



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Bañon Concha, Patricia Milagros

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherras, Orlando

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024



INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
4	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:
Salud Mental

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

Autora:
Bañon Concha, Patricia Milagros

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

Jurado:
Díaz Hamada, Luis Alberto
Del Rosario Pacherras, Orlando
Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024

Pensamiento

Los mejores años de tu vida son aquellos en los que decidas que tus problemas son sólo tuyos. No es culpa de tu madre, la ecología, o el presidente. Uno se da cuenta así del control de su propio destino.

Albert Ellis.

Dedicatoria

A mi querido padre, gracias darme vida y por protegerme en todo momento. Siempre te tengo presente.

A mi mamá, por su sabiduría para hacer las cosas y enseñarme sobre la bondad hacia el prójimo, y la importancia de estudiar y el deseo de crecer constantemente como persona y profesional.

A mi Adi, deseo ser tu lugar seguro y que siempre tengas la fortaleza para luchar por tus propias convicciones. Mamá siempre va a estar para ti.

Agradecimiento

A Dios por la vida y por sostenerme en los momentos más difíciles.

A mis hermanos por su apoyo incondicional.

A mi asesor, el Dr. Vicente, por su guía y acompañamiento, gracias por ser una fuente de conocimiento.

Índice

Resumen.....	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes Internacionales	17
1.2.3 Fundamentación Teórica	19
1.3 Objetivos	27
1.4 Justificación	27
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	28
II. MÉTODOLOGÍA	29
2.1 Tipo y diseño de Investigación	29
2.2 Ámbito temporal y espacial	29
2.3 Variables de Investigación	29
2.4 Participante / Sujeto	31
2.5 Técnicas e instrumentos	31
2.5.1 Técnicas	31
2.5.2 Instrumentos	32
2.5.3 Evaluación psicológica	43
2.5.4 Evaluación psicométrica	55
2.5.5 Informe psicológico integrador	63

2.5.6	Diagnóstico	65
2.6	Intervención	76
2.6.1	Plan de intervención y calendarización	76
2.6.2	Programa de intervención	82
2.7	Procedimiento	82
2.8	Consideraciones éticas	83
III.	RESULTADOS	85
3.1	Análisis de Resultados	85
3.2	Discusión de Resultados	88
3.3	Seguimiento	91
IV.	CONCLUSIONES	92
V.	RECOMENDACIONES	94
VI.	REFERENCIAS	95
VII.	ANEXOS	101

Índice de tablas

Tabla 1	Características relevantes de tres de los trastornos de ansiedad especificados en este manual diagnóstico según DSM-V.....	24
Tabla 2	Ficha técnica “STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo”.....	33
Tabla 3	Ficha técnica Registro de opiniones forma A – REGOPINA.....	36
Tabla 4	AUTOREGISTRO: Emocional, de pensamientos, respuestas fisiológicas y conductuales Frecuencia (nro. de veces al día) - Intensidad (del 1 al 10).....	41
Tabla 5	Formato de Autoregistros.....	42
Tabla 6	Se resume la información de problemas de adaptación, conducta y rendimiento académico.....	52
Tabla 7	Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Ansiedad estado/rasgo.....	56
Tabla 8	Registro de respuestas emocionales.....	61
Tabla 9	Registro de respuestas cognitivas.....	61
Tabla 10	Registro de respuestas fisiológicas.....	62
Tabla 11	Registro de conductas problema.....	63
Tabla 12	Diagnóstico Tradicional.....	65
Tabla 13	Diagnóstico Funcional.....	67
Tabla 14	Conductas Adaptativas / Desadaptativas.....	69
Tabla 15	Análisis funcional de la conducta.....	69
Tabla 16	Análisis Cognitivo.....	72
Tabla 17	Plan de intervención.....	77

Índice de figuras

Figura 1	Resultados del REGOPINA.....	58
Figura 2	Resultados de las respuestas emocionales.....	85
Figura 3	Resultado de las respuestas cognitivas.....	85
Figura 4	Resultado de las respuestas fisiológicas.....	86
Figura 5	Resultado de las respuestas conductuales.....	87

Resumen

El objetivo general del presente estudio de caso fue determinar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta de 31 años de edad, con trastornos de ansiedad generalizada de acuerdo con el CIE-11. Se utilizó el diseño experimental de caso único A-B. Para evaluar a la paciente, se utilizó la entrevista psicológica y la observación, además se aplicaron instrumentos psicométricos como el cuestionario REGOPINA y el “STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo”. Luego se elaboró la línea base con la ayuda de los auto registros de la usuaria, la entrevista conductual y la elaboración del análisis funcional. El programa constó de 19 sesiones dirigidas por objetivos específicos, y para su cumplimiento se emplearon técnicas cognitivas y conductuales como: psicoeducación, contrato terapéutico, escritura terapéutica, relajación autógena, relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, detención del pensamiento, reestructuración cognitiva, flecha descendente, dialogo socrático, autoafirmaciones, metáforas, resolución de problema, triple columna, rol play, mindfulness, programación de actividades y habilidades sociales. Finalmente, los resultados obtenidos evidencian una reducción significativa de la sintomatología ansiógena post test respecto al pre test, asimismo se observa respuestas más adaptativas en el área cognitiva, emocional y conductual, generando mayor funcionalidad a nivel personal, social y también en el aspecto familiar.

Palabras clave: estudio de caso único, análisis funcional, trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The general objective of the present case study was to determine the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in a 31-year-old adult woman with generalized anxiety disorders according to the ICD-11. The A-B single case experimental design was used. To evaluate the patient, a psychological interview and observation were used, and psychometric instruments such as the REGOPINA questionnaire and the “STAI, State-Trait Anxiety Questionnaire” were applied. Then the baseline was developed with the help of the user's self-records, the behavioral interview and the preparation of the functional analysis. The program consisted of 19 sessions directed by specific objectives, and for its fulfillment cognitive and behavioral techniques were used such as: psychoeducation, therapeutic contract, therapeutic writing, autogenic relaxation, progressive Jacobson relaxation, diaphragmatic breathing, thought stopping, cognitive restructuring, arrow descending, Socratic dialogue, self-affirmations, metaphors, problem resolution, triple column, role play, mindfulness, activity programming and social skills. Finally, the results obtained show a significant reduction in anxiety symptoms post-test compared to the pre-test, and more adaptive responses are also observed in the cognitive, emotional and behavioral areas, generating greater functionality on a personal, social and also family level.

Keywords: single case study, functional analysis, generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad significa para muchos un problema con el que hay que convivir día a día, sobre todo en estos tiempo en que hemos transitado por una pandemia, ese momento impactante, trascendente y que ha puesto sobre la mesa la vulnerabilidad humana, marca un antes y un después en cuanto a la forma de vivir y convivir con otros; también ha puesto a prueba la capacidad de cada uno de nosotros para adaptarnos y seguir desarrollándonos y seguir cumpliendo con aquellas responsabilidades que ya teníamos de la misma manera o incluso mejor.

Pensar en que “nos encontramos en peligro constante”, anticiparnos a sucesos que aún no están pasando en el presente y experimentar un miedo intenso sin estar expuestos un peligro real y la pérdida de la concentración que se vulnera y no nos permite enfocarnos en el presente o incluso no disfrutar de un entorno que nos rodea. Muchos de estos pensamientos, emociones se encuentran alejados de la realidad sin embargo para una persona que padece de ansiedad es imposible debido a que automáticamente siempre buscara protegerse y mantenerse a salvo así sea un peligro irreal.

Este trabajo de investigación describe la efectividad de la psicoterapia desde el enfoque cognitivo conductual en una paciente mujer de 31 años de edad, que presenta sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada desde 5 años de edad. Se espera que sea útil para aquellos colegas que buscan utilizar herramientas eficientes en este tipo de trastornos como lo es la ansiedad generalizada.

El presente trabajo se presentan cuatro capítulos, En el primer capítulo se planteará la problemática que genera un trastorno de ansiedad en espacios nacionales e internacionales, la ejecución del enfoque cognitivo conductual, la fundamentación teoría. En el segundo capítulo precisaremos sobre la metodología de la investigación, los instrumentos de medición; acerca de la evaluación y las pruebas psicométricas utilizadas, así como los registros conductuales;

diagnostico, y el plan de intervención. El tercer capítulo, apreciaremos el análisis de los logros obtenidos y la discusión de los mismos, que pondrán en evidencia la efectividad de nuestro estudio. Finalmente, el cuarto capítulo, se centra en las conclusiones y recomendaciones para el lector.

1.1 Descripción del problema

Clark y Beck (2012) manifiestan que es impresionante la forma en la que se buscan tratamientos efectivos y accesibles para la cura de los trastornos de ansiedad sobre todo en aquellos países que se consideran como “desarrollados”. Es de suma importancia que a pesar de que alguna vez hemos experimentado ansiedad, la diferencia es que las personas que tienen estos trastornos suelen experimentar miedo y preocupación excesiva e intensa difíciles de controlar y que van acompañados de síntomas cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales; lo que puede afectar considerablemente el bienestar del paciente y el de las personas más significativas para este.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) refiere que la ansiedad disfuncional, es decir, como trastorno mental, es cada vez más frecuente en la población mundial, y se presenta en mayor medida en mujeres en relación con hombres, precisando que al menos el 4% de los habitantes a nivel mundial sufre algún trastorno ansioso. En el año 2019, se identificaron a 301 millones de personas con esta condición. Por otro lado, aunque existen tratamientos eficaces, solo una de cada cuatro (26.7%) lo reciben, esto se debe a que principalmente no hay conciencia de que se puede tratar de manera profesional, que no haya suficiente inversión en el área de salud, la escasez de profesionales capacitados en la problemática y los estigmas sociales.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA, 2022), en el Perú, el problema de salud mental la ansiedad con 28.81% fue el diagnostico más relevante, seguido por la depresión

(17.57%) y el síndrome del maltrato (15.12%). Asimismo, menciona que las personas en etapa adulta son las que más atenciones han recibido a causa de una problemática de salud mental (35.18%). También refiere que tras la pandemia Covid-19 se han visto en aumento los factores psicosociales como la pobreza, desempleo y la anomia social que también tienen un impacto sobre la salud mental, trayendo en consecuencia un incremento en las estadísticas no solo de los trastornos con sintomatología ansiosa sino también depresiva.

También se destacó que es más frecuente en mujeres, que oscilan entre los 17 y 25 años de edad, sin embargo, puede originarse en cualquier etapa de la vida. En cuanto a las causas, estas se encuentran asociadas a factores psicosociales como el abuso físico o emocional en la infancia, la pobreza y la sobreprotección parental; además de influencias biológicas, como la herencia genética y por otro lado existen relaciones con ciertas enfermedades como el hipertiroidismo, que pueden imitar un trastorno de ansiedad.

Conservando este sentido respecto del incremento de casos y la necesidad de brindar un tratamiento especializado eficiente y eficaz, se ha llevado a cabo un plan de intervención cognitivo conductual que pretende reducir la sintomatología ansiógena, modificar las conductas disfuncionales por otras más efectivas que permitan a la paciente mejorar su calidad de vida. Esto a través de la aplicación de técnicas desde este enfoque y que se pretende evidenciar a través de la aplicación de un pretest, que nos permitirá establecer una línea base y post test que nos permitirá conocer y evidenciar los resultados finales tras la aplicación del programa con la finalidad de poner en evidencia la efectividad de este.

Finalmente, este estudio aborda a un individuo que presenta sintomatología ansiosa, la cual ha impactado en la forma en la que ella se desenvuelve en su quehacer diario y en efecto en su calidad de vida, motivo por el que se aplican sesiones estructuradas desde el enfoque cognitivo conductual con el objetivo de que ella pueda reducir la sintomatología ansiógena cognitiva, emocional, fisiológica y conductual y por ende pueda mejorar su calidad de vida.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

En investigaciones realizadas en el ámbito nacional se encontró a Asto (2021), quien, en su investigación desarrollada a través de un estudio de caso clínico en una mujer de 20 años de edad con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada en el distrito de San Juan de Lurigancho en Lima, buscó disminuir la sintomatología ansiosa aplicando un programa de intervención Cognitivo Conductual. En esta investigación se aplicó la psicoeducación como parte de la primera sesión para dar a conocer la naturaleza de su problema bajo un enfoque cognitivo conductual, es decir generar conocimiento sobre la ansiedad normal y la patológica; así mismo luego de aplicar otras técnicas de respiración, de relajación muscular, de reestructuración cognitiva, de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, juego de roles, prevención de recaídas y también actividades para la casa o tareas; y dio como resultado que a criterio de la paciente, esta afirma que después del abordaje psicoterapéutico manifiesta un pensamiento más racional, tolera la frustración con mayor eficacia, ha mejorado su ritmo de sueño, presenta menos síntomas fisiológicos como dolor muscular, movimientos involuntarios en pies y manos, y sudoración, tiene un ánimo más positivo y, finalmente, está capacitándose para ingresar al mercado laboral; a juicio clínico se genera un cambio y se instauran nuevos hábitos adaptativos en la medida que la paciente se va involucrando y poniendo en práctica las técnicas psicoterapéuticas.

Yañez (2022), quien en su investigación desarrollada a través de un análisis de caso clínico en un varón de 26 años de edad con signos y síntomas de Ansiedad Generalizada en el distrito de Miraflores en Lima, se propuso como objetivo reducir los síntomas de la ansiedad generalizada para mejorar el bienestar del paciente, promoviendo habilidades de control emocional, la habilidad para reconocer y modificar los pensamientos irracionales haciéndolos más adaptativos, también lograr que el consultante pueda aplicar oportunamente la técnica de

resolución de problemas. Esto a través de un programa de intervención basado en el enfoque Cognitivo Conductual, el cual se llevó a cabo en 24 sesiones que cubrieron el área emocional, cognitiva, conductual y de manejo del tiempo. Tras la intervención, se evidenció una disminución en los síntomas de ansiedad, que disminuyeron de un nivel moderado a uno normal. También se observaron avances en sus habilidades para regular sus emociones, ser flexible en su pensamiento, resolver problemas y planificar actividades saludables.

Díaz (2022), quien en su investigación desarrollada a través de su investigación experimental en un paciente de sexo femenino de 46 años que presenta Ansiedad Generalizada en Arequipa, se planteó como objetivo, bajar los niveles de ansiedad en la paciente para mejorar su capacidad para manejar los problemas psicológicos que experimenta, eligiendo opciones saludables en su vida personal y en sus relaciones interpersonales a través de un programa de intervención basado en la terapia Cognitivo Conductual el cual constó de 36 sesiones en las que se aplicaron técnicas como la psicoeducación, de relajación, de exposición; así como herramientas para controlar las preocupaciones; la reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, específicamente enfocado en su autoestima, la comunicación asertiva, el control de la impulsividad y toma de decisiones acertadas. Posterior a la intervención y tras aplicar el pos-test a la paciente, se observó una mejoría clínicamente significativa en su toma de decisiones a nivel personal, experimentando menos malestar e irritabilidad. Asimismo, empezó a formular y ejecutar proyectos de vida a corto plazo, lo que también resultó en un aumento de su autoestima y en su capacidad para controlar impulsos.

Cavero y Cornejo (2022), quienes, en su investigación realizada a través de un análisis psicológico clínico en una usuaria mujer de 24 años de edad, que presentaba trastorno de ansiedad generalizada, se planteó como objetivo, reducir las conductas ansiosas, así como también el uso de estrategias de afrontamiento para aliviar los síntomas de ansiedad, a través de técnicas de reestructuración cognitiva y de relajación. Esto aplicando un programa

Cognitivo Conductual el cual constó de 12 sesiones virtuales en las que se aplicaron técnicas como el autorregistro, la psicoeducación, la programación de actividades recreativas y de ocio, técnicas de respiración y relajación; así como la TREC, entre otras. Los resultados del Pre-Test en relación con el Post-Test del cuestionario de Zung indican que la ansiedad disminuyó de “Grado Máximo” a “Mínima a Moderada”. Además de este estudio se puede tener en cuenta que al tratarse de un paciente con TAG al notar avances importantes pues traer nuevos objetivos de trabajo, es decir otro asunto que le genera una nueva ansiedad es por ello que al utilizar la psicoeducación como una herramienta de soporte constante para que el individuo tenga en cuenta la naturaleza de su condición para que no se desanime ni vea insuficiente el trabajo psicoterapéutico.

