en Exposición imaginación	Exposición imaginación	<ul style="list-style-type: none"> – Suscitar las preocupaciones y rumiaciones de la usuaria.

en imaginación	<ul style="list-style-type: none"> – Reestructurar con el paciente uno o dos pensamientos automáticos – Desarrollar una respuesta racional para esos pensamientos
	<p>Valorar la ansiedad subjetiva cada cierto tiempo</p>
Sesión 10: Solución de problemas Solución de problemas problemas	<ul style="list-style-type: none"> – Orientación hacia el problema. – Definición y formulación del problema. – Generación de alternativas de solución. – Toma de decisiones. – Implementación de la solución y verificación
Sesión 11: Habilidades de Regulación emocional regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Nombrar la emoción. – Eventos que desencadenan la emoción. – Interpretación de eventos que propician la emoción.

			<ul style="list-style-type: none"> – Identificación de cambios biológicos que propician la emoción. – Acciones y expresiones de la emoción. – Efectos de la emoción. – Acción opuesta al impulso de acción de la emoción
Proponer estrategias de prevención de recaídas	Sesión 12: Tolerancia al malestar	Pros y contras de actuar en caso de crisis (incluyendo los impulsos, los deseos de actuar o de abandonar)	– Realizar una lista de los pro y contra de cambiar una emoción con la que estas teniendo dificultades
	Sesión 13: Seguimiento	Revisión de autor registros	Comparación de resultados antes del tratamiento y después del tratamiento.
	Sesión 14: Seguimiento	Comunicación telefónica	Revisión de los síntomas
	Sesión 15: Seguimiento	Escala de importancia	Se pide al consultante que puntúe, en una escala decimal (0-10), el nivel de preocupación de la ansiedad en la actualidad

2.7. Consideraciones éticas

Se informó a la usuaria que llevará un proceso terapéutico con el enfoque cognitivo conductual, realizándose una sesión semanal, con una duración de 60 minutos cada una, por lo que se solicitó el consentimiento informado y compromiso, recalcando la confidencialidad y el secreto profesional. Posteriormente se recibe la aceptación por parte de la usuaria para que los resultados del tratamiento sean utilizados con fines académicos, sin repercusión económica, respetando la confidencialidad de sus datos reales.

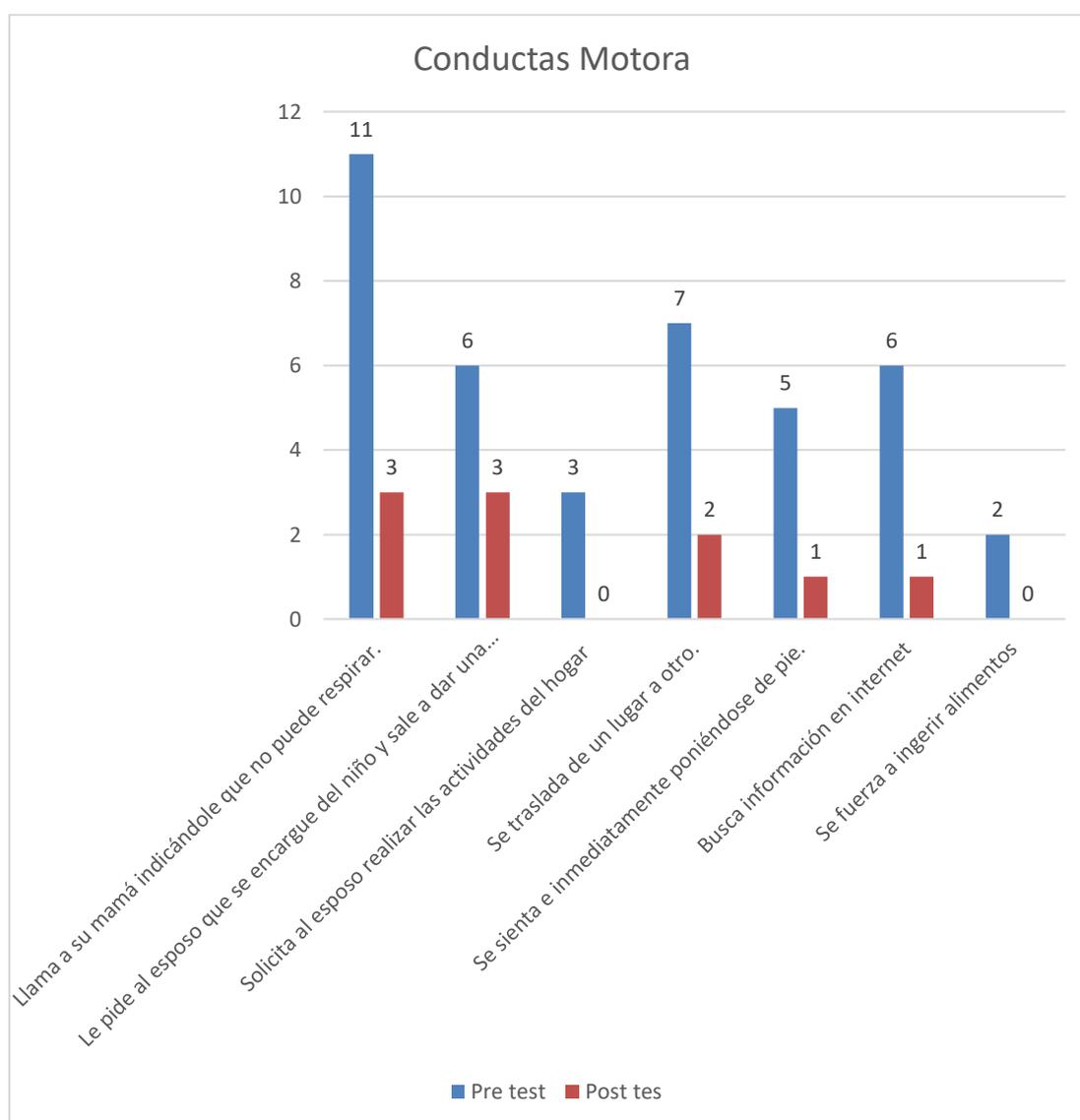
III. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la intervención cognitivo conductual desde la fase inicial, haciendo un comparativo con los efectos al culminar el plan de tratamiento