Espinoza (2019), en su investigación de caso único en una paciente mujer de 57 años de edad, cuyo diagnóstico es Trastorno de Ansiedad Generalizada, en el Callao. A través de sesiones individuales, se planteó como objetivo reconocer y alterar el sistema de creencias irracionales, estableciendo nuevas formas de pensar que sean flexibles, lógicas, objetivas y racionales, para facilitar un cambio emocional y conductual, lo que a su vez permitiría mejorar su rendimiento personal, social y laboral; utilizando un modelo de intervención Cognitivo Conductual el cual se estructuró en 18 sesiones de las cuales 2 son de seguimiento. De los resultados se concluyó desde el criterio de la paciente experimenta mejoría pues refiere que ha aprendido a manejar los síntomas de la ansiedad patológica, haciendo énfasis en la modificación de pensamiento irracionales y como estos influyen en su estado emocional; a nivel familiar ha aprendido a comprender que escapar de los problemas solo aumenta la ansiedad, es por ello por lo que es mejor concebir que existen diversas soluciones para cada problema; y en el área social incrementó sus salidas y disfruta de ellas.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Berdazco et al. (2023), quienes en su estudio desarrollado en México buscaron reducir los síntomas ansiosos en una mujer de 60 años de edad con Trastorno de Ansiedad Generalizada, para que esta paciente pueda manejar de manera funcional situaciones estresantes de su vida cotidiana. Para la intervención se utilizó el enfoque Cognitivo Conductual en su intervención psicoterapéutica. Se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y la desactivación fisiológica. Al finalizar el plan de intervención, se evidenció la reducción de los síntomas fisiológicos, la disminución de los pensamientos catastróficos y de magnificación llegando a identificar soluciones a aquellas situaciones que pueda interpretar como problemáticas, hubo una mejora en cuanto a la forma en la que se comunicaba haciéndola más efectiva.

Coronado (2022), quien en su estudio desarrollado en España buscó mediante 20 sesiones psicoterapéuticas rebajar los niveles de ansiedad, de las respuestas fisiológicas y específicamente la tensión muscular haciendo uso de técnicas de relajación; tras la aplicación de dichas técnicas durante las sesiones se logró reducir las respuestas fisiológicas; por otro lado también mejorar la percepción sobre las reacciones corporales así como incrementar el grado de disfrute respecto a el tiempo de ocio fuera de casa. Esto en una paciente mujer de 27 años de edad diagnosticada con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, además de presentar sintomatología asociada con la Agorafobia, Trastorno de pánico y Trastorno de ansiedad por enfermedad con evitación de asistencia. El plan se realizó basándose en el modelo Cognitivo Conductual además de la psicoeducación. Tras culminar la intervención se evidencia la reducción considerable en cuanto a los síntomas ansiosos (2.60 a 0.70 en el pre y post test del SCL-90-R).

Carretero (2022), quien, en su estudio desarrollado en Toledo, España buscó en su estudio experimental de 10 sesiones psicoterapéuticas reducir el malestar fisiológico,

cognitivo, emocional y conductual en una mujer de 31 años de edad, diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada con ataques de pánico (F41.1). Para ello utilizó técnicas del modelo de intervención Cognitivo Conductual. La terapia al momento de encontrar de realizar este antecedente refería que aún está en curso sin embargo ya se aprecian mejoras significativas respecto a la reducción del malestar clínico que se sustenta en la percepción de la paciente, las observaciones de la terapeuta y las puntuaciones comparadas del test ISRA.

Bazán et al. (2020), quien en su estudio de caso clínico desarrollado en México, cuyo objetivo fue reducir la sintomatología ansiosa a través de habilidades (de identificación, reestructuración de pensamientos y regulación emocional) que promueven respuestas de afrontamiento más adaptativas ante situaciones de estrés, esto en una mujer soltera de 43 años de edad diagnosticada en el 2019 con síndrome de Cowden que experimenta síntomas de Ansiedad Generalizada, a través del uso de técnicas del modelo de intervención Cognitivo Conductual durante 11 sesiones. El análisis visual de datos muestra durante la línea base (las primeras tres sesiones) sintomatología ansiosa severa y al final de la intervención, el puntaje se mantuvo por debajo del punto de corte (5) durante el seguimiento a dos meses.

Santiago (2022), quien en su estudio de caso clínico fue desarrollado de manera virtual y se planteó como objetivo que la consultante aprenda a gestionar la ansiedad y las preocupaciones. Se trata de una usuaria de 23 años de edad, de nacionalidad española que transitaba el último año de la carrera profesional de medicina y que vive fuera de su país natal desde los 18 años, momento en el que empezaron sus síntomas ansiosos, esto utilizando la intervención con enfoque cognitivo conductual, activación conductual y psicoeducación que se realizó durante 11 sesiones virtuales y presenciales, ejecutadas cada semana durante 50 minutos, llevándose a cabo las primeras sesiones de manera virtual y las demás de manera presencial. Se utilizó la escala de ansiedad Estado/Rasgo (STAI) para conocer los niveles de ansiedad antes y después del proceso psicoterapéutico. Luego de culminar estas sesiones según

el autor, se precisa que, actualmente se encuentra en la etapa de seguimiento debido a que se han evidenciado cambios significativos respecto a la sintomatología de la paciente, es decir, se logró reducir la ansiedad tanto a nivel cognitivo como fisiológico. Esto también se puede corroborar desde los resultados del cuestionario STAI, desde los últimos autorregistros realizados y la verbalización de la paciente.

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1 Programa de intervención terapia cognitiva conductual.

A. Definición.

Para Ruiz et al. (2012), se refiere a una práctica terapéutica de naturaleza psicológica que se apoya en los fundamentos del aprendizaje y con intervenciones fundamentadas en la psicología científica. De manera similar, el propósito del tratamiento se centra en el comportamiento y sus procesos latentes como lo conductual, cognitivo, fisiológico y emocional. Asimismo, se estima que la conducta es una actividad que puede ser medida y evaluada, abarcando tanto aspectos observables como aquellos que son más internos o encubiertos.

- Terapia Cognitiva

El modelo terapéutico propuesto por Beck (1976) se define como una sucesión dinámica, focalizada, altamente estructurada y de duración limitada que se emplea para abordar problemas psicológicos. Además, se fundamenta en la premisa de que tanto el comportamiento como las emociones están influenciados por los pensamientos, que a su vez se basan en esquemas formados a partir de experiencias pasadas. La intervención terapéutica se enfoca en reconocer y cambiar los pensamientos distorsionados encontrando pruebas a favor y en contra a fin de reemplazarlos por otros más adaptativos. Su propósito principal es limitar y buscar evidencia con relación a estos pensamientos, según lo planteado por De Oliveira (2016).

- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

El enunciado terapéutico desarrollada por Ellis y Abrahms (2005), define que los seres humanos pueden vivir felices y sobrevivir en este mundo si sus pensamientos son racionales, sus conductas son afectivos y sus sentimientos apropiados. Esta terapia comprende la teoría A-B-C del trastorno humano, en el que el terapeuta asiste al paciente en la identificación de la situación y la interpretación que hace de ella, lo que se denomina evento activador (A). A continuación, se procede a identificar las creencias irracionales relacionadas con el evento activador (B) y, finalmente, se analizan las respuestas, es decir, la emoción no saludable y las conductas disfuncionales (C) según Vernon y Doyle (2018). Es decir, el modelo ABC se utiliza para identificar y abordar pensamientos irracionales que pueden llevar a emociones negativas y comportamientos problemáticos.

B. Técnicas.

- Estrategias orientadas a la componente cognitiva

Existen diversos recursos para la intervención en la dimensión cognitiva, asimismo Mahoney y Arnkoff (1978) desarrollaron la siguiente clasificación de las estrategias planteadas desde la terapia cognitiva:

- a. Reestructuración cognitiva: Este enfoque se basa en identificar y modificar la cognición, que incluye creencias irracionales, pensamientos distorsionados y auto verbalizaciones negativas. La reestructuración cognitiva es un elemento esencial en la terapia cognitiva y en la terapia racional emotiva conductual.
- b. Técnicas para el manejo de situaciones: Buscan que el paciente aprenda habilidades que permitan a una persona enfrentar eficazmente una variedad de situaciones problemáticas, incluyendo aquellas caracterizadas por estrés o dolor.
 - Manejo de la Ansiedad (Suinn y Richardson, 1971)

- Entrenamiento en Inoculación de Estrés (Meichenbaum, 1977)
 - Entrenamiento en Auto instrucciones
- c. Técnicas de solución de problemas: Estrategias orientadas a corregir el modo en que un individuo hace frente a situaciones problemáticas.
- d. Resolución de Problemas (D’Zurilla y Golfried, 1971)
- Estrategias orientadas hacia componente conductual

Para Ruiz et al. (2012) destacan los métodos fundamentados en el condicionamiento operante, los mismos que son el eje de la terapia de la conducta.

- a. Reforzamiento positivo y negativo: Procedimientos dirigido al incremento y mantenimiento de conductas deseadas.
- b. Castigo y extinción: Procedimientos dirigido a la reducción y eliminación de conductas no deseadas.
- c. Control de estímulos: Consiste en fortalecer una conducta únicamente en presencia de un estímulo específico y no cuando están presentes otros.
- d. Moldeamiento: Procedimiento dirigido a la adquisición de nuevas conductas.
- e. Exposición directa: Consiste en la confrontación directa del paciente con el estímulo temido a fin de que pueda gestionar mejor su respuesta.
- f. Desensibilización sistemática: Enfocado en disminuir la ansiedad mediante una exposición gradual y controlada a situaciones, objetos o pensamientos que causan malestar.

1.2.3.2 Trastorno de ansiedad generalizada.

A. Definición de la ansiedad.

La ansiedad ha sido ideada por diversos autores a lo largo de la literatura científica, en este desarrollo se ha podido apreciar un consenso regular entre las diversas definiciones planteadas, como la propuesta de Cano et al (2020) que entiende a la ansiedad como una respuesta emocional que genera un sentido de alerta ante posibles escenarios negativos, poseedora de un carácter adaptativo mayoritariamente, pero que podría llegar a constituir la base de trastornos emocionales, así como la definición de Jacome como se citó en Berdazco et al. (2023) que conceptualiza la ansiedad como un estado mental que formaría parte de la vida cotidiana, pero que podría llegar a configurar un trastorno de ansiedad generalizada manifestando síntomas como preocupación, miedo intenso, tensión muscular entre otras características.

Por otro lado, algunas definiciones ponen énfasis en el componente cognitivo de la ansiedad, considerándola como una percepción errónea por parte de la persona. Esta percepción errónea se basaría en suposiciones falsas por parte del individuo, como señalan Beck et al. (1985). De manera similar, Galindo et al. (2020) identifican la ansiedad patológica como aquella que se manifiesta de manera irracional, sin la presencia del estímulo desencadenante, con una percepción exagerada de su intensidad y una duración desproporcionadamente prolongada. Todo esto conduce a un nivel de disfuncionalidad en el individuo.

B. Enfoques teóricos de la ansiedad.

- Enfoque conductual

Para Cano (1997) la perspectiva conductual contempla la conducta emocional del individuo como un conjunto de respuestas observables de orden motor y fisiológico, las cuales llegan a ser condicionales al igual que cualquier otra respuesta. El enfoque conductual ofrece, a través del condicionamiento clásico, un modelo explicativo del aprendizaje de la ansiedad y otras emociones. Este proceso implica la asociación de un estímulo neutro con una experiencia aversiva, conocida como estímulo incondicionado, que, por sí sola, provoca ansiedad, que es

la respuesta incondicionada. Como resultado de esta vinculación, es decir, cuando el estímulo neutro se convierte en un estímulo condicionado, el individuo desarrolla respuestas similares a la ansiedad. Este enfoque se ilustra en el famoso estudio de Watson y Rayner (1920), que examinaron a un niño que eventualmente aprendió a experimentar temor frente a un estímulo que inicialmente era neutral.

- Enfoque cognitivo Conductual

Desde esta perspectiva Beck et al. (1985) sostienen que el miedo se origina en la evaluación del peligro, lo que significa que el componente cognitivo prevalece sobre las situaciones ambientales o desencadenantes. También, Clark y Beck (2012) indican que la intensidad de la ansiedad está vinculada al balance entre la evaluación inicial del evento amenazante y la valoración subsiguiente de la capacidad de afrontamiento del individuo. Por otro lado, Ellis (s.f.) resalta la relevancia de la cognición como un componente clave y mediador entre las situaciones ambientales y las consecuencias emocionales y conductuales, refiriéndose a este componente cognitivo como creencias irracionales, las cuales, cuando son intensas, persistentes y generalizadas, pueden dar lugar a trastornos psicológicos, como han señalado Dobson (2010).

C. Tipos.

De acuerdo al DSM-V la ansiedad patológica se distingue de la emoción “miedo o de la ansiedad normal” porque los síntomas son persistentes y excesivos con una duración de seis meses o más. Por otro lado, se especifica que los trastornos de ansiedad son más recurrentes en mujeres en una proporción es de 2 a 1 respecto a los hombres y que muchos de ellos aparecen en la infancia y que al no ser tratados se tienden a persistir a lo largo de la vida del individuo.

Tabla 1

Características relevantes de tres de los trastornos de ansiedad especificados en este manual diagnóstico según DSM-V

Trastorno	Estimulo amenazante	Ideación Cognitiva
Fobia Social	Ambientes sociales o públicos	Ser juzgado negativamente por los demás, experimentar sentimientos de vergüenza, humillación o rechazo, o al ofender a otros.
Agorafobia	Estar fuera de casa, encontrarse en lugares abiertos o cerrados, hacer cola o estar en una multitud dentro de un vehículo público.	Presentación de síntomas que se asemejan a una crisis de pánico u otros episodios incapacitantes o humillantes, sin la posibilidad de escapar o recibir asistencia.
Ansiedad Generalizada	Preocupación constante y exagerada por varios aspectos personales o de otra índole.	Percepción de que son difíciles de controlar.

D. Trastorno de ansiedad generalizada.

Rapee (1991) refiere que la ansiedad generalizada (TAG) se distingue por ser considerado el trastorno fundamental en todo el conjunto de disfunciones de ansiedad. El estudio del TAG puede tener implicaciones significativas para una comprensión más profunda de otros

trastornos de ansiedad y aspectos esenciales relacionados con la emoción, de igual manera el autor establece que la ansiedad normal es una experiencia que puede encontrarse en alguna medida en todas las personas, mientras que el TAG se presenta como un trastorno que es relativamente más independiente, excesivo y persistente.

E. Modelos psicopatológicos cognitivo conductuales del TAG.

Garay et al. (2019) identifican un conjunto de modelos basados en la teoría cognitiva conductual que explican el mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada en el individuo y reconocieron a la preocupación como un aspecto básico en este trastorno, de ahí que esta característica resulta ser un elemento común en:

- El modelo de la preocupación como evitación y el TAG

Esta propuesta fue desarrollada por Borkovec (2004) quienes en un inicio concebían a la preocupación como un proceso de resolución mental de una situación problemática generadora de malestar emocional. Posteriormente este modelo evoluciono caracterizando a la preocupación como una actividad lingüística la cual representa una estrategia de evitación del procesamiento emocional, sin embargo, ello puede llegar a mantener y perpetuar la ansiedad a largo plazo, esto proceso de evitación se refuerza de forma negativa al prevenir la activación emocional y fisiológica, según Behar et al. (2005).

- El modelo de desregulación de la emoción

La desregulación emocional, tal como lo describe Mennin (2004), se refiere a la explicación de por qué una persona que experimenta ansiedad muestra dificultades en cuatro áreas específicas. Estas áreas incluyen una respuesta emocional intensa, problemas para comprender sus propias emociones, una reacción negativa hacia su estado emocional y una gestión inadecuada de las emociones. En este contexto, cuando la persona percibe una amenaza, se desencadena una intensa activación emocional. Esto, en combinación con la incapacidad para comprender plenamente sus emociones y una falta de habilidades efectivas para regularlas (como

técnicas de control o supresión), conduce a una respuesta cognitiva negativa hacia sus emociones, lo que se traduce en sentimientos de miedo, incomodidad y ansiedad.

- El modelo de la intolerancia a la incertidumbre

La incertidumbre ha sido planteada como aspecto importante en el estudio de la ansiedad, Dugas y Robichaud (2007) argumentan que los individuos con síntomas del trastorno de ansiedad generalizada exhiben una susceptibilidad particular hacia situaciones caracterizadas por la incertidumbre. Esta tendencia los lleva a interpretar de manera catastrófica eventos que son más ambiguos, atribuyéndoles un significado negativo y percibiéndolos como no deseados o peligrosos. Según los autores, la preocupación que surge en respuesta a estas situaciones ambiguas podría ser considerada por los pacientes como una estrategia eficaz para afrontar o prevenir los eventos temidos. En este contexto, la intolerancia a la incertidumbre actúa como un factor que desencadena y, al mismo tiempo, como un factor que perpetúa este patrón de comportamiento.

- El modelo metacognitivo

Para Wells (2004)

las metacogniciones juegan un papel crucial en la persistencia de las preocupaciones patológicas vinculadas a la ansiedad. Las personas que padecen este trastorno suelen preocuparse por sus propias preocupaciones, lo que indica que sus creencias metacognitivas los llevan a emplear la preocupación como una estrategia para afrontar el malestar. Estas creencias metacognitivas se dividen en dos categorías: las creencias metacognitivas negativas, que involucran pensamientos sobre la falta de control, el peligro o la incapacidad para dominar sus preocupaciones, y las creencias metacognitivas positivas que incluyen creencias sobre el valor de la preocupación y sus beneficios como una forma de enfrentar los desafíos de la vida cotidiana. (Wells, 2004).

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en una mujer adulta diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Objetivos Específicos

- Realizar un proceso de evaluación pretest.
- Aplicar un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual.
- Aplicar un post test para identificar el impacto del plan de intervención.

1.4 Justificación

A nivel teórico se justifica ya que la ansiedad generalizada es una patología mental que por la naturaleza de sus síntomas que son persistentes impactan de manera relevante en el bienestar de los individuos que la padecen impactando en su funcionamiento personal, familiar y social el cual a su vez genera un problema de salud pública por lo que tener estudios nos proporcionará mayor conocimiento acerca de esta afección.

Metodológicamente se justifica ya que se pretende promover nuevos estudios, que sirvan para establecer guías eficaces para la intervención en esta patología mental, asimismo las pruebas psicométricas utilizadas cuentan con validez y confiabilidad estadística para ser utilizados en próximas investigaciones.

Desde lo práctico, sabemos que, en nuestro país, la ansiedad es un problema de salud mental de alta demanda en los distintos establecimientos de salud públicos y privados, en ese sentido este estudio es un aporte que puede servir de referente para los psicólogos que laboran dentro de estas instituciones, a los terapeutas que ejercen desde la consulta privada y a los mismos pacientes que padecen de síntomas similares a la de nuestra paciente del presente estudio.

Finalmente, respecto al aporte a la sociedad, con el presente estudio de caso único se pretende su utilidad como referente para destacar cuán importante debe ser la salud mental para la población, así como la adhesión al tratamiento durante el tiempo establecido para lograr cambios significativos en la calidad de vida, pero sobre todo sensibilizarla para que puedan solicitar ayuda profesional especializada si tienen síntomas asociados a la ansiedad generalizada.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Este estudio académico pretende ayudar a la paciente a tener calidad en cuanto a sus vivencias diarias, esto a través de un programa de intervención en el que se utilizan técnicas del enfoque cognitivo conductual, lo cual también mostrará a través de las evidencias cuantitativas la eficacia de dichas técnicas para que puedan seguir promoviendo las en su quehacer profesional.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

- Tipo

El estudio realizado es de tipo aplicado, ya que utiliza los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos a un individuo con el objetivo de analizar las variables, identificarlas y mejorar la calidad de los resultados (Kerlinger, 2002).

- Diseño de investigación

Roussos (2007), al ser un diseño experimental de caso único, en la psicología conductual se estudian casos individuales de forma controlada, es decir que se observará al individuo en condiciones normales y bajo experimentación. En este estudio se obtendrán datos que servirá para determinar una línea base (A), y luego se aplica la condición experimental en este caso el plan de intervención cognitiva conductual y se seguirá observando para identificar si existe cambios (B)

2.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó desde el 07 de setiembre del año 2023 hasta el 15 de abril del 2024, de manera presencial, en consultorio establecido en el distrito de Los Olivos, provincia de Lima; y de manera virtual a través de Google Meet. El programa de intervención se ha estructurado en 19 sesiones con una duración de 60 minutos cada una.

2.3 Variables de investigación

- Variable Independiente: Programa de Intervención Terapia Cognitiva Conductual

Definición conceptual

La terapia cognitivo conductual se determina como una intervención fundamentada en el enfoque cognitivo conductual que refiere que las alteraciones emocionales se generan como

resultado de que el individuo posee patrones de pensamientos disfuncionales que influyen en su conducta (Núñez y Tobón, 2005).

Definición Operacional

El plan de intervención consistirá en 19 sesiones de intervención desde el enfoque cognitivo conductual, la duración de cada sesión será de 60 minutos, 1 vez por semana. Se aplicarán técnicas como psicoeducación, contrato terapéutico, filmoterapia, los autoregistros, la respiración diafragmática, la relajación autógena, la relajación progresiva de Jacobson, la detención del pensamiento, la reestructuración cognitiva, flecha descendente, el dialogo socrático, las autoafirmaciones, metáforas, la escritura terapéutica, role play, técnica de resolución de problema de Thomas D'zurilla y Marvin Goldfried, triple columna, atención plena.

- Variable Dependiente: Ansiedad Generalizada

Definición conceptual

Según la American Psychiatric Association (2015), explica la ansiedad generalizada como un trastorno donde el miedo o las preocupaciones son excesivas y fuera de control sobre diferentes temáticas de forma recurrente y en la que se puede experimentar la idea de que “algo malo puede suceder”; además se aúnan sintomatología como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, etc.

Definición Operacional

La paciente presenta a nivel cognitivo: autocrítica, negación y rechazo a sus síntomas, pensamientos anticipatorios, preocupación por su futuro, preocupación por su salud física y mental, preocupación por su condición laboral, preocupación por la salud de su hermano, preocupación por la salud de su padre, “me voy a quedar sola”, “nunca me voy a sanar”, “le puede pasar algo malo, soy mala hija y mala hermana”, “debería ayudar más a mi mamá”, “nunca voy a lograr que se sientan orgullosos”, “debería estar trabajando o al menos haciendo

algo”, "debería de empezar a trabajar, pero no puedo porque mi ansiedad no me deja", "nunca podré volver a caminar o ir en micro sola", "perderé el control", "presiento que pasará lo peor", "no voy a lograr tener hijos, ni formar familia", "nunca lograré conseguir un trabajo", "mi ansiedad me controla", "no puedo tranquilizarme", "soy inútil", "mi familia nunca me va a entender", "no puedo enfrentar mi ansiedad", "no lograré mis objetivos"; respuestas emocionales como: irritabilidad (6/10), tristeza (7/10), ansiedad (9/10), miedo (8/10), desesperanza (5/10) y culpa (8/10), frustración (8/10); síntomas fisiológicos como: tensión muscular de cuello, tensión muscular de hombros, sensación de nudo en la garganta, dolor de cabeza, tensión en mandíbula, movimiento de piernas, movimiento de manos, presión en el pecho, mareos, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, taquicardia, sudoración de manos, llanto; y problemas conductuales como: respuestas exageradas – por ejemplo, cuando su papá hace algún sonido, atenta a los demás, jugar en línea como el solitario, ver series en Netflix.

- Variable Control / Extrañas:

Variable Extraña. – El padre de la paciente sufrió un ataque cardíaco por lo que tuvo que ser operado de emergencia, esto ocurrió en la sesión 2 asignada para la evaluación. Esto ocasionó que la paciente experimente un ataque de pánico.

2.4 Participante / Sujeto

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, natural de Lima, nacida el 22 septiembre de 1991, culminó sus estudios técnicos en Diseño gráfico el cual ejerce de manera independiente, actualmente vive con sus padres, de estado civil soltera.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

- Entrevista Psicológica, de acuerdo con Fernández-Ballesteros (2013) es un instrumento primordial ya que, permite recoger u ofrecer información durante la evaluación e intervención psicológica.
- Observación de Conducta, es una estrategia imprescindible en el método científico que consiste en recoger información a través de la conducta “observar” siguiendo algunas pautas que la delimitan como un método: lo realiza un experto quien es responsable de observar hechos especificados de forma sistemática (Fernández-Ballesteros, 2013)
- Evaluación psicológica psicométrica, tal como lo planteó Fernández-Ballesteros et al. (2013), las pruebas psicológicas permiten obtener información cuantitativa respecto a los supuestos que se han obtenido de la entrevista y la observación, en este caso se evaluó la ansiedad como rasgo, además de las creencias irracionales a través del STAI y el REGOPINA respectivamente.
- Registros y autoinformes, Fernández-Ballesteros (2013) refiere que en los estudios cognitivos se utilizan diferentes técnicas de búsqueda, como los autoinformes que se obtienen cuando la persona por ejemplo emite verbalmente un pensamiento, el cual permite un padrón respecto a la frecuencia, intensidad y la duración, de las respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales.

2.5.2 Instrumentos

- Formato de entrevista psicológica
- Instrumento de evaluación STAI
- Registro de opiniones forma A – REGOPINA
- Autoregistro de respuestas emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales
- Autoregistro

Ficha Técnica de los Instrumentos

Tabla 2

Ficha técnica “STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo”

Nombre	“STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo”
Autores	C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.
Año	1970
País	EEUU
Adaptación española	Alejandro Guillén-Riquelme, Nicolás Seisdedos Cubero y Gualberto Buela-Casal, 1982, 2011. TEA Ediciones S. A., Madrid.
Adaptación peruana	Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) Validez, adaptación y fiabilidad del inventario para personas adultas en Trujillo. Bazán (2021)
Duración	Aproximadamente 15 minutos.
Aplicada de forma	Grupal o personal.
Objetivo	La primera finalidad en la construcción del STAI, fue la de disponer de un instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad, mediante una autoevaluación de 2 conceptos independientes de la misma
Aplicación dirigida	Adultos, que tengan un nivel mínimo en cuanto a

	cultura con capacidad de entender instrucciones y preguntas establecidas en el cuestionario.
Reactivos	Cuarenta (40) ítems
Respuesta	Para la dimensión Ansiedad Estado (A-E): Nada= 0, Algo= 1, Bastante= 2 y Mucho =3. Mientras que rasgo (A-R) Casi Nunca= 0, Algunas veces= 1, A menudo= 2 y Casi siempre= 3.
Dimensiones	<p>Ansiedad estado (A-estado) considerado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión subjetivas, conscientemente percibidas. Además del aumento de la actividad del SNA. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.</p> <p>Ansiedad rasgo (A-rasgo) hace referencia a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Es decir, a las diferencias existentes entre las personas, en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la A-Estado.</p>
Tipificación	Baremos percentiles en muestras para cada sexo en

escolares, población general de adultos e información estadística de grupos clínicos.

Validez

La validez por medio de juicio de expertos nos dio juicio de válido. En Adaptación: Sección de estudios TEA Ediciones S. A., Madrid, España. Para la adaptación española han sido tomados en cuenta el criterio y selección de ítems; fue relacionado con el Catell 16 PF, forma A, en dos grupos de estudiantes según sexo y las asociaciones fueron relevadas entre los dos test, $r = 0,53$.

Confiabilidad

Se puede observar que en la tabla 3 se muestran los niveles de fiabilidad realizados por el método de alfa de Cronbach donde el puntaje asciende a .791 por lo tanto, se demuestra que la escala de ansiedad estado-rasgo tiene confiabilidad por el método de consistencia interna. (Llacchua, 2020)

En el estudio de sus componentes son de connotación discriminadora y diferenciador (cuya variable que pretende evaluar y medir es ansiedad) ya que la consistencia que esta posee a nivel interno es (entre 0,90 y 0,93 en estado y alrededor de 0.84 y 0.87 en rasgo) en el procedimiento (pares-impares) los coeficientes que se han obtenido se asemejan a los mencionados anteriormente: 0.86 en A/R y 0,94

en A/E. (Meza, 2022)

En cuanto a su confidencialidad; la consistencia interna del STAI para sujetos normales se encuentra ubicada entre 0,83 y 0,92, lo que indica una alta relación de la estructura interna. (Noronha y Del Castillo, 2018)

Tabla 3

Ficha técnica Registro de opiniones forma A – REGOPINA

Nombre del instrumento	Registro de opiniones forma A - REGOPINA
Autores	Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Eshelman
Año	1987
Adaptado por (año)	2009, por Guzmán Grados
No. de ítems	65
Ámbito de aplicación	Contexto psicoterapéutico con técnicas racional-emotivas y con fines de investigación.

Aspectos que evalúa	Ideas irracionales presentes, responsables de desajuste emocional y conductual.
Edades de aplicación	Adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado por lo menos un año de instrucción secundaria.
Dimensiones	<p>A. Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.</p> <p>B. Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.</p> <p>C. Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.</p> <p>D. Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.</p> <p>E. La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.</p> <p>F. Si algo afecta fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando</p>
Aplicación	Individual o Colectiva

Duración	20 minutos aproximadamente.
Base Teóricas	Originalmente divulgado como una técnica de autoevaluación. En su forma original constaba de 100 ítems formados por afirmaciones diversas. En todo el cuestionario estaban presentes 10 de las 12 principales ideas irracionales tal como fueron formuladas en un principio por Albert Ellis (s.f.), quien al revisarlas nuevamente decidió dejarlas en 11 en su libro clásico sobre la Terapia Racional Emotiva.

Sistema de calificación 5 ítems miden la consistencia del evaluado, con la finalidad de verificar si la prueba es válida. Para la lograr la consistencia de las respuestas, se lleva a cabo la comparación de las respuestas de los ítems (61, 62, 63 64 y 65) con las respuestas de los ítems (2, 12, 17, 38, y 35) respectivamente. En principio se considera inconsistente que las respuestas de ambos ítems sean iguales, ya que semánticamente son antónimos. Asimismo, se calcula de manera total de inconsistencias, marcando la suma de ellas. Se establece un límite de 3 inconsistencias sobre un máximo de 5 para considerar valido el protocolo. De lo contrario, la prueba no tiene validez, además, los ítems 61 al 65 no se consideran para la calificación. Las respuestas marcadas se puntúan como 1. La calificación de cada ítem tiene una puntuación de 0 y 1. Todos los ítems se califican de forma directa los ítems de cada factor se detallan. Para obtener las puntuaciones convertidas se suman las puntuaciones directas en la escala general y se comprar con los baremos establecidos.