3.1. Análisis de resultados

Figura 1

Análisis del efecto del programa en sintomatología de las conductas motora

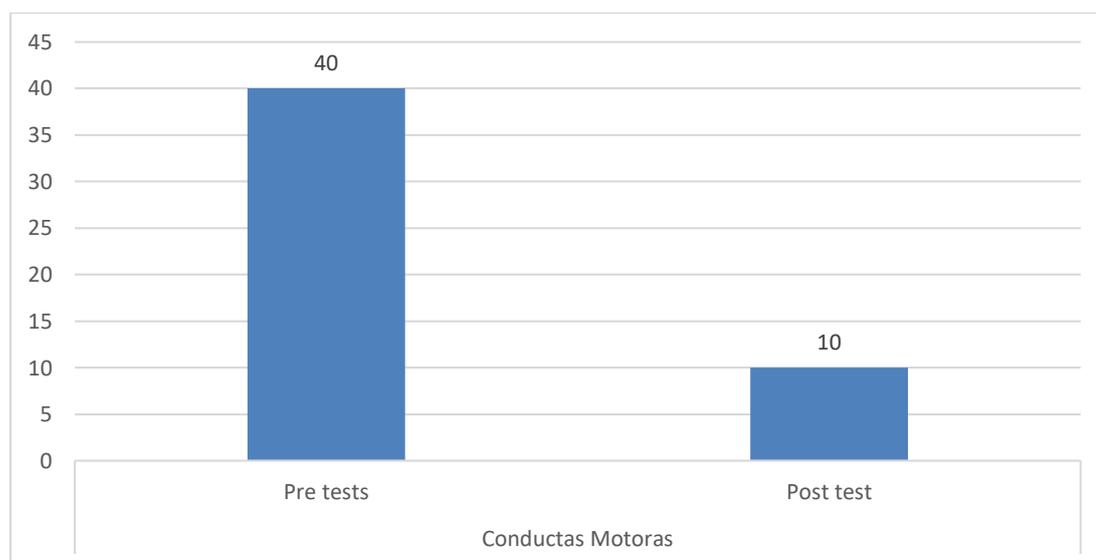


Nota. En la Figura 1, se evidencia la conducta motora de llamar a su mamá indicándoles que no puede respirar con una frecuencia pre test de 11, que logró disminuir al post test

a 3, la conducta de trasladarse de un lugar a otro lo manifestó al pre test 7 y al post test 2, el pedir al esposo que se encargue del niño y sale a dar una vuelta antes de la intervención se mostró en 6 ocasiones al culminar el programa 3, la conducta de buscar información en internet mostro en el pre test la frecuencia de 6 logrando reducir a 1 al post test, el sentarse y ponerse inmediatamente de pie lo evidencia en el pre test 5 ocasiones y al post test 1, las conductas de solicitar al esposo realizar las actividades del hogar y forzarse ingerir alimentos registro al pre test 3 y 2 respectivamente, conductas que no se manifestaron al culminar el tratamiento

Figura 2

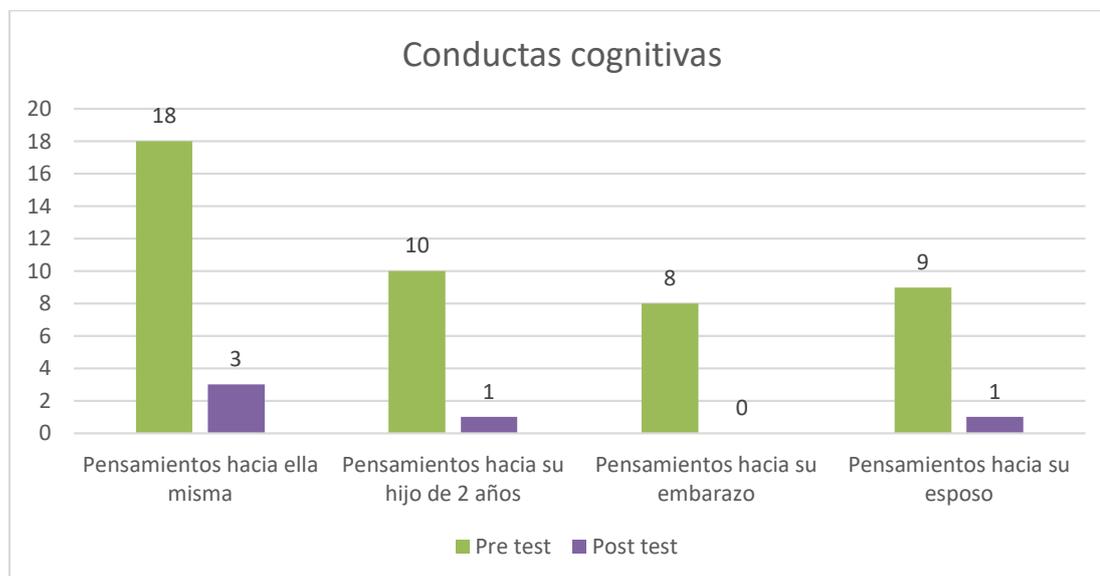
Resultado de frecuencias del consolidado de conductas motoras (Pre test-Post test)



Nota. En la Figura 2, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de ocurrencia de conductas motoras, siendo registradas durante la primera semana un total de 40 ocasiones en que se activaron conductas motoras, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de conductas motoras (10).