Consistencia (Límite 3 sobre Máximo de 5)

0-2 Buena (Prueba consistente)

3 Regular (Prueba Regular)

4-5 Mala (Prueba invalida)

Niveles y rangos	<ul style="list-style-type: none">- Categoría de estilo de pensamiento por subescala, cada escala consta de 10 ítems <p>Racional</p> <p>Tendencia racional</p> <p>Tendencia irracional</p> <p>Irracional</p>
Validez	<p>Criterio de 6 jueces - Coeficientes V de Aiken</p> <p>0.92 y 0.98 – subescalas</p> <p>0.95 – prueba completa.</p>
Confiabilidad	<ul style="list-style-type: none">- Alfa de Cronbach de 0.61,- Analizando la confiabilidad por mitades, se obtienen coeficientes de Spearman-Brown y de Guttman semejantes (0.610 y 0.604, respectivamente).

Conductas Problema								
(frecuencia)	lun	mar	mié	jue	vie	sáb	dom	Total
								0
								0
								0
								0

Tabla 5

Formato de Autoregistros

Día	Situación	Pensamientos	Emoción que provoca	Intensidad
				(SUD 1-10)

2.5.3 Evaluación psicológica

- Datos de Filiación
 - Nombres y apellidos : P.M.
 - Edad : 31 años
 - Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 22 de setiembre del 1991
 - Grado de instrucción : Técnico
 - Estado civil : Soltera
 - Religión : Católica
 - Ocupación : Ninguna
 - Residencia : Los Olivos, Lima
 - Evaluador : Lic. Patricia Milagros Bañon Concha

Observación psicológica

Evaluada de tez trigueña, sexo femenino, contextura delgada, cabello oscuro y aparenta menos edad cronológica. Presenta adecuado arreglo y aseo personal; y su vestimenta estaba acorde a la estación climática.

Durante la entrevista psicológica, la paciente se encontraba lúcida, orientada en persona, espacio y tiempo; su atención era sostenida, presentó contacto visual, tono de voz bajo, lenguaje coherente de curso acelerado por momentos; y una memoria conservada. Así mismo sus facies denotaban tristeza; también refería cansancio, desgano, desmotivación y preocupación excesiva; movimiento de manos constantes. Por otro lado, denota adecuada capacidad de comprensión de consignas tanto simples como complejas. Mostró cooperación y disposición a la evaluación de principio a fin.

Historia Psicológica

- Motivo de Consulta

La paciente refiere que desde los 5 años tiene ansiedad, experimenta mareos constantes, generándole malestar emocional. Emociones que varían entre ansiedad, angustia, frustración, cólera, irritabilidad, tristeza, sensibilidad, que la describe como “desesperación”. También refiere que fue diagnosticada en el 2006 con cinetosis, síndrome vestibular irritativo, y por descartar vestibulopatía metabólica, además recientemente le dijeron que tenía Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (BPPB). También presenta sudoración de manos, tensión muscular en cuello, hombros y espalda; dificultad para sostener en sueño, y ocasionalmente sufre ataque de pánico, esto, durante la madrugada. Refiere sentirse frustrada e irritada, por momentos desesperanzada, desanimada y con miedo constante a que los síntomas aparezcan. Los cuales han interferido en la realización y disfrute de actividades rutinarias.

En la relación con ella misma, refiere tener baja autoestima, no se siente conforme con su peso corporal, ya que ha bajado aproximadamente 8 kilos en el último mes, siendo difícil para ella volver a recuperar ese peso aun cuando no ha dejado de comer, esto la hace sentir nostalgia y frustración momentáneamente, al ver que sus prendas no le quedan igual que antes se cuestiona con frecuencia y se dice a sí misma “estás muy delgada”, “no te ves bien”, esto le ha sucedido cuando ha tenido que ir a una reunión importante. También ha dejado de trabajar desde el 2019 ya que piensa de forma anticipada: “Me voy a sentir mal y si me desmayo, quién me va a socorrer”.

Respecto a su familia, manifiesta vivir con sus padres y hermano mayor de 35 años con diagnóstico de esquizofrenia desde hace 2 años aproximadamente. Esto la mantiene en constante estado de hipervigilancia respecto a la conducta o estado emocional de este su hermano. Agrega que, en algunas ocasiones se ha sentido frustrada e incómoda por los comentarios que recibe de su madre respecto al área laboral, “dejé de trabajar debido a que los

síntomas ansiosos y los mareos que experimentaba eran muy intensos”, lo cual le hace pensar que su progenitora no la comprende e invalida lo que siente.

En cuanto al ámbito laboral refiere que le gusta su carrera técnica, estudió y ejercía diseño gráfico pero tuvo que dejar de trabajar de forma dependiente en el 2019 por varios motivos relacionados al clima laboral, su condición de salud mental, y porque tenía planeado viajar a España, adiciona que, percibía no valoraban su esfuerzo en su centro de laboral, más por el contrario era sometida a realizar actividades fuera del horario laboral; experimentaba frustración, estrés en alta intensidad acompañado de sensación de falta de aire, taquicardia y desrealización. También, la sensación de morir al estar dentro del transporte o en algún lugar fuera de su domicilio, incrementando la ansiedad, preocupación, llanto y miedo constante frente a la posibilidad de que pueda tener una crisis y no tener a nadie cerca que la auxilie.

En el área académica, menciona que ha dejado de actualizarse en cursos asociados a su carrera.

Sobre sus relaciones interpersonales, agrega que, no tiene amistades con las que suele salir, ocasionalmente asiste a algunas reuniones con su familia nuclear o con la familia paterna. Generalmente, suele pasar tiempo en casa y compartir tardes de películas u otras actividades recreativas con su padre, madre o hermano. A la familia materna la califica de “Aburrida”.

Por otro lado, la usuaria refiere que se identifica con el género femenino, sin embargo, hasta el momento no ha tenido una relación de pareja, menciona que al terminar el colegio estuvo saliendo con un chico, pero después de darse un beso él tomó la iniciativa de alejarse. Generando en ella temor de salir nuevamente con otras personas del sexo opuesto.

- Problema Actual

Paciente de sexo femenino, refiere que desde los 5 años presenta sintomatología ansiosa, con el transcurrir de los años se adicionaron otros síntomas como mareos, dificultad

para respirar, agitación, taquicardia e inclusive la sensación de no estar ubicada en el lugar en el que se encontraba. Menciona que se siente decaída, desanimada, con dificultades para realizar actividades diarias con agrado o entusiasmo ya que casi siempre experimenta miedo a que sus síntomas aparezcan. Además, culpa, irritabilidad, desesperanza, tristeza constante acompañada de hipervigilancia y consumo de juegos como mecanismo de evitación; malestar y dolencias físicas, aunado de pensamientos catastróficos. Evidenciando disfuncionalidad en el área personal, familiar, laboral, social y de pareja.

A nivel cognitivo, presenta pensamientos catastróficos, refiriendo; “algo malo me va a pasar” causándole miedo y ansiedad. Asimismo, pensamientos anticipatorios, que se presentan en cualquier momento del día: “Algo malo me puede pasar si salgo, nadie puede entender lo que siento”, “Siempre voy a estar as mal”, y pensamientos de desvalorización; “He pensado que soy incapaz, una inútil” pensamiento que se presentó nuevamente por: temor a que le pasara algo, decidió no ir a cuidar a su papá, quien se encontraba hospitalizado por una afección cardíaca.

La usuaria menciona que, no puede controlar la ansiedad que experimenta llegando a pensar “Me estoy volviendo loca”, que suele aparecer cuando tiene mareos, pero también por la condición mental de su hermano. Indica que suele estar expectante, en estado de alerta permanente ya que si ve a su hermano “bien” ella puede sentirse tranquila, pero, si lo ve mal, es decir, triste o pensativo, ella experimenta preocupación excesiva.

Estas situaciones y preocupaciones que ha venido afrontando con respecto a su familia y su condición personal actual, la han llevado a experimentar a nivel emocional: irritabilidad (8/10), tristeza (8/10), ansiedad (8/10), miedo (8/10), desesperanza (8/10) y culpabilidad (8/10); emociones que son constantes y que pueden intensificarse al punto de generar conductas de evitación y llanto prolongado.

A nivel motor, la consultante manifiesta que, últimamente ha empezado a jugar solitario en cartas y ver Kdramas en línea como una forma de olvidarse de sus síntomas. Por otro lado, menciona que suele esforzarse por realizar actividades cotidianas en casa, aunque reconoce que suele estar en constante hipervigilancia.

A nivel fisiológico menciona que eventualmente cuando piensa “que ya no puede más” llora prolongadamente hasta quedarse dormida, padece de dolores de cabeza, tensión muscular, en el cuello, en los hombros y en la espalda; mareos constantes y en ocasiones presenta dificultad para dormir.

Considerando que, expresa estar hipervigilante a sus síntomas físicos, la sintomatología ansiógena aparece condicional al experimentar los mareos, preocupaciones relacionadas a su padre, hermano y su propio futuro, al no verse trabajando o apoyando en casa como ella quisiera. Por otro lado, refiere que hace dos semanas ha empezado nuevamente a sentir la sensación de no estar ubicada en el espacio en el que se encuentra, presentándose hasta 5 veces durante el día con una duración de 5 minutos aproximadamente. Además de que ha tenido nuevamente un ataque de pánico durante la noche.

Actitud frente al Problema: refiere que no acepta los síntomas que experimenta, que no le gusta sentirse así y que le gustaría sentirse mejor para retomar actividades como ir a la iglesia, salir a la calle y socializar.

Tratamientos anteriores: Desde los 5 años ha recibido tratamiento psiquiátrico y psicológico. Manifiesta que abandonaba el tratamiento farmacológico porque “sentía que tomaba demasiadas pastillas” y por iniciativa de la madre decidía dejar el tratamiento, el cual retornaba cada vez que sentía que no podía controlar los síntomas, cambiando además de profesional en psiquiatría. También realizaba cambios constantes de psicólogos (hasta 10 veces

aproximadamente) según ella expresa “No sentía mejoras y no sentía conexión con ellos”. Agrega que, ha tenido más psicólogos que psiquiatras ya que el tratamiento psiquiátrico podía pausarlo por años. Respecto a la última psiquiatra refiere que le dijo que podía regresar si en caso siente que lo requiera, es decir, fue dada de alta desde octubre del 2022 y aún no ha visto la necesidad de retomar los medicamentos, aunque, confiesa que por momentos lo ha evaluado, ya que siente que no puede controlar sus síntomas. En cuanto a la última psicóloga con la que llevaba psicoterapia decidió abandonar el tratamiento ya que se sintió juzgada respecto a su vida sexual por no haber tenido relaciones sexuales a su edad.

- Desarrollo cronológico del problema

A los 5 - 6 años, menciona que tuvo un accidente en el que sangró por la nariz y luego de este suceso no quiso regresar al colegio porque pensaba que iba a volver a sangrar. También recuerda que mientras estaba en ese mismo colegio, en primer grado, tuvo dificultad para aprender el idioma inglés y se sentía juzgada por la profesora, a la que llegó a temerle. Esta situación en la que no recibía apoyo, desencadenada en ella vergüenza y soledad. En esta etapa también sufre un accidente en casa, cae por las escaleras, indica que quedó inconsciente, su madre le dio respiración y luego de unos minutos se despertó, por lo que no fue trasladada a un centro de salud. Menciona además que, sentía miedo cada vez que iba al hospital Noguchi.

A los 7 años, se cambió de colegio ya que no había 2do grado de primaria. Previo a este cambio rindió un examen en el que se determinó que repita el primer grado de primaria. Durante ese año tuvo dificultades para socializar, sentía vergüenza, tristeza y pensaba “No soy buena” porque “Había repetido el año escolar mientras sus compañeros estaban en segundo grado”. Sin embargo, tras el transcurrir de los meses empezó a tener nuevas amistades.

A los 8 - 9 años, sufrió tocamientos por parte de un vecino de aproximadamente 10 años. Sintió miedo a que pasen cosas malas (peleas entre los adultos) si lo contaba, pero lo contó. Sus padres conversaron con los padres del menor y dejaron de frecuentarlo. Empieza a sentir miedo, temor a que algo malo le pueda pasar, además de desconfianza hacia los niños de su edad.

A los 10 años, una de sus profesoras lee una carta en la que uno de sus compañeros expresaba que “Quería tener sexo con ella”, al respecto menciona que sus compañeros de aula voltearon a mirarla y ella se paralizó, empezó a tener sudoración de manos y taquicardia; miedo intenso y vergüenza; lloró después cuando llegó a casa. Esto no lo comentó a sus padres por miedo, pues pensaba que si lo comunicaba podía haber peleas entre los padres de familia. Refiere que, tras el transcurrir de los días, los síntomas también cedieron lo cual le permitió seguir compartiendo con sus compañeros sin impactar en su aspecto social.

A los 11 años, en el último mes del año escolar, al realizar un trabajo académico uno de los niños exclamó “ah, ella nunca dice nada”, esto hizo que se sintiera juzgada, además de miedo, y fue la primera vez que sintió presión en el pecho.

A los 12 años, nuevamente cambió de colegio (al colegio donde estudiaba su hermano) ya que no le gustaba estudiar inclusive los sábados. Experimentó miedo de volver a empezar y para hacer nuevos amigos; tenía pensamientos anticipatorios respecto al ámbito social, siendo difícil para ella hacer nuevos amigos. Se definió como “soy tímida”, ya que no podía sostener una conversación, y luego empezaron a hacerle bullying sus compañeros y uno de los docentes, “Cállate, mucho hablas”, “la que no habla nada”, “la callada”, y así durante ese año escolar. Ante estos eventos, manifiesta haber experimentado por primera vez los mareos, vértigos y la taquicardia, sudoración, miedo intenso, desconfianza, además de mantenerse en estado de alerta constante. Cada vez que experimentaba los síntomas descritos en alta intensidad esperaba

a que estos cedieran, y al llegar a casa solía llorar. Recuerda que por miedo no lo compartía con su madre.

A los 13 años, en primero de secundaria sintió mejoría en el aspecto social, sin embargo, expresa “Los mareos recontra intensificaban mi ansiedad, además porque me hacían exámenes médicos y todo salía normal”. Experimentaba taquicardia, sudoración, dolor de cabeza y cuello, tensión muscular además de vergüenza de que los demás se dieran cuenta de lo que le pasaba, pensando: “qué dirán”. Esto la llevó a alejarse progresivamente de sus compañeros de clase y de las actividades escolares.

A los 16 años, refiere que fortaleció su carácter, sin embargo, los mareos no le permitían socializar por lo que aún no participaba en actividades como danzas escolares. Los síntomas respecto a su intensidad disminuyeron parcialmente, esto debido a que estaba medicada.

A los 17 años, empezó su formación técnico profesional, la carrera de diseño gráfico. Los síntomas aún estaban presentes de forma incrementada debido a que era una etapa nueva para ella y sentía miedo por pensar “que no le iba a ir bien”.

A los 19 años, recuerda que los síntomas ansiosos los experimentaba en mayor intensidad. El día de la sustentación para obtener el título técnico profesional, ante al jurado presentó un mareo intenso con la sensación de no poder sostenerse, además de taquicardia y miedo por lo que se rehusó a sustentar. Lo logró con la ayuda de su madre quien tuvo que estar presente en ese evento.

A los 22 años, refiere que recibió gritos por parte de su jefe delante de sus compañeros, a pesar de que ella solía cumplir con su trabajo. Esto generó que ella empiece a evitar situaciones que podían intensificar sus síntomas.

Recuerda que a los 24 años experimentaba ansiedad intensa debido a que no lograba recuperar la inversión económica en un emprendimiento (una revista publicitaria para tiendas del Lima Norte).

Los ataques de pánico empezaron a presentarse ocasionalmente a los 28 años cuando laboraba en una fábrica textil. El jefe gritaba con mucha furia a otros trabajadores y ella pensaba que también podía hacerle lo mismo. Presentando miedo intenso, incremento de pensamientos anticipatorios y la conducta de evitación.

- Historia Personal

Desarrollo inicial: Paciente proviene de un embarazo planificado, dentro de un matrimonio católico. La madre comenta que durante su embarazo (a los 24 años) experimentaba ansiedad ya que pasaba tiempo sola y aunque su esposo de 26 años (padre de la paciente) era atento y afectivamente cercano, debido al trabajo era ausente físicamente. La familia paterna y materna mostraron aceptación.

Su nacimiento fue por parto natural, sin dificultades respecto a su desarrollo, acorde a su edad cronológica. Con respecto a enfermedades, a los 5 años fue diagnosticada con ansiedad por lo que recibió tratamiento psiquiátrico a temprana edad. Refiere haber sido aceptada y considerada por sus padres, aunque al ser la hija mayor siempre pensaba que “debía ser correcta y no hacer travesuras o equivocarse”.

Sobre su niñez, refiere que tuvo un desarrollo normal, sin embargo, entre los 5 años y 6 años sufrió un accidente en el colegio en el que llegó a sangrar. Este suceso fue impactante para ella generando miedo a regresar al colegio; sufrió Bullying escolar, tuvo que cambiar de colegio lo que le ocasionó dificultades para socializar y agravamiento de los síntomas afectivos.

Conductas inadecuadas más resaltantes durante su infancia:

Se describe como una niña temerosa y atenta a lo que los demás podían hacerle a ella o a su familia. Es por ello que, por temor a que algo “malo pasara” se cohibía de contar cosas “comprometedoras” a su madre.

Actitudes de la familia frente a la paciente:

La paciente afirma que tuvo una crianza autoritaria, dirigida por principios religiosos y ausencia de papá debido a que este trabajaba la mayor parte del tiempo, no recuerda en su padre el haber participado con frecuencia en actividades familiares, por el contrario, prefería participar en otros espacios recreativos con amigos u otros familiares, y a veces solía minimizar actividades relacionadas a la crianza dándole la responsabilidad a la pareja. Respecto a la madre, la describe como una mujer estricta, que corregía las conductas inadecuadas (no hacer las tareas o pelear con su hermano) con indiferencia, encerrándose en su cuarto y dejando de hablarles por horas a ella y a su hermano.

Educación:

Tabla 7

Se resume la información de problemas de adaptación, conducta y rendimiento académico

Grado Académico	Culminó		Identificación de Problemas			Rendimiento		
	Sí	No	Adaptación	Conducta	Aprendizaje	Bajo	Promedio	Alto
Inicial	X						X	
Primaria	X		X				X	
Secundaria	X		X				X	
Superior	X		X				X	

Hay indicadores de problemas de adaptación social en distintas etapas académicas. A los 5 años fue diagnosticada con ansiedad por lo que empezó tratamiento psiquiátrico.

En primaria, su rendimiento fue promedio, tuvo que repetir el primer grado debido a que desaprobó un examen de ingreso en el nuevo colegio. Asimismo, aunque se esforzaba por

tener buenas notas para no sentirse mal, tenía dificultades para el aprendizaje del idioma inglés por lo que recibía constantes críticas por parte de una docente,

En secundaria, su desempeño académico era promedio. Tenía dificultades para interactuar con sus compañeros por miedo a que se burlen de los síntomas como: mareos, vértigos, náuseas, taquicardia, dificultad para respirar y sudoración de manos. Manifiesta que sus compañeros y docentes le hacían Bullying: “Que hable la callada” “Hablas mucho mejor cállate”. Recuerda que solo tuvo una amiga cercana y que solía ocuparse de sus tareas sin ayuda, ya que, veía como sus padres prestaban mayor atención a su hermano mayor porque este presentaba problemas de conducta.

Durante su formación técnica profesional, también tiene dificultad para adaptarse ya que era algo nuevo para ella. Recuerda que tuvo mareos y miedo intenso el día de su sustentación para poder titularse “No quería ir, tenía miedo de que no pudiera mantenerme en pie frente al jurado”. En ese momento fue apoyada por la madre para que pueda sustentar en el centro de estudios.

- Desarrollo psicosexual

Refiere que entre los 8 – 9 años sufrió tocamientos por parte de un vecino, por lo que empezó a experimentar miedo y desconfianza hacia niños de su edad. Posterior a ello, a los 10 años tuvo una experiencia que describe como traumática ya que una docente lee una carta en la que uno de sus compañeros expresa intención de tener sexo con ella, “Me paralice en ese momento”. En la secundaria refiere que le empezaron a atraer chicos del sexo opuesto, pero siempre se mostró tímida para tener una relación con alguno de ellos, solo menciona que, al egresar de la secundaria tuvo empezado a salir con un excompañero escolar pero luego de dos salidas en las que se dio un beso, este le confiesa que no quería una relación pues acababa de terminar un vínculo afectivo con otra persona por lo que se sintió decepcionada.

- Actitudes Religiosas

La paciente se denomina católica practicante, refiere “Mis padres son muy católicos por lo que siempre he estado en contacto con los principios bíblicos y me he regido a ellos a lo largo de mi vida”.

- Interacción Social

Se considera sociable en su infancia, ya que, a pesar de las cosas que solían pasarle ella continuaba interactuando con sus compañeros de clases. Refiere haber tenido un vecino con el que solía socializar ya que ella y su hermano se quedaban en la casa de este cuando sus padres salían. Esto dejó de suceder ya sufrió tocamientos por parte de este niño.

Durante la secundaria y en su formación de carrera técnica refiere que, se mostró desconfiada y con dificultad para interactuar socialmente ya que, prefería que no se den cuenta de sus síntomas por temor a ser juzgada.

- Enfermedades y Accidentes

La paciente menciona que entre los 5 y 6 años sufrió un accidente en el colegio que la lleva a sangrar por la nariz y también sufre una caída de las escaleras, respecto a este último accidente, le contaron que quedó inconsciente, su madre la reanimó y luego de unos minutos se despertó por lo que no fue trasladada a un centro de salud. Por otro lado, a temprana edad inició tratamiento psiquiátrico por presentar síntomas ansiosos.

-Historia Familiar

Su padre tiene 57 años de edad. Actualmente comparten reuniones familiares, considera que es una familia unida y sociable; asimismo es el sustento económico de casa

ya que labora como contador independiente.

Su madre de 55 años, actualmente es ama de casa. La relación con sus hijos es a veces buena, otras veces no tan buena ya que, ocasionalmente los hijos suelen reclamarle por la forma en que ejercía el castigo. En casa ella era quien establecía reglas y corregía conductas inadecuadas de sus hijos.

Y sobre su hermano, en la actualidad se encuentra con tratamiento psiquiátrico y psicológico debido a que ha sido diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Esto la ha llevado a sentirse afectivamente distante de él, ya que no suelen compartir momentos de ocio o juegos como en el pasado, experimentando, además, nostalgia.

Actualmente vive con sus padres y hermano, ella es la hermana menor de dos hermanos. La relación entre los padres de la paciente es buena, han disminuido las discusiones, suelen compartir actividades de ocio en familia y respecto al problema de su ansiedad, siente el apoyo de todos sobre todo el de su madre, aunque, se siguen presentando situaciones que le hacen pensar que aún no la comprenden del todo, lo que le genera tristeza.

Niega antecedentes respecto al consumo de drogas, pero sí confirma antecedentes psiquiátricos dentro de la familia materna de la paciente.

2.5.4 Evaluación psicométrica

INFORME PSICOLOGICO DE EVALUACIÓN

DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAI)

Datos de filiación

Nombres y Apellidos	: P.M.
Edad	: 31 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 22 de setiembre del 1991
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Técnica Completa
Ocupación	: Diseño gráfico
Sexo	: Femenino
Fecha de evaluación	: 07 de setiembre del 2023

Lugar de evaluación : Los Olivos
 Examinadores : Patricia Milagros Bañon Concha

Motivo de evaluación

La usuaria refiere que ha vuelto a experimentar síntomas intensos de ansiedad al tener mareos, preocupaciones por diversas situaciones de índole personal y familiar; suele tener pensamientos intrusivos y anticipatorios que no le permiten salir de casa.

Técnicas e Instrumentos de evaluación

- Entrevista psicológica
- Observación psicológica
- Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

Resultados

Tabla 6

Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Ansiedad estado/rasgo.

	Puntuación	Centiles	Decatipos
A-E	26	65	6
A-R	32	75	7

Nota: Resultados de las puntuaciones según las normas de correlación del manual del STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo.

Interpretación de resultados

- La evaluada en el área de ansiedad estado (A-E) obtuvo un puntaje de 26 lo cual lo ubica en el centil 65 y decatipo 6, situándose en la categoría sobre promedio, lo que quiere decir que al momento de la evaluación el paciente experimentaba inquietud, tensión, dificultad para relajarse, con movimiento de manos; manifestando preocupación por su futuro y la de su padre quien se encontraba post operado.

- En lo que respecta a la ansiedad rasgo (AR) obtuvo un puntaje de 32 lo cual lo ubica en el centil 75 y decatipo 7, ubicándola también en la categoría sobre promedio, por lo cual se puede inferir que tiene rasgos de ansiedad, ya que refiere: sensación de inquietud corporal, tensión, dificultad para relajarse, aumento del ritmo cardiaco, ansiedad (9/10), miedo y frustración (8/10), preocupación; así como respuestas exageradas cuando escucha algún sonido por parte de su padre, quien fue reciente operado por presentar un problema cardiaco; cuando siente mareos o cuando se cuestiona acerca de su futuro. Estos síntomas también la han llevado a estar en constante estado de alerta, a sentirse irritable. En consecuencia, afectando diversas áreas de su vida de manera significativa.

Conclusiones

1. Respecto a la ansiedad estado (A-E), obtuvo un puntaje de 26 lo cual lo ubica en el centil 65 y decatipo 6, situándose en la categoría sobre promedio, lo que quiere decir que está experimentando síntomas ansiógenos debido a la condición actual de su padre y otras preocupaciones relacionadas a su ámbito personal y laboral.
2. En la ansiedad rasgo (A-R), obtuvo un puntaje de 32 lo cual lo ubica en el centil 75 y decatipo 7, situándose en la categoría sobre promedio, por lo cual se puede inferir que la paciente tiene rasgos de ansiedad, esto quiere decir que la paciente puede percibir eventos y/o situaciones como peligrosas o amenazantes; y tendencia a reaccionar frente a estas situaciones con ansiedad.
3. La ansiedad estado y rasgo se encuentran ubicados en la categoría sobre promedio.

Recomendaciones

- Técnicas de relajación para disminuir la tensión muscular además de los síntomas fisiológicos.

- Terapia cognitiva conductual con realce en la reestructuración cognitiva para cambiar los pensamientos distorsionados por pensamiento más funcionales y adaptativos.

INFORME PSICOLOGICO DE REGISTRO DE OPINIONES – REGOPINA

Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : P.M.
- Edad : 31 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 22 de setiembre del 1991
- Estado Civil : Soltera
- Grado de Instrucción : Técnica Completa
- Ocupación : Diseño gráfico
- Sexo : Femenino
- Fecha de evaluación : 07 de setiembre del 2023
- Lugar de evaluación : Los Olivos
- Examinadores : Patricia Milagros Bañon Concha

Motivo de consulta

La usuaria refiere que ha vuelto a experimentar síntomas intensos de ansiedad al tener mareos, preocupaciones por diversas situaciones de índole personal y familiar; suele tener pensamientos intrusivos y anticipatorios que no le permiten salir de casa.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Observación psicológica
- Aplicación de registro de Opiniones de Regopina – Forma A

Figura 1

Resultados del REGOPINA

A			B			C			D			E			F		
V	1	F	V	2	F	V	3	F	V	4	F	V	5	F	V	6	F
V	7	F	V	8	F	V	9	F	V	10	F	V	11	F	V	12	F
V	13	F	V	14	F	V	15	F	V	16	F	V	17	F	V	18	F
V	19	F	V	20	F	V	21	F	V	22	F	V	23	F	V	24	F
V	25	F	V	26	F	V	27	F	V	28	F	V	29	F	V	30	F
V	31	F	V	32	F	V	33	F	V	34	F	V	35	F	V	36	F
V	37	F	V	38	F	V	39	F	V	40	F	V	41	F	V	42	F
V	43	F	V	44	F	V	45	F	V	46	F	V	47	F	V	48	F
V	49	F	V	50	F	V	51	F	V	52	F	V	53	F	V	54	F
V	55	F	V	56	F	V	57	F	V	58	F	V	59	F	V	60	F
V	61	F	V	62	F	V	63	F	V	64	F	V	65	F			
(4)			(5)			(6)			(8)			(7)			(4)		

Totales:

(4) A: Tendencia a Racional

(5) B: Tendencia Irracional

(6) C: Irracional

(8) D: Irracional

(7) E: Irracional

(4) F: Tendencia Irracional

Interpretación de los resultados

○ Dimensión A

Búsqueda de Aprobación: la usuaria evidencia una tendencia racional, decir que para ella prima su opinión frente a la de los demás, puede asumir que, no es necesario ser querida o aprobada por las personas que son significativas para ella.

○ Dimensión B

Autoeficacia: la creencia que la usuaria presenta en esta dimensión es, una tendencia hacia lo irracional en relación a que debe ser absolutamente competentes, inteligentes y

eficaces en todos los aspectos posibles, esto se refleja en los pensamientos recurrentes como los “Debería” en relación al ámbito laboral, familiar y social, aspectos que ha ido descuidando en los últimos años por experimentar la ansiedad en altos niveles.

- Dimensión C

Castigo hacia los demás: la usuaria tiene la creencia irracional de que toda persona que realiza conductas malas o negativas debe ser avergonzada y castigada con severidad. Esto se refleja en cuando se refiere a aquellas personas que a lo largo de su vida la han tratado mal o expuesto delante de otros, denotando enojo, decepción e indignación; inclusive críticas y juicios hacia ella misma.

- Dimensión D

Intolerancia a la frustración: en esta creencia ella asume que todo lo que le pasa es injusto, no tolera su situación, no puede cambiar su condición a como ella quisiera y eso la perturba constantemente, las personas más cercanas a ella no la pueden comprender.

- Dimensión E

Falta de control a eventos externos: La paciente tiende a pensar que todo lo que le ocurre es terrible, y esto es causado por hechos externos, generaliza y tiende a centrarse en todo lo malo que le está sucediendo.

- Dimensión F

Influencia del pasado: Evidencia una tendencia a pensar que los eventos que la afectaron fuertemente en el pasado de alguna manera afectará en su presente y por ende este tipo de situaciones vividas como los maltratos verbales, humillaciones, etc., quedarán presente en su vida.