Figura 3

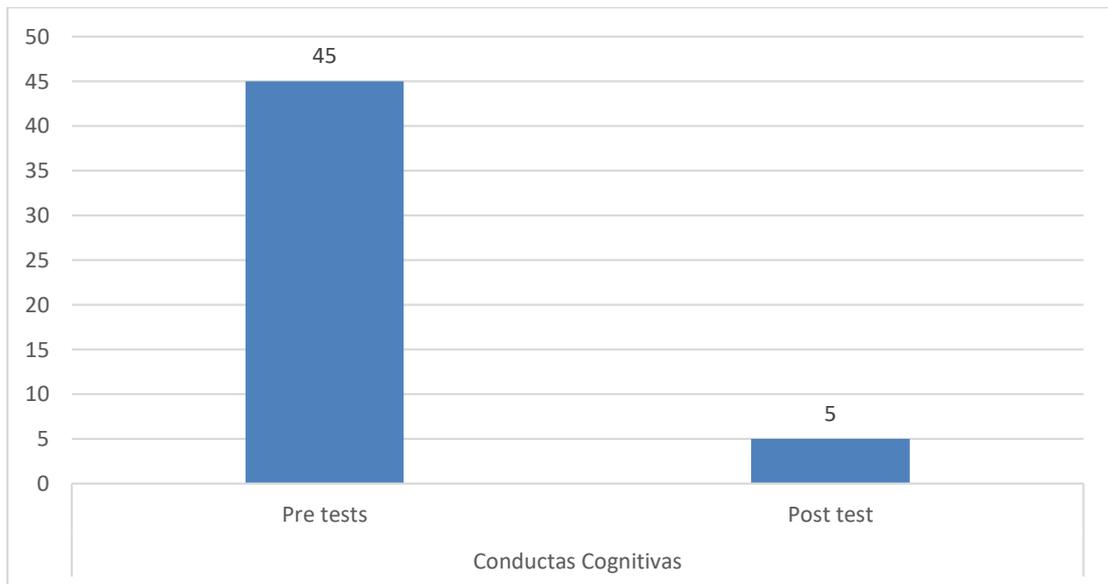
Análisis del efecto del programa en sintomatología de las conductas cognitivas



Nota. En la figura 3 se observan la frecuencia de pensamientos hacia ella misma “Toda la vida voy a estar enferma”, “Algo está mal en mí”, “Sí me pongo mal quien me ayudar” , “Soy incapaz de manejar mis problemas”, “Me va faltar el aire”, “Me voy a desmayar”, “Me voy a volver loca”, con un puntaje de pre test 18, logrando disminuir al post test 3; en pensamientos hacia su hijo de 2 años, “Si me desmayo que va a pasar con mi hijo” “Los gritos de mi hijo me alteran”, se registran al pre test 10 y al post test 1; los pensamientos relacionados con su embarazo, “Mi bebe no se está desarrollando”, “Mi bebe se va morir, porque no estoy comiendo bien”, de 8 conductas que se presentaron al culminar el programa se extinguieron dichos pensamientos y los pensamientos relacionados hacia su esposo “Mi esposo se va ir y tengo que hacerme cargo de los quehaceres yo sola”, “Sí viaja le puede pasar un accidente, se muere me quedo totalmente sola”, de 9 conductas al culminar la intervención logro disminuir la frecuencia a 1.

Figura 4

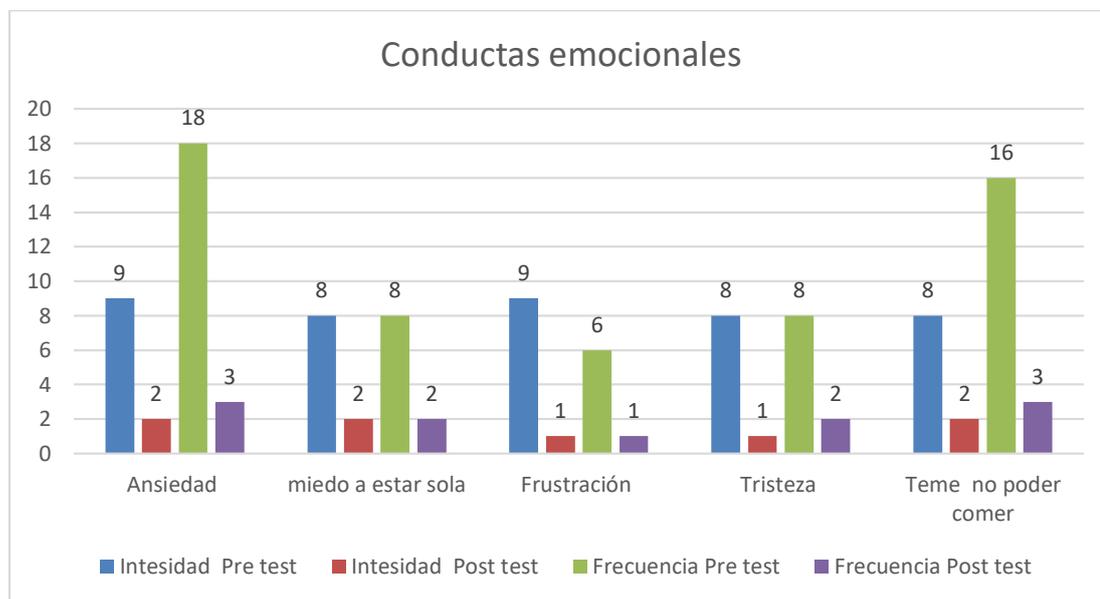
Consolidado de resultado de frecuencias de conductas Cognitivas (Pre test-Post test)



Nota. En la Figura 4, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de ocurrencia de conductas cognitivas, siendo registradas durante la primera semana un total de 45 ocasiones en que se activaron conductas cognitivas, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de conductas cognitivas (5).

Figura 5

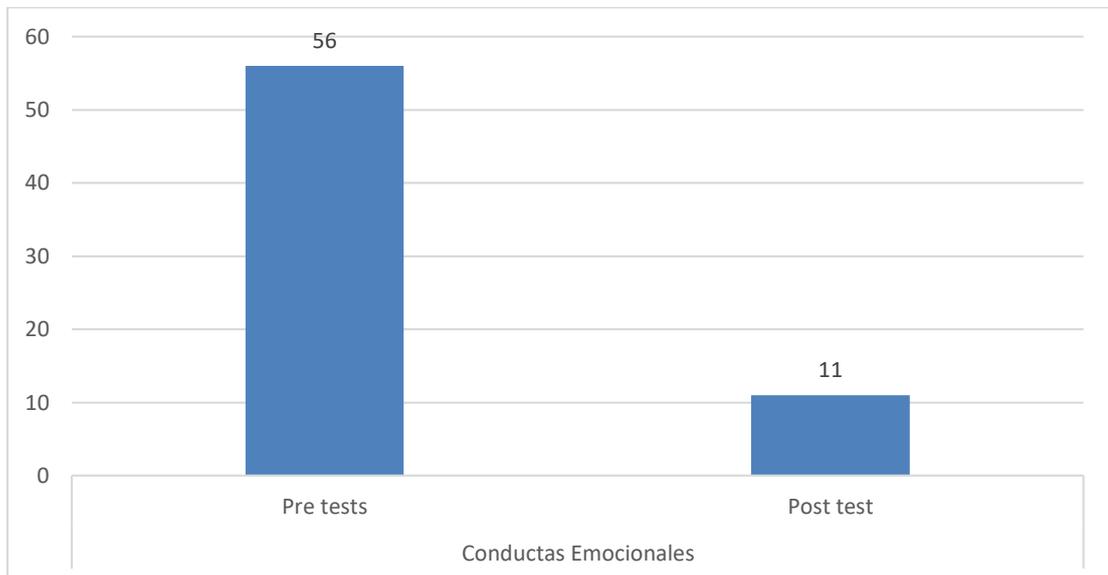
Análisis del efecto del programa en sintomatología de conductas emocionales



Nota. En la figura 5 se evidencia que la conducta emocional de ansiedad antes de la intervención registro una frecuencia de 18 y al post test logró disminuir a 3; el temor no poder comer al pre test presento 16 y post test evidencio 3; el miedo a estar sola y tristeza al pre test presentaron respectivamente 8 y al post test disminuyo a 2; en la conducta frustración de 6 disminuyo al post test 1. Asimismo, podemos observar la intensidad de conductas emocionales en una escala de 0 a 10, la conducta de ansiedad antes de la intervención registro una intensidad de 9 y al post test logró disminuir a 2; el temor no poder comer al pre test presento 8 y post test evidencio 2 al igual que el miedo a estar sola y tristeza al pre test presentó 8 y al post test disminuyo a 1; en la conducta frustración de 9 disminuyo al post test 1.

Figura 6

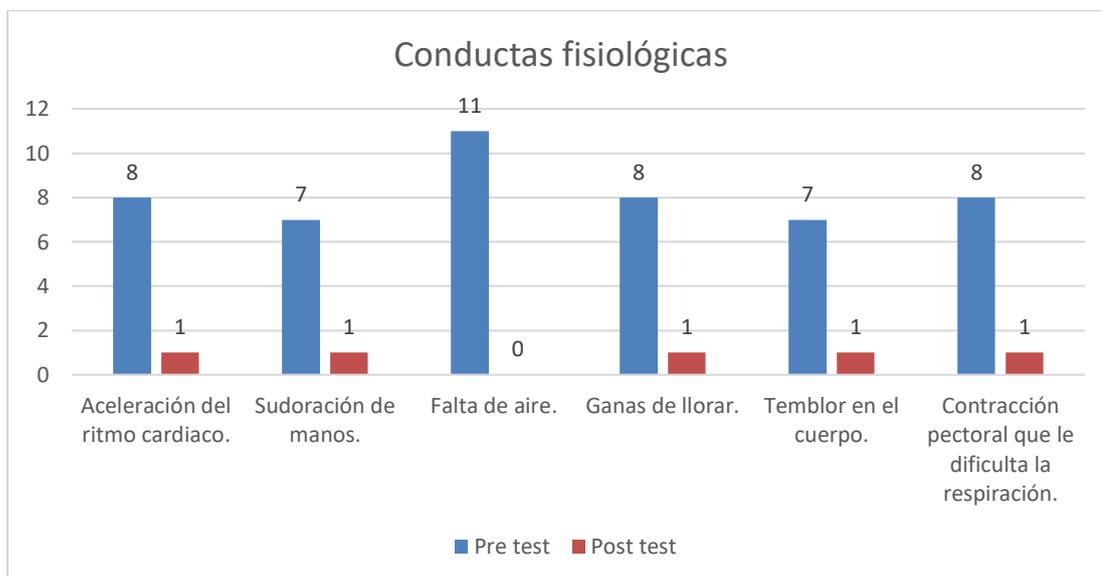
Consolidación de resultado de frecuencias de conductas emocionales (Pre test-Post test)



Nota. En la Figura 6, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de ocurrencia de conductas emocionales, siendo registradas durante la primera semana un total de 56 ocasiones en que se activaron conductas emocionales, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de conductas emocionales (5).