Conclusiones

Usuaria presenta creencias irracionales muy ligadas a su estilo de crianza centrada en los principios religiosos, experiencias traumáticas, decepciones así como la percepción sobre

"Debería de empezar a trabajar, pero no puedo porque mi ansiedad no me deja"	7	7	7	7	7	7	7	49
"Nunca podré volver a caminar o ir en micro sola"	6	6	6	6	6	6	6	42
"Perderé el control"	2	2	2	1	2	1	1	11
"Presiento que pasará lo peor"	1	2	1	1	1	1	1	8
"No voy a lograr tener hijos, ni formar familia"	1	1	1	1	1	1	1	7
"Nunca lograré conseguir un trabajo"	5	6	5	7	5	6	4	38
"Mi ansiedad me controla"	7	7	8	8	8	8	8	54
"No puedo tranquilizarme"	4	4	4	6	5	6	5	34
"soy inútil"	5	6	7	5	6	5	5	39
"Mi familia nunca me va a entender"	4	4	3	2	3	4	2	22
"No puedo enfrentar mi ansiedad"	7	7	7	7	7	7	7	49
"No lograré mis objetivos"	6	6	7	6	7	6	7	45

Tabla 10*Registro de respuestas fisiológicas*

Frecuencia - Fisiológicos	Lun	mar	mié	jue	vie	Sáb	dom	Pre Test
Tensión muscular de cuello	15	15	15	15	15	15	15	105
Tensión muscular de hombros	15	15	15	15	15	15	15	105
Sensación de nudo en la garganta	3	3	3	3	3	3	3	21
Dolor de cabeza	3	2	2	1	2	2	2	14
Tensión en mandíbula (nocturno)	3	3	3	3	3	3	3	21
Movimiento de piernas	6	7	6	6	7	6	7	45
Movimiento de manos	4	4	4	4	4	4	4	28
Presión en el pecho	5	5	7	5	5	5	5	37
Mareos	7	6	7	6	7	8	7	48
Dificultad para respirar	6	6	7	6	7	6	7	45
Adormecimiento en los brazos	3	2	3	3	1	2	2	16
Taquicardia	3	3	2	1	2	3	2	16
Sudoración de manos	1	2	2	2	1	2	3	13
Llanto	2	2	3	1	2	1	2	13

Tabla 11*Registro de conductas problema*

Frecuencia - Conductas Problema	Lun	mar	mié	jue	vie	Sáb	dom	Pre Test
Evita ir a misa							1	1
Juega en línea como el solitario	5	5	5	5	4	5	4	33
Ve series en Netflix	1	1	1	1	1	1	1	7
Realiza actividades con desgano.	5	5	5	4	5	5	5	34
Evita ir al gimnasio	1	1	1	1	1	1	1	7
No busca trabajo	2	2	2	2	2	2	2	14
No lee por las noches	1	1	1	1	1	1	1	7
Regresa rápido a casa	3	4	3	3	4	4	4	25
Come rápido y se levanta de la mesa	3	3	3	3	3	3	3	21
Evita que la vean llorar	2	2	1	1	2	1	2	11
Evita salir	2	2	2	2	2	2	1	13
Está atenta a los demás	5	5	6	6	6	5	5	38

2.5.5 Informe Psicológico Integrador

Datos de afiliación

- Nombres y Apellidos : P.M.
- Edad : 31 años
- Lugar y fecha de nacimiento : Lima, 22 de setiembre del 1991
- Estado Civil : Soltera
- Grado de Instrucción : Técnica Completa
- Ocupación : Diseño gráfico
- Sexo : Femenino
- Fecha de evaluación : 07 de setiembre del 2023
- Lugar de evaluación : Los Olivos
- Examinadores : Patricia Milagros Bañon Concha

Motivo de consulta

Paciente requiere psicoterapia para mejorar los síntomas que presenta debido al trastorno de ansiedad generalizada

Instrumentos aplicados:

- Evaluación de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- Registro de Opiniones de Regopina – Forma A

Análisis e interpretación de resultados

La paciente evidencia ansiedad severa. Preocupación constante y excesiva en relación a los mareos (Cinetosis) que experimenta, en relación con su presente y su futuro; acerca de su ámbito personal y familiar. Además, presenta tensión muscular de cuello, tensión muscular de hombros y cuello; sensación de nudo en la garganta, dolor de cabeza, tensión en mandíbula, movimiento de piernas y manos; presión en el pecho, mareos, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, taquicardia, sudoración de manos, llanto. Síntomas que ella refiere “No puede controlar”.

A nivel cognitivo se encuentran creencias irracionales que la dominan, esto se ve reflejado en que ha dejado de laborar, no busca trabajo, ha dejado de frecuentar a sus amistades y suele salir con temor junto a su madre, regresando rápidamente o inclusive evitar salir.

Conclusión diagnóstica

- La paciente evidencia síntomas de trastornos de ansiedad generalizada.
- Suele anticipar situaciones de tipo catastróficas acerca de sí misma, acerca de su futuro y el de su familiar; respecto a su salud mental y física; respecto a condicional mental de su hermano y recientemente la salud física de su padre.
- Se identificaron cuatro creencias irracionales que influyen en su comportamiento, ocasionando que pierda el dominio de sí misma en su día a día.

2.5.6 Diagnósticos

Tabla 12

Diagnóstico Tradicional

Criterios CIE – 11	Síntomas presentes
<p>6B00 Ansiedad Generalizada desorden</p> <p>Desorden de ansiedad generalizada está caracterizado por síntomas marcados de ansiedad que persiste para al menos varios meses, para más días que no, manifestados por cualquier aprehensión general (i.e. 'libre-ansiedad flotante') o la preocupación excesiva centrada en acontecimientos diarios múltiples, más a menudo respecto de familiares, salud, finanzas, y escolares o trabajo.</p> <p>Junto con síntomas adicionales como motor o tensión musculares inquietud, comprensivo autonómico encima-actividad,</p>	<p>La paciente presenta ansiedad por las preocupaciones constantes (su salud, la salud de su padre, la salud de su hermano, acerca de su futuro personal, de pareja y laboral-económico).</p> <p>Tiene incapacidad de relajarse. Tensión muscular de cuello y hombros Tensión de mandíbula Taquicardia Presión en el pecho Sudoración de manos. Sensación de nudo en la garganta Dolor de cabeza</p>

	<p>Movimiento de piernas Mareos Dificultad para respirar Adormecimiento en los brazos Taquicardia Sudoración de manos</p>
<p>Experiencia subjetiva de nerviosismo, la dificultad que mantiene concentración, irritabilidad, o alboroto de sueño.</p>	<p>Tristeza en niveles elevados, pero por periodos cortos Miedo a perder el control Irritabilidad Pensamientos anticipatorios relacionados a desgracias futuras que no le permiten concentrarse. Sensación de nudo en la garganta Despersonalización</p>
<p>El resultado de síntomas en aflicción o empeoramiento significativos en personal, familiar, social, educativo, ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento.</p>	<p>La paciente ha dejado de laborar, ha dejado de lado sus salidas sociales debido a los síntomas que experimenta</p>
<p>Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no es debido a los efectos de una sustancia o medicación en el sistema nervioso central.</p> <hr/>	<p>La paciente actualmente no está con tratamiento farmacológico.</p>

Tabla 13*Diagnóstico Funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Fisiológico:		
Tensión muscular de cuello	Al no poder controlar los síntomas llora a ocultas, es decir se cuida de que nadie la vea y luego continua sus actividades	No tiene capacidad para relajarse
Tensión muscular de hombros	Ha disminuido la sudoración en las manos	Ha dejado de hacer actividad física en el gimnasio.
Sensación de nudo en la garganta	Sensación de nudo en la garganta	Ha dejado de ir a misa
Dolor de cabeza	Disminución de las habilidades para enfrentar la ansiedad.	Ha dejado de buscar trabajo
Tensión en mandíbula	Realiza actividades con desgano.	Ha dejado de estudiar cursos de actualización
Movimiento de piernas	Realiza solo salidas con su madre	Ha dejado de leer por las noches
Movimiento de manos	Por momentos experimenta dificultad para autocontrolarse	Ha dejado de salir con amistades
Presión en el pecho	Dificultad para elaborar pensamientos positivos	
Mareos		
Dificultad para respirar		
Adormecimiento en los brazos		
Taquicardia		
Sudoración de manos		
Llanto		
Conductual:		
Respuestas exageradas – por ejemplo, cuando su papá hace algún sonido.		
Atenta a los demás.		
Jugar en línea como el solitario		
Ver series en Netflix		
Emocional		
Irritabilidad (6/10), tristeza (7/10), ansiedad (9/10),		

miedo (8/10), desesperanza (5/10) y culpa (8/10), frustración (8/10).

Cognitivo:

Autocrítica, Negación y rechazo a sus síntomas, pensamientos anticipatorios

Preocupación por su futuro

Preocupación por su salud física y mental

Preocupación por su condición laboral

Preocupación por la salud de su hermano

Preocupación por la salud de su padre.

“Me voy a quedar sola”

“Nunca me voy a sanar”

“Le puede pasar algo malo, soy mala hija y mala hermana”

“Debería ayudar más a mi mamá”

“Nunca voy a lograr que se sientan orgullosos”

“Debería estar trabajando o al menos haciendo algo”

“Debería de empezar a trabajar, pero no puedo porque mi ansiedad no me deja”

“Nunca podré volver a caminar o ir en micro sola”

“Perderé el control”

“Presiento que pasará lo peor”

” No voy a lograr tener hijos, ni formar familia”

“Nunca lograré conseguir un trabajo”

“Mi ansiedad me controla”

“No puedo tranquilizarme”

“soy inútil”

“Mi familia nunca me va a entender”

“No puedo enfrentar mi ansiedad”

“No lograré mis objetivos”

Tabla 14*Conductas Adaptativas / Desadaptativas*

Adaptativas	Desadaptativas
Capacidad intelectual	Ansiedad
Desarrollo motor	Negación y rechazo a sus síntomas
Higiene	
Basto vocabulario	
Responsabilidad	
Le gusta la lectura	
Estudios Técnico-superiores	
Motivación hacia el tratamiento	

Tabla 15*Análisis funcional de la conducta*

Estímulo Discriminativo	Organismo	Conducta	Estímulo Reforzador y Consecuentes
Interno:	Variables Biológicas	Fisiológico	Reforzador externo:
Recordar que tiene cinetosis	Antecedentes de ansiedad en la madre y familia materna	Tensión muscular de cuello	Los padres son proveedores. (refuerzo +)
Recordar que tiene ansiedad generalizada	Variables Psicológicas	Tensión muscular de hombros	La madre principalmente cede ante sus peticiones, como retornar a casa rápido o no salir. (refuerzo +)
Recuerda rutinas del pasado o se pone a pensar sobre su futuro y el de sus padres y hermano	Eventos en su historia personal que afectaron su autoconcepto y exposición a situaciones traumáticas (Tocamientos, bullying por parte de docentes y compañeros; engaño)	Sensación de nudo en la garganta	
Cuando se compara con otras personas		Dolor de cabeza	
		Tensión en mandíbula	
		Movimiento de piernas	
		Movimiento de manos	Reforzador Interno:

<p>Externo:</p> <p>La condición de salud física de su padre.</p> <p>La condición de salud mental de su hermano.</p> <p>Cada vez que sus padres hacen comentarios acerca de su futuro</p> <p>Cada vez que familiares le preguntan sobre sus logros laborales, profesionales o personales (por ejemplo: si ya está casada o tiene pareja)</p>	<p>Creencias religiosas</p> <p>Desde los cinco años recibió tratamiento farmacológico, de forma irregular al igual que la psicoterapia</p> <p>Variabes Socio Culturales</p> <p>Relación/percepción: proviene de un hogar religioso</p> <p>Educación: Técnico superior</p> <p>Variabes Cognitivas</p> <p>Creencias: Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.</p> <p>Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.</p> <p>La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.</p> <p>Distorsiones: Generalización excesiva, descontar lo positivo, saltar a conclusiones, Afirmaciones del tipo “Debería”, poner etiquetas</p>	<p>Presión en el pecho</p> <p>Mareos</p> <p>Dificultad para respirar</p> <p>Adormecimiento en los brazos</p> <p>Taquicardia</p> <p>Sudoración de manos</p> <p>Llanto</p> <p>Emocional</p> <p>Irritabilidad (6/10), tristeza (7/10), ansiedad (9/10), miedo (8/10), desesperanza (5/10) y culpa (8/10), frustración (8/10).</p> <p>Cognitivo</p> <p>Autocrítica, Negación y rechazo a sus síntomas, pensamientos anticipatorios</p> <p>Preocupación por su futuro</p> <p>Preocupación por su salud física y mental</p> <p>Preocupación por su condición laboral</p> <p>Preocupación por la salud de su hermano</p> <p>Preocupación por la salud de su padre.</p> <p>“Me voy a quedar sola”</p> <p>“Nunca me voy a sanar”</p> <p>“Le puede pasar algo malo, soy mala hija y mala hermana”</p>	<p>Rumiación acerca de sus síntomas (refuerzo -)</p> <p>Presenta llanto sintiendo alivio (refuerzo -)</p> <p>Posterga la búsqueda de trabajo y estudiar (refuerzo -)</p>
---	--	---	--

“Debería ayudar más a mi mamá”

"Nunca voy a lograr que se sientan orgullosos"

“Debería estar trabajando o al menos haciendo algo”

"Debería de empezar a trabajar, pero no puedo porque mi ansiedad no me deja"

"Nunca podré volver a caminar o ir en micro sola"

“Perderé el control”

“Presiento que pasará lo peor”

” No voy a lograr tener hijos, ni formar familia”

“Nunca lograré conseguir un trabajo”

“Mi ansiedad me controla”

“No puedo tranquilizarme”

“soy inútil”

“Mi familia nunca me va a entender”

“No puedo enfrentar mi ansiedad”

“No lograré mis objetivos”

Conductual

Evita ir a misa

Juega en línea como el solitario

Ve series en Netflix

Realiza actividades con des-
gano

Evita ir al gimnasio
 No busca trabajo
 No lee por las noches
 Regresa rápido a casa
 Come rápido y se levanta de la mesa
 Evita que la vean llorar
 Evita salir
 Está atenta a los demás

Tabla 16

Análisis Cognitivo

Situación (A)	Pensamientos (B)	Emoción y Conducta (C)
Cuando está echada en su cama	"Debería ayudar más a mi mamá" "Debería estar trabajando o al menos haciendo algo"	Frustración (9/10) Irritabilidad (8/10) Tristeza (10/10) Ansiedad (7/10) Enojo (5/10) Culpa (6/10) Tensión muscular de cuello y hombros, sensación de nudo en la garganta, dolor de cabeza, movimiento de piernas y de manos; presión en el pecho, mareos, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, taquicardia, sudoración de

Con mi mamá la otra vez vimos un librito con mis recuerdos cada año de mi vida y decía mi hija ya está señorita ya trabaja

"Nunca voy a lograr que se sientan orgullosos"
 "Debería de empezar a trabajar, pero no puedo porque mi ansiedad no me deja"
 "No voy a lograr tener hijos, ni formar familia"
 "Nunca lograré conseguir un trabajo"
 "Mi familia nunca me va a entender"
 "No lograré mis objetivos"
 "Le puede pasar algo malo, soy mala hija y mala hermana"

manos; llora y luego juega en internet, ve series en Netflix o retoma actividades con desgano.

Frustración (8/10)
 Irritabilidad (6/10),
 Tristeza (7/10)
 Ansiedad (7/10)
 Culpa (8/10)
 Desesperanza (5/10)
 Miedo (8/10)
 Tensión muscular de cuello y hombros, sensación de nudo en la garganta, movimiento de piernas y de manos; presión en el pecho, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, taquicardia, sudoración de manos; sale para que no la vean llorar; se pone atenta a lo que puedan hacer o decir los demás, cena rápido y se va a su cuarto, ve series en Netflix o se pone a jugar en internet.

Sentada en la mesa

"Mi ansiedad me controla"
 "No puedo enfrentar mi ansiedad"

Ansiedad (9/10)
 Irritabilidad (6/10)
 Frustración (7/10)
 Tristeza (6/10)
 Desesperanza (4/10)
 Culpa (7/10)

		<p>Miedo (8/10) Tensión muscular de cuello y hombros, sensación de nudo en la garganta, dolor de cabeza, movimiento de piernas y de manos; presión en el pecho, mareos, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, y cuando termina de almorzar se levanta rápido para cambiar de posición o irse a su cuarto o al baño para llorar.</p>
<p>Sentada en mi escritorio con la computadora</p>	<p>"Nunca podré volver a caminar o ir en micro sola" "soy inútil"</p>	<p>Ansiedad (9/10) Irritabilidad (6/10) Frustración (8/10) Tristeza (7/10) Desesperanza (5/10) Culpa (8/10) Miedo (8/10) Tensión muscular de cuello y hombros, sensación de nudo en la garganta, movimiento de piernas, presión en el pecho, mareos, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, taquicardia, sudoración de manos y evita realizar actividades</p>

Antes de salir a la calle

“Perderé el control”
 “Presiento que pasará lo peor”
 “No puedo tranquilizarme”

Ansiedad (9/10)
 Irritabilidad (6/10)
 Frustración (7/10)
 Tristeza (6/10)
 Desesperanza (5/10)
 Culpa (8/10)
 Miedo (8/10)
 Tensión muscular de cuello y hombros, sensación de nudo en la garganta, dolor de cabeza, movimiento de piernas y de manos; presión en el pecho, mareos, dificultad para respirar, adormecimiento en los brazos, taquicardia, sudoración de manos. Evita salir o si sale aparece la idea recurrente por volver rápido a casa.

Cuando en una reunión familiar o social le preguntan sobre su condición laboral o personal en el ámbito de pareja

“Me voy a quedar sola”
 “Nunca me voy a sanar”

Ansiedad (7/10)
 Irritabilidad (6/10)
 Frustración (7/10)
 Tristeza (7/10)
 Desesperanza (5/10)
 Culpa (6/10)
 Miedo (8/10)
 Tensión muscular de cuello y hombros, sensación de nudo en la garganta, movimiento de piernas y de manos; presión en el pecho, mareos, sudoración de manos; se

aparta para llorar y retoma actividad social o familiar con desgano. También busca regresar a casa antes de lo previsto.

Recomendaciones:

- Paciente:

Iniciar terapia cognitivo conductual

- Familia:

Brindar apoyo emocional a través de una actitud de empatía.

Incentivar actividades sociales en la paciente.

Evitar la comunicación crítica.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

A continuación, se dan a conocer las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de Trastorno de Ansiedad Generalizada elaboradas desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual. En este plan de intervención se consideraron las técnicas como: psicoeducación, contrato terapéutico,

escritura terapéutica, Respiración diafragmática, Relajación autógena, Relajación progresiva de Jacobson, Detención del pensamiento, reestructuración cognitiva, Flecha descendente, Dialogo Socrático, Autoafirmaciones, metáforas, resolución de problema, Triple columna, Rol Play, Mindfulness, programación de actividades y habilidades sociales. También se ha considerado la elaboración del cuaderno terapéutico (autoregistros). Consta de 19 sesiones en las que cada sesión tuvo un tiempo de 60 minutos durante 6 meses, desde el 18 de setiembre hasta el 15 de abril del 2024. Las sesiones se dieron de manera semanal en la modalidad virtual y presencial, las cuales se detallan en las tablas asignadas.

Tabla 17

Plan de intervención

Objetivos	Técnicas de evaluación e intervención	Sesión	Fecha
Sensibilizar brindando información sobre la ansiedad generalizada y el enfoque psicoterapéutico haciendo uso de la psicoeducación.	Psicoeducación – ansiedad generalizada y terapia cognitivo conductual Contrato terapéutico Elaboración del cuaderno terapéutico – Adhesión terapéutica a través de autoregistros.	1	18.09.2023
	Psicoeducación – terapia cognitivo conductual Autoregistros	2	25.09.2023

Cambiar pensamientos distorsionados por pensamientos funcionales a través de la reestructuración cognitiva	Psicoeducación acerca de la relación Pensamiento – Emoción - Conducta	3	02.10.2023
	Detención del pensamiento		
	Actividad		
	TREC – ABC	4	09.10.2023
	Reconocimiento de Creencias Irracionales		
	Flecha descendente (¿Qué significaría para usted si ese pensamiento fuera verdad?		
	¿Qué hay de malo si fuera ese pensamiento verdadero?		
	¿Qué podría pasar de malo?)		
	Actividad		
	Reconocimiento de Distorsiones cognitivas	5	16.10.2023
	Dialogo Socrático		
	Actividad		
	Técnica de Autoafirmaciones	6	23.10.2023
	Actividad		

Reducir las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación y las técnicas de respiración y relajación.	Psicoeducación acerca de los síntomas fisiológicos	7	30.10.2023
	(Reconocimiento de síntomas) escaneo corporal		
	Respiración diafragmática		
	Actividad		
	Psicoeducación	8	06.11.2023
	Relajación autógena		
	Actividad		
	Relajación progresiva de Jacobson I	9	13.11.2023
	Actividad		
	Relajación progresiva de Jacobson II	10	20.11.2023
	Actividad		
	Sesión de Control y Refuerzo: Lograr la aceptación, tolerancia y afrontamiento de los síntomas a través de técnicas de aceptación y compromiso.	Proyecto de vida	11
	Técnica del uso de metáforas		
	Escritura terapéutica		

Entrenar en habilidades que promuevan la práctica de conductas adaptativas a nivel social y personal.	Psicoeducación en habilidades para la vida Entrenamiento en comunicación asertiva Role Play Actividad para la casa	12	04.12.2023
	Técnica de resolución de problema de Thomas D’Zurilla y Marvin Goldfried Actividad	13	11.12.2023
	Manejo de la autocrítica - Triple columna Rol Play Actividad para la casa	14	18.12.2023
	Atención plena (Mindfulness MBSR) Técnica de asignación gradual de actividades Actividad	15	25.12.2023
Prevenir el retorno de síntomas ansiosos a través de la identificación de señales de	Identificación de señales de alerta de un episodio ansioso	16	01.01.2024

alerta y situaciones que generen vulnerabilidad en la paciente.	Identificación y jerarquización de situaciones de vulnerabilidad		
	Elaboración del plan de acción		
Establecer estrategias de seguimiento y prevención de recaídas del plan de intervención	Sesión de control a los 15 días	17	15.01.2024
	Sesión de control a los 30 días	18	15.02.2024
	Sesión de Control a los 60 días	19	15.04.2024

2.6.2 Programa de intervención

Objetivos Generales:

Reducir los niveles de los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales en una paciente adulta de sexo femenino con trastorno de ansiedad generalizada, utilizando un programa de intervención cognitivo conductual.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar brindando información sobre la ansiedad generalizada y el enfoque psicoterapéutico haciendo uso de la psicoeducación.
- Cambiar pensamientos distorsionados por pensamientos funcionales a través de la reestructuración cognitiva.
- Reducir las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación y las técnicas de respiración y relajación.
- Lograr la aceptación, tolerancia y afrontamiento de los síntomas a través de técnicas de aceptación y compromiso.
- Entrenar en habilidades que promuevan la práctica de conductas adaptativas a nivel social y personal.
- Prevenir el retorno de síntomas ansiosos a través de la identificación de señales de alerta y situaciones que generen vulnerabilidad en la paciente.
- Establecer estrategias de seguimiento y prevención de recaídas del plan de intervención

2.7 Procedimiento

El procedimiento que se describe a continuación:

Contacte a la consultante para ofrecerle la oportunidad de participar de un estudio de

caso desde la terapia cognitivo conductual.

Le informe detalladamente acerca del estudio de investigación, así como las etapas que contemplaba el programa, tanto del recojo de datos a través de la entrevista, la aplicación de test psicométricos y la elaboración de registros conductuales las cuales son consideradas pre-test; la fase de intervención a través del plan de intervención en la que se aplicaron técnicas desde el enfoque cognitivo conductual, y finalmente la entrega de resultados a través de la elaboración de tablas o gráficos. Cuando la paciente confirma su participación en el estudio se formaliza y pide su consentimiento informado a través de un documento que ella firma. Se inician las sesiones de evaluación, en total 3 con una duración de 60 minutos cada una. Posterior a ello se analizan los resultados y se establecen los datos que nos servirán como línea base. Realizamos la elaboración del plan de intervención, su objetivo general y específico, esto de acuerdo a los resultados encontrados en lo que determinaremos como pretest. Procedemos a ejecutar las sesiones de intervención que constan de 19 sesiones de 60 minutos cada uno. Finalmente se utilizaron nuevamente registros de línea base (pretest) para obtener los resultados luego de la aplicación del programa de intervención (post test). Estos fueron comparados con los antecedentes y marco teórico para la elaboración de las discusiones, y por ende de las conclusiones y recomendaciones.

2.8 Consideraciones éticas

Se ha considerado el código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, específicamente en base al Capítulo III de la investigación, considerando los artículos de la misma, es decir, se ha respetado la normatividad internacional a través del uso del APA, citando los antecedentes tanto nacionales como internacionales, se cuenta también con el consentimiento informado de la paciente, la cual se encuentra con todas sus facultades físicas y mentales; así mismo a lo largo del proceso de estudio de caso se ha primado la salud psicológica de

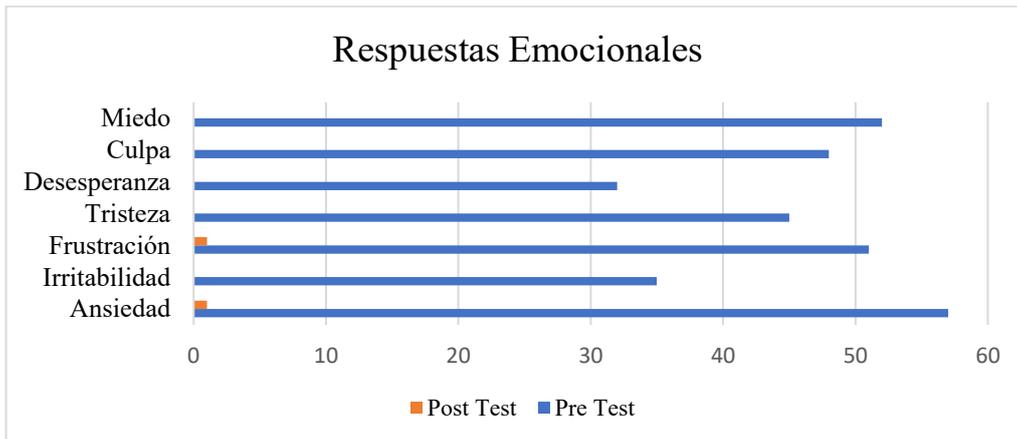
la paciente. La información vertida en el presente es veraz, y se han utilizado técnicas que tienen validez científica como lo es la terapia cognitiva conductual.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados

Figura 2

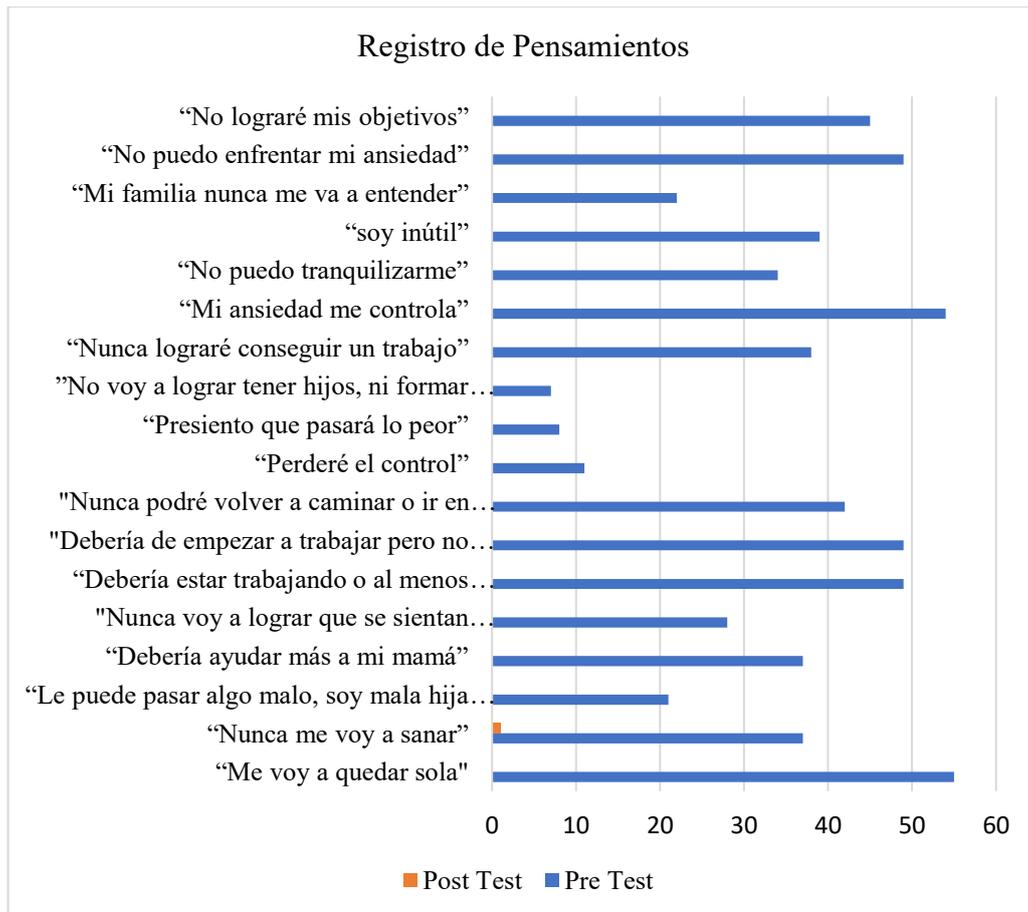
Resultado de las respuestas emocionales



Nota. Se observa la reducción de síntomas emocionales tras la aplicación del programa de intervención.

Figura 3

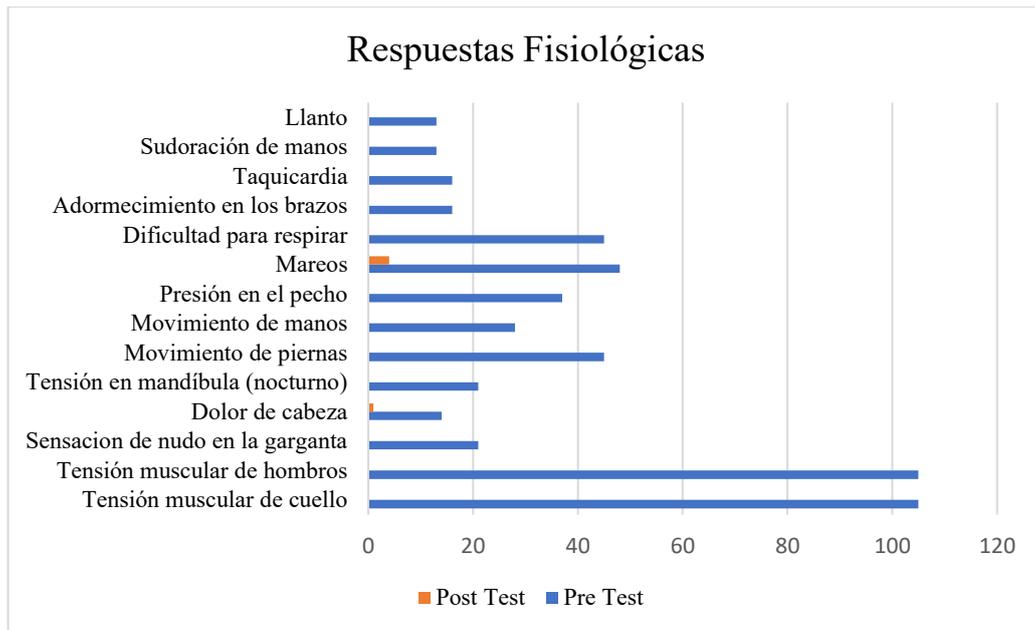
Resultados de las respuestas cognitivas



Nota. Se observa el cambio de pensamientos disfuncionales tras la aplicación del programa de intervención.