Figura 7

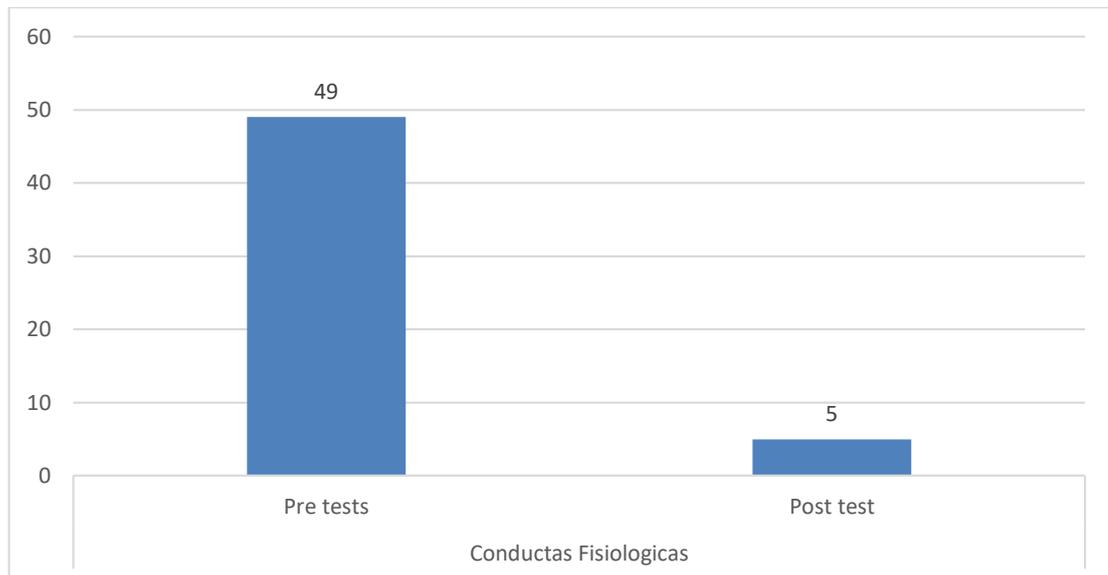
Análisis del efecto del programa en sintomatología de conductas fisiológicas



Nota. En la figura 7 se muestra las conductas fisiológicas, en falta de aire presento al pre test una frecuencia de 11 y al post test ya no se evidencia; la aceleración del ritmo cardiaco, ganas de llorar, contracción en el pectoral que le dificulta respirar, presentó un puntaje de 8 al pre test disminuyendo a 1 al post test; asimismo sudoración de manos y temblor en el cuerpo se manifestaron 7 ocasiones en el pre test y al culminar 1.

Figura 8

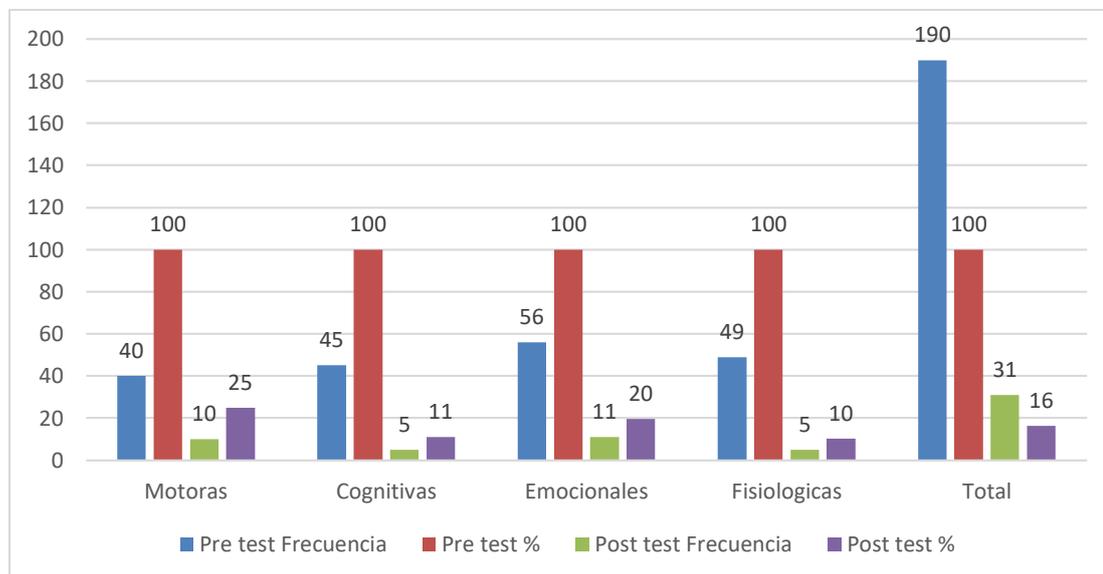
Consolidado de resultado de frecuencias de conductas fisiológicas (Pre test-Post test)



Nota. En la Figura 8, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de ocurrencia de conductas fisiológicas, siendo registradas durante la primera semana un total de 49 ocasiones en que se activaron conductas fisiológicas, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de conductas fisiológicas (5).

Figura 9

Resultado de frecuencias y porcentual de conductas motoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas (Pre test-Post test)



Nota. En la Figura 9, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de ocurrencia de 40 conductas motoras que hacen el 100% de las manifestaciones y al culminar el tratamiento solo presenta el 25% de dichas expresiones, referente a las conductas cognitivas se manifestaron el 11% de los 45 pensamientos automáticos que inicialmente presento la usuaria antes de la intervención terapéutica; asimismo en conductas emocionales solo evidenció la ocurrencias del 20% de 56 expresiones emocionales de la línea base y respecto a conductas fisiológicas se afirma que la usuaria manifestó al concluir el tratamiento el 10% de las conductas problemas.

3.2. Discusión de resultados

La intervención cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en gestante; se aplicó a una usuaria de 5 meses de gestación, quien presentó antecedentes clínicos de haber visitado durante 3 veces por semana los servicios de ginecología y gastroenterología, que según los reportes clínicos no se debe a una afección médica, concluyendo en la evaluación psicológica ansiedad generalizada, resultados sostenidos de la entrevista, aplicación de pruebas psicológicas y registros de conductas. Este diagnóstico está respaldado por el DSM V y la Organización Mundial de la Salud (2000), que indica que este trastorno no está restringido a manifestarse en condiciones ambientales específicas. Los síntomas pueden variar, pero lo más común incluye sensaciones de nerviosismo constante, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias estomacales. Frecuentemente, se manifiestan temores sobre la posibilidad de que uno mismo o un familiar enferme o sufra un accidente, junto con otras preocupaciones y presagios variados. Esta sintomatología fue experimentada por la paciente, quien inicialmente pensaba que sus síntomas eran causados por una afección física.

La intervención cognitivo conductual tuvo por finalidad, disminuir preocupaciones, activación psicofisiológica producidas como situaciones de alarma, respuestas emocionales disfuncionales y respuestas de escape del trastorno de ansiedad generalizada. Para reestructurar sus cogniciones por otras más adaptativas se utilizaron técnicas como identificación de pensamientos, registro de pensamientos, el ABC de la TREC, discusión y debate de creencias (ABCDE), logrando disminuir la frecuencia de conductas cognitivas de un total de 45 a 5 preocupaciones, resultados similares obtuvo Sotomayor (2023) en su investigación, Intervención cognitivo conductual para la ansiedad Generalizada en una mujer adulta, realizada en la ciudad de lima, logrando disminuir de 38 pensamientos a 11 al finalizar la intervención; se explica que estos resultados similares se deberían al usar las mismas técnicas de corte

cognitivo, dirigido al mismo grupo etario, género y región geográfica, asimismo creemos que ambas usuarias aprendieron a confrontar sus pensamientos con la realidad, tolerar la incertidumbre, recordar como resolvieron problemas en el pasado y que recursos nuevos incrementaron a través de las técnicas cognitivos conductuales; esto confirma lo que señala la TREC, que propone que los seres humanos poseen dos inclinaciones biológicas clave: la propensión a pensar de manera irracional y la capacidad de decidir cambiar esas creencias irracionales si así lo desean (Ruiz et al., 2012).

Para disminuir la intensidad de angustia, miedo a estar sola, frustración, tristeza, temor a no poder comer, se utilizó las técnicas discusión y debate de creencias (ABCDE), relajación progresiva, relajación autógena, desensibilización sistemática, evidenció una disminución de frecuencia significativa obteniendo como resultado al finalizar el tratamiento solo el 20% de 56 expresiones emocionales que se registró en el pre test. Estos resultados difieren porcentualmente con la intervención de Maravi (2020) con una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada, quien logro disminuir la intensidad de ansiedad de 54% al 14%; comparando estos resultados, lo que varía porcentualmente se debería a que mi investigación hace una medición a nivel frecuencia, sin embargo Maravi obtiene la eficacia de su intervención a través de la disminución de la intensidad; asimismo teniendo en cuenta que la usuaria de mi estudio de caso está gestando, experimentando cambios de humor propios de su estado; asimismo con nuestra investigación podemos abalar lo que menciona Ruiz et al. (2012) que en el tratamiento de la ansiedad generalizada la relajación se ha mostrado útil combinada con otras técnicas como la desensibilización sistemática, discusión y debate de creencias, a diferencia de (Borkovec y Grayson, 1980; Ley, 1988), quien sostiene que pacientes con diagnóstico de ansiedad generalizada exacerbaban, en vez de disminuir, su nivel de tensión durante la relajación.

Se pudo disminuir la ocurrencia de conductas fisiológicas, de 49 a 5, indicando que al concluir el programa de intervención la usuaria solo manifestó el 10% de las conductas iniciales, estos resultados difieren a lo obtenido por Díaz (2022) en su investigación Abordaje cognitivo conductual en trastorno de ansiedad Generalizada de una paciente de 46 años en la ciudad de Arequipa, quien al concluir su investigación logró disminuir la conducta sudoración pre test 92% al 40 %, fatiga de 45% al 20%, tensión muscular de 95% a 50%; estas diferencias se deberían que la paciente de Díaz presenta epilepsias parciales, tratamiento psiquiátrico, problemas con su imagen corporal y control de impulsos.

Se logró disminuir la frecuencia de ocurrencia de conductas motoras de 40 a 10 después de la intervención cognitiva conductual, utilizando técnicas exposición con imaginación, análisis en cadena –Paso a Paso, solución de problemas y habilidades de regulación emocional, a diferencia de Padilla (2014), que al culminar su intervención, no evidencio registro de alguna conducta motora, esta diferencia se debería a que nuestra usuaria, presento una red de soporte de sobreprotección, que en ocasiones la madre y el esposo, le solucionaban situaciones a la que tenía que exponerse y hacerse cargo de buscar por sí misma una solución; entendiendo a nuestra usuaria que evidenciaba déficits para regular las experiencias que le tocaban afrontar y expresaba emociones utilizando conductas desadaptativas, por lo que nos basamos en el modelo de desregulación de la emoción Linehan, (1993), que uno de sus objetivos terapéuticos de este modelo es reducir las conductas que interfieren en la calidad de vida y aumentar habilidades comportamentales, fortaleciendo la intervención con la técnica de solución de problemas; Sotomayor (2023) aplicó un enfoque similar en su programa de Intervención Cognitivo Conductual para la ansiedad generalizada en una mujer adulta. Este estudio también confirma que la terapia cognitiva conductual es altamente efectiva para reducir pensamientos distorsionados, emociones negativas y comportamientos problemáticos.

En esta investigación se evidencia que al concluir el plan de intervención se obtuvo que se registraron la frecuencia de 10 de las 40 conductas motoras, 5 de las 45 conductas cognitivas, 11 de las 56 conductas emocionales, 5 de las 49 conductas fisiológicas, concluyendo y determinando la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante, resultados similares obtuvo Huamaní (2002) en la investigación Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada; al igual que Castro (2016) en la investigación Tratamiento cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada, Universidad Miguel Hernández, en el caso de un varón de 35 años. R. Estos resultados se asemejan debido que nuestro estudio al igual que los antecedentes se aplicaron a usuarios del mismo grupo etario, no tienen ninguna comorbilidad física y emocional diferente al tema de estudio, sosteniéndose que el nivel intelectual, el funcionamiento cognitivo, la edad, el método de evaluación, la cooperación del entorno, el contexto en que se lleva a cabo la intervención terapéutica, técnica y la cualificación y experiencia profesional del terapeuta influyen negativa o positivamente en la eficacia de un programa de intervención (Ruiz et al., 2012).

3.3. Seguimiento

La etapa de seguimiento se da a partir de la sesión N° 12 a la 15 sesión, realizándose a la semana, al mes y a los 3 meses de culminar la sesión N°11, trabajando las técnicas de Pros y contras de actuar en caso de crisis (incluyendo los impulsos, los deseos de actuar o de abandonar); por medio telefónico se realiza la comparación de resultados antes y después del tratamiento, al igual que la revisión de síntomas de la ansiedad generalizada y para el cierre terapéutico, se le pide a la consultante que puntúe, en una escala decimal (0-10), el nivel de preocupación de la ansiedad en la actualidad.

IV. CONCLUSIONES

- Se determinó la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante (190 pre test- 31post test).
- Se observa una mayor disminución de los síntomas cognitivos y fisiológicos, mientras que la reducción de los síntomas motores y emocionales es menor en comparación con los síntomas cognitivos y fisiológicos
- Las técnicas que evidenciaba mayor efectividad es el ABC de la TREC, discusión y debate de creencias (ABCDE), relajación progresiva, análisis en cadena –paso a paso, y habilidades de regulación emocional.
- El factor que favoreció el efecto del programa fue la adherencia al tratamiento psicológico, mientras que el factor que dificultó la intervención cognitivo conductual fue la red de soporte familiar sobreprotector, que evitaban que se exponga a situaciones que activaban conductas des adaptativas.

V. RECOMENDACIONES

- Presentar el programa de intervención cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en gestante, a instituciones prestadoras de servicios de intervención y recuperación de la salud mental, como establecimientos de salud públicos y privados, como guía referencial para elaborar otros programas de intervención con casos similares de ansiedad generalizada.
- En la elaboración de futuros programas de intervención priorizar el uso de técnicas cognitivas y de reducción de sintomatología fisiológica dado los buenos resultados obtenidos en el presente programa.
- Utilizar técnicas cognitivas conductuales como el ABC de la TREC, Discusión y debate de creencias (ABCDE), Habilidades de regulación emocional, dada la efectividad de las mismas en trastorno de ansiedad generalizada.
- Considerar en próximas investigaciones y programas de intervención cognitivo conductual para trastorno de ansiedad generalizada, se incluya sesiones familiares, ya que refuerzan conductas disfuncionales y son redes de soporte para la continuidad y sostenibilidad del tratamiento.

VI. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5ª ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. Paidós Ibérica Ediciones.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5ª ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barlow, D. (2002). *La ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el entrenamiento de la ansiedad y el pánico*. <https://es.scribd.com/document/631293562/Anxiety-and-Its-Disorders-Second-Edition-The-Nature-and-Treatment-of-Anxiety-and-Panic-PDFDrive-001-144-en-es-pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Descle de Brouwer.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Calonge, D. M. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad social en una adolescente de 13 años*. [Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4495>
- Castro, N. (2016). *Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de ansiedad generalizada*. [Tesis de pregrado, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio RediUMH. <https://hdl.handle.net/11000/3006>
- Chacón, E., & Xatruch, D. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (2007). *Análisis Aplicada de Conducta* (2.^a ed.). ABA España. <https://es.scribd.com/document/449035475/ANALISIS-APLICADO-DE-CONDUCTA-Cooper-John-O-Heron-T-E-Heward-L-W-pdf-pdf>
- Da Silva, M., Fonseca, V., Do Nascimento, M., Silva, S., Belem, L. B., & Teixeira, O. E. (2014). Analysis of psychometric properties of Family APGAR with elderly in Northeast Brazil. *Es Anna Nery*, 4, 18.
- Delgado, A., Ecurra, L., & Torres, W. (2006). *La medición en psicología y educación: Teoría y aplicaciones*. Hozlo.
- Díaz, B. (2022). *Abordaje cognitivo conductual en trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/2c239a2e-2a46-404c-9968-0e1b0b287e6c>
- Díaz, P. (2021). *Evaluación e intervención desde el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad generalizada en un niño de 10 años: Estudio de caso único*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio UN. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/9659?show=full>
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer.
- Elsner, P., Monterol, M., Reyes, C., & Zegers, B. (1994). *Una familia, una aventura*. Universidad Católica de Chile.
- Forero, L., Avedaño, M., Duarte, Z., & Campo, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80635103.pdf>

- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- García, A., & Rodríguez, C. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*, 9(18), 45-51. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/994/1/culturacuidados_18_08.pdf
- Gonzales, F. (2017). *Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Ministerio de Salud (MINSA). <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284802-situacion-de-salud-de-los-adolescentes-y-jovenes-en-el-peru-documento-tecnico>
- Gorsuch, R., Lushene, R., & Spielberger, C. (1970). *IDARE: Inventario de la ansiedad rasgo-estado*. Universidad de Lima. <https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/idare-inventario-de-la-ansiedad-rasgo-estado-version-en>
- Gruber, K., & Haldeman, L. (2009). Using the family to combat childhood and adult obesity: Preventing chronich disease. *Public Health Research, Practice, and Policy*, 6(3), 1-10. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2722397/>
- Huamani, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada*. [Trabajo academico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6388/UNFV_FP_Huamani_Mendoza_Claudia_Segunda_especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Jacobson, E. (1944). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
https://www.google.com.pe/books/edition/Progressive_Relaxation/4YuOdRdfZhoC?hl=es&gbpv=0&bsq=inauthor:%22Edmund%20Jacobson%22
- Kabad, J., & Zinn. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Kairos. <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2020/10/Mindfulness-para-Principiantes.pdf>
- Kratochwill, T. (1992). *Single-case research design and analysis: An overview*. Copyright.
<https://dokumen.pub/single-case-research-design-and-analysis-new-directions-for-psychology-and-education-1nbsped-1138848751-9781138848757.html>
- León Lizcano, L. (2019). *Proceso psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo conductual a un paciente con ansiedad generalizada, un varón de 54 años de edad, de la ciudad de Bucaramanga*. [Monografía de especialidad, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6388>
- Linehan, M. (2015). *Manual de Habilidades DBT* (2.ª ed.). Tres Olas.
- Mallqui, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4399?show=full>
- Maraví, A. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4492>
- Ministerio de Salud. (2023, 10 de octubre). *Día Mundial de la Salud Mental: Más de 1 333 000 casos atendidos por trastornos y problemas psicosociales*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/847052-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-1-333-000-casos-atendidos-por-trastornos-y-problemas-psicosociales>

Minuchin, S. (1974). *Families and Family therapy*. Harvard University Press.

Minuchin, S. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Minuchin, S., & Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós.

Molina, B., & Caballero, B. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionamiento familiar en estudiantes de la universidad industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 221-231. <http://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.11>

Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los test*. Pirámide.

Organización Mundial de la Salud. (2002, 8 de junio). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2023, 27 de septiembre). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://iris.who.int/handle/10665/42326>

- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Psicológica de Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf
- Paz, S., & Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. Abya-Yala.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20863/5/Fundamentos%20de%20%20evaluacio%CC%81n%20psicolo%CC%81gica.pdf>
- Perez, M., & Graña, J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: Caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19(1), 99-126.
<https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/60dfd84d5390ea33b66316f5>
- Prieto, G., & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. Papeles del psicólogo. *Dialnet*, 31(1), 64-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150828>
- Prittman, F. (1987). *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Paidós.
- Robles, Y., Padilla, M., & Sanz, Y. (2008). Base de datos de instrumentos de evaluación de salud mental y psiquiatría. *Anales de Salud Mental*, 24(1), 1-130.
<https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/26>
- Rojas, H. (2018). *Dominancia cerebral, dimensiones básicas de la personalidad y el aprendizaje académico en estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la UNJBG de Tacna*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle]. UNE-Institucional.
<http://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/1681>

- Ruiz, A., & Lujan, M. (1991, 12 de diciembre). *Inventario de pensamientos automáticos*.
<https://es.scribd.com/document/378573868/TEST-DE-PENSAMIENTOS-AUTOMATICOS-docx>
- Ruíz, Á., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Schultz, J. (1931). *Das autogene training (Konzentrierte Selbstenspannung)*. Georg Thieme.
- Sinchi, E., & Suárez, M. (2016). Introducción al estudio de la medicina familiar. *RAMPA*, 1(1), 37-38.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Sotomayor, K. (2023). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una mujer adulta*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7505>
- Suarez, M., & Alcala, M. (2014). Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica de la Paz*, 20(1), 53-67. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Vara, L., & Rimari, F. (2021). Evaluación de la ansiedad en gestantes en tiempos del COVID-19, en un hospital del Callao. *Revista de Investigación Científica Ágora*, 8(1), 17-22. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.202>

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta* (3.^a ed.). Trillas.

https://drive.google.com/file/d/1yinUNf_Tc93MoZ7_oxLHJZNEO9WBwqkZ/view

Zegarra Rodríguez, M. J. (2019). *Terapia cognitiva conductual en un paciente de 20 años*.

[Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio

Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4541>

VII. ANEXOS

ANEXO A

HOJA DE RESPUESTA DEL TEST DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Nombre: [Redacted] fecha: 20/09/20

Nunca pienso eso. 1 = Algunas veces pienso eso
 bastantes veces lo pienso 3= con mucha frecuencia lo pienso.

1.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
2.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
3.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
4.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
5.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
6.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
7.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
8.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
9.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
10.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
11.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
12.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3

13.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
14.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
15.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
16.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
17.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
18.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
19.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
20.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
21.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
22.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
23.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
24.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3

25.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
26.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
27.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
28.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
29.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
30.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
31.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
32.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
33.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
34.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
35.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
36.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3

37.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2
38.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2
39.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2
40.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2
41.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2
42.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2
43.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2
44.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2
45.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2

ANEXO B

Nombre _____
 Estado civil _____
 Escolaridad _____

IPARE
 Et 2

Edad 31 años
 Sexo F
 Ocupación: Estudiante / Trabajadora Independiente

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

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

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

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

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

ANEXO C

**HOJA DE RESPUESTAS
DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (PEN)**

NOMBRE: _____
FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Marque con un (x) el casillero que corresponda según su respuesta

	SI	NO
1		X
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7		X
8	X	
9		X
10		
11	X	
12	X	X
13		X

	SI	NO
14		X
15	X	
16		X
17	X	
18		X
19		X
20	X	X
21		
22	X	
23	X	
24		X
25		X
26		X

	SI	NO
27		X
28		X
29	X	
30	X	X
31		X
32	X	
33	X	
34	X	X
35		X
36		X
37		X
38		X
39		X

	SI	NO
40	X	
41	X	
42		X
43	X	X
44	X	
45		X
46	X	X
47		X
48	X	X
49		X
50		X
51	X	
52		X

	SI	NO
53	X	
54	X	
55		X
56		
57		X
58	X	X
59		X
60		X
61	X	
62	X	
63		X
64	X	
65		X

	SI	NO
66	X	
67	X	
68	X	
69		X
70		X
71		X
72	X	
73	X	
74	X	
75	X	
76		X
77		
78		X