Figura 4

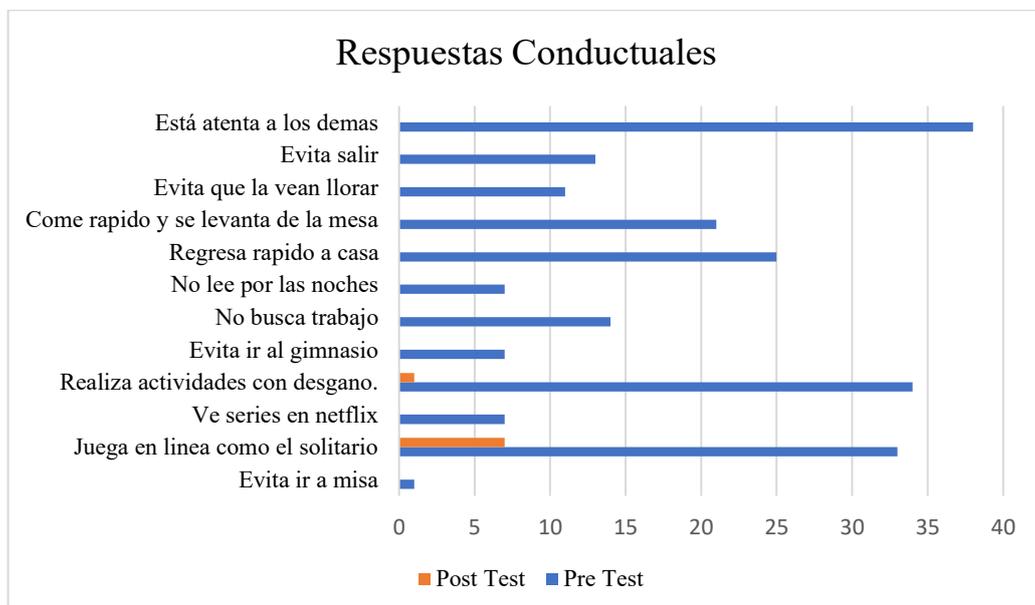
Resultado de las respuestas fisiológicas



Nota. Se observa la reducción de síntomas fisiológicos tras la aplicación del programa de intervención.

Figura 5

Resultado de las respuestas conductuales



Nota. Se observa la reducción de conductas problema tras la aplicación del programa de intervención.

3.2 **Discusión de resultados**

En este apartado se discuten los resultados obtenidos tras la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.

El objetivo que nos planteamos fue minimizar los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales en una paciente mujer con trastorno de ansiedad generalizada, mediante una intervención cognitivo-conductual. Los resultados demostraron que las respuestas registradas en la evaluación inicial (Pre test, A) disminuyeron o desaparecieron en comparación con las mediciones finales (Post Test, B). Estos resultados se asemejan al estudio de caso realizado por Cavero y Cornejo (2022), quienes tras aplicar un programa de intervención con el mismo enfoque en un paciente con ansiedad generalizada evidenció la disminución de la sintomatología ansiosa (pretest – post test). Estas coincidencias en cuanto a los resultados se deberían a que se utilizó como base el método cognitivo ABC dado que este es un abordaje en el que se prioriza los pensamientos en el desencadenamiento de los síntomas emocionales, fisiológicos y conductuales. Esto quedaría respaldado por Ellis (2010) ya que recomienda la aplicación de la terapia cognitivo conductual y las técnicas de reestructuración cognitiva partiendo del método ABC para aminorar los síntomas de la ansiedad, las cuales asegura como eficaces en el tratamiento de la sintomatología que desencadena este trastorno.

En cuanto al primer objetivo específico nos planteamos sensibilizar a la paciente brindando información sobre la ansiedad generalizada, así como acerca del enfoque psicoterapéutico haciendo uso fundamental de la técnica de la psicoeducación obteniendo resultados significativos, lo cual coincide con el estudio de Asto (2021) quien también aplicó en la primera sesión psicoeducación con fines informativos respecto a la problemática de su paciente con ansiedad generalizada, logrando que la paciente tenga conocimiento sobre la ansiedad adaptativa o normal y la ansiedad como trastorno desde el enfoque cognitivo

conductual, la comprensión de su problemática y se comprometa con su proceso de mejora. Esto coincide con Londoño (2017) quien hace referencia que es importante que el paciente tenga información y por ende conocimiento de la naturaleza su problemática mental, de sus síntomas, de señales de alerta temprano respecto a la sintomatología que se va presentando en su diario vivir y en consecuencia que puede diferenciar lo que le afecta, promover el autocuidado, la responsabilidad sobre sí mismo, desarrollando la capacidad para tomar decisiones y asumir sus consecuencias. También coincidiría con Clark y Beck (2012), quien sugiere como pauta que en las primeras sesiones es conveniente enseñar a los pacientes con este diagnóstico a diferenciar entre la preocupación funcional de la preocupación patológica que es uno de los síntomas cognitivos más resaltantes de la ansiedad generalizada.

También se logró en la paciente el cambio de los pensamientos distorsionados por pensamientos más funcionales luego de utilizar la reestructuración cognitiva. Estas respuestas se asemejan a los de Espinoza (2019), debido a que, en su investigación hecha a través de un estudio de caso clínico en una paciente de sexo de femenino de 57 años con ansiedad generalizada, puso en evidencia que las técnicas de reestructuración cognitiva logran modificar el sistema de creencias irracionales. Esto se debería también a que la intervención también se centró en la identificación los pensamientos disfuncionales, sensibilizarla respecto a cómo estos afectaban de manera negativas su vida, que asuma la responsabilidad de cambiarlos o reducirlos a fin de que mejore su calidad de vida. Esto lo podemos sustentar ya que Ellis y Dryden (1989), explica que el propósito principal es ayudar de la forma más humana posible a los clientes abandonar sus procesos de pensamientos perturbadores e irracionales y modificarlos por pensamientos no absolutos y racionales para que no se sigan generando más consecuencias negativas emocionales o conductuales, lo cual genera que percibir limitaciones en el desarrollo de nuestra vida.

Seguidamente se observa una reducción importante respecto a las respuestas fisiológicas pre test respecto al post test en la paciente, lo cual coincide con el estudio de caso de Coronado (2022), en el que, tras el uso de técnicas de relajación en su paciente de 27 años de edad con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, también se logró reducir la sintomatología fisiológica. Esto se debería a lo señalado por Caballo (2007), quien, en su propuesta del entrenamiento para el manejo de la ansiedad, refiere la eficacia del uso de las técnicas de relajación tales como: la relajación autógena y relajación progresiva como técnicas eficaces y que ayudan al paciente a reducir los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad generalizada.

También se observó que la paciente también mejoró respecto a la práctica de conductas adaptativas a nivel social y personal, tal como ocurrió en el estudio de Cavero y Cornejo (2022), quienes, tras aplicar un programa de enfoque cognitivo conductual en una paciente mujer de 24 años de edad con ansiedad generalizada, lograron que esta paciente incorpore un repertorio de conductas funcionales en el ámbito personal y social. Esto se debería a que con el transcurrir de las sesiones la paciente tenía mayor capacidad para afrontar distintos eventos adversos y lograr reacciones más adaptativas, asimismo durante las sesiones al ver interés sobre la condición y mejora de la paciente, la madre de esta tuvo el interés en recibir información respecto la sintomatología relacionada con la ansiedad en su hija, por lo que también utilizamos esta oportunidad para aplicar la técnica de Castigo Negativo, ya que se identificó que la conducta de la madre también reforzaba la conducta disfuncional en la paciente. Luego de ejecutada la técnica por parte de la madre, se logró el cambio esperado, es decir, la paciente se mantenía más tiempo fuera de casa cumpliendo con actividades sociales o de índole personal. Esto se fundamentaría en lo referido por Londoño (2017), quien hace referencia que la terapia

cognitiva conductual contempla la psicoeducación hacia la familia del paciente con la finalidad de que además de tener conocimiento respecto al diagnóstico adquieran herramientas para el manejo y comprensión hacia el familiar que lo padece.

Finalmente es importante mencionar que una de las técnicas que se tuvieron que aplicar de forma frecuente, fue la psicoeducación, tal como sucedió en el estudio de Cavero y Cornejo (2022), ya que coincidía en que la paciente cada vez que lograba resolver alguna situación o incógnita, solía traer a consulta nuevos temas de interés a tratar, por lo que al aplicar esta técnica, como una herramienta de soporte, se conseguía que la paciente tenga presente la naturaleza de su cuadro clínico para poder mantenerla motivada durante el proceso terapéutico, es decir, mantener la adherencia al tratamiento y con ello asegurar la eficacia del mismo en los diferentes ámbitos de su vida. Esto se respaldaría por Caballo (2007) al hacer referencia respecto a la psicoeducación como un proceso de aprendizaje práctico que busca que las personas conozcan y comprendan mejor su propio funcionamiento interno, el trastorno o proceso que están experimentando y las estrategias más efectivas para manejar sus efectos. Lo que busca es empoderar a los individuos con conocimientos basados en la evidencia científica para que puedan aplicarlos en su vida diaria, promoviendo así su crecimiento personal y el bienestar de su entorno familiar.

3.3 Seguimiento

Se ha planificado la cantidad de 3 sesiones en las que el usuario deberá registrar las técnicas aplicadas, cada 15, 30 y 60 días. Se ha determinado utilizar las técnicas de relajación y la técnica de A, B, C.

IV. CONCLUSIONES

Tras aplicar el programa de intervención cognitivo conductual en una paciente adulta con ansiedad generalizada, se concluye que:

- El uso del programa de intervención cognitivo-conductual resultó eficaz ya que los síntomas emocionales, cognitivos, fisiológicos y conductuales disminuyeron de manera significativa, permitiendo desde la perspectiva del paciente mejorando su funcionalidad en su quehacer diario.
- En esta intervención, la aplicación de la psicoeducación en las primeras sesiones fue fundamental para que la paciente logre la comprensión de sus síntomas emocionales, cognitivos, fisiológicos y conductuales asociados a la ansiedad generalizada; la comprensión de la ansiedad adaptativa y patológica; y la forma de trabajo psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo conductual, permitiendo a su vez, el fortaleciendo del vínculo terapéutico y su compromiso con el tratamiento desde la responsabilidad personal.
- Tras entrenar a la paciente en las técnicas de relajación, se observa el decrecimiento significativo de los síntomas fisiológicos como la tensión muscular, tensión de mandíbula, movimiento de manos y piernas, cefalea, adormecimiento de brazos, taquicardia, dificultad para respirar, sensación de presión en el pecho, sensación de nudo en la garganta y mareos, lo cual respalda su efectividad en conjunto con las otras técnicas cognitivas utilizadas en el manejo de la ansiedad generalizada.
- La reestructuración cognitiva aplicada demuestra su eficacia ya que, al centrarse en la identificación y la transformación de pensamientos disfuncionales, apoyó a la paciente en asumir la responsabilidad de su cambio, lo cual es fundamental para evitar consecuencias emocionales y conductuales negativas, fomentando así un desarrollo personal más saludable.

- Se observó una mejora en las conductas sociales y personales de la paciente, corroborando que el tratamiento cognitivo-conductual también facilita el desarrollo de habilidades adaptativas, considerando además como importante, el involucramiento de la familia, ya que, en este caso único se consideró el uso de la técnica castigo negativo, lo cual fue crucial para promover conductas de afrontamiento en la paciente, fomentando así una mayor participación en actividades diarias, subrayando la importancia de un enfoque integral en el tratamiento.

V. RECOMENDACIONES

- Tomar como referencia el presente programa de enfoque cognitivo-conductual para tratar la ansiedad generalizada, dado su respaldo por estudios previos y su eficacia demostrada en la reducción de síntomas.
- Implementar sesiones de psicoeducación desde el inicio del tratamiento para asegurar que los pacientes comprendan a fondo su trastorno y la importancia de su compromiso, lo cual facilitaría la comprensión de la diferencia entre ansiedad normal y patológica, así como de las estrategias para promover el autocuidado y la toma de decisiones.
- Utilizar las técnicas de relajación como parte integral del plan de intervención para abordar los síntomas fisiológicos, evaluando y ajustando las técnicas según la respuesta del paciente para maximizar su eficacia.
- Emplear técnicas de reestructuración cognitiva para lograr que los pacientes puedan identificar y modificar pensamientos disfuncionales, impulsándolos hacia una visión más funcional y realista.
- Enfocar el tratamiento en el incremento de las habilidades sociales y personales adaptativas, utilizando técnicas como el castigo negativo cuando sea apropiado, siendo pertinente también, involucrar a la familia en el proceso para apoyar estos cambios y mejorar la participación del paciente en actividades diarias.
- Mantener la técnica de la psicoeducación como esencial a lo largo de la intervención en pacientes con ansiedad generalizada, adaptándola a medida que surjan nuevas necesidades e intereses del paciente con la finalidad de generar cambios en las respuestas disfuncionales de los pacientes.
- Considerar ajustar el enfoque terapéutico en función de las necesidades cambiantes del paciente, basándose las evidencias de las evaluaciones periódicas para medir la efectividad del tratamiento y ajustar las estrategias según los resultados obtenidos.

VI. REFERENCIAS

- Asto, J. (2021). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo terapia cognitivo conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9760>
- Bazán, J., Rivera, I., y Neri, V. (2020). Ansiedad por covid-19: estudio de caso del uso de telepsicología en paciente con Síndrome de Cowden. *Revista Intercontinental De Psicología Y Educación (México)*, 22(2), 55-82. <https://psicologiayeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/27>
- Beck, A., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (pp. 300-368). New York: Basic Books. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1119573>
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>
- Behar, E., Zullig, A., y Borkovec, T. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80064-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80064-4)
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica (Argentina)*, 16 (3), 261-270. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Berdazco, D., Hernández, A., y González, J. (2023). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Un estudio de caso desde la terapia cognitivo-conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala (México)*, 26(1), 126-142. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol26num1/Vol26No1Art7.pdf>

- Borkovec, T., Alcaine, O., y Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, x D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford.
<https://psycnet.apa.org/record/2004-16375-004>
- Cano, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Psicología General. Motivación y Emoción* (pp. 127-161). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
https://www.researchgate.net/publication/230577045_Modelos_explicativos_de_la_emocion_Models_of_the_emotion
- Cano, A., Muñoz R., Moretti L. y Medrano L. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés (España)*, 26 (2-3), 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.004>
- Carretero, A. (2022). *Un caso de trastorno de ansiedad generalizada y ataques de pánico*. [Proyecto de maestría, Universidad Europea Madrid]. Repositorio Institucional UE.
<http://hdl.handle.net/20.500.12880/2245>
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée De Brouwer. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Cavero, R. y Cornejo, M. (2023). Ansiedad en la adultez: tratamiento estratégico cognitivo conductual en una paciente de 24 años. *PsiqueMag*, 12(2), 25–45.
<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i2.2414>
- Coronado, S. (2022). *Estudio del caso M. tratamiento cognitivo-conductual en ansiedad generalizada con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad*. [Proyecto de maestría, Universidad Europea Madrid]. Repositorio Institucional UE.
<http://hdl.handle.net/20.500.12880/2259>
- De Oliveira, I. (2016). *Trial-Based Cognitive Therapy*. Routledge.

- Díaz, B. (2022). *Abordaje cognitivo conductual en trastorno de ansiedad generalizada*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/2c239a2e-2a46-404c-9968-0e1b0b287e6c>
- Espinoza, G. (2019). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5873>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Universidad Nacional de Educación a Distancia de España. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Dobson, K. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies (3ª ed.)*. The Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/227153297_Rational_Emotive_Behavior_Therapy
- Dugas, M. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge. <https://rlmc.edu.pk/themes/images/gallery/library/books/Behavioral%20Science/Cognitive-Behavioral%20treatment%20for.pdf>
- D'Zurilla, T., y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Ellis, A. (s.f.). Rational emotive imagery. The Albert Ellis Institute. <https://albertellis.org/wp-content/uploads/2021/09/Rational-Emotive-Imagery.pdf>
- Ellis, A. (2010). *Como controlar la ansiedad antes de que la controle a usted*. (6ª ed.). Paidós Iberica.

https://www.sinmiedoconducir.com/descargas/Como_controlar_la_ansiedad_antes_que_esta%20le_controle_a_Ud.pdf

Ellis, A. y Dryden, W., (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer.

https://tuvntana.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/06/ellis_-_1989_-_prc3a3c2a1ctica_de_la_terapia_racional_emotiva1.pdf

Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva* (2ª ed.). Pax México.

<https://es.scribd.com/document/461773236/Ellis-Albert-Abrahms-Eliot>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. (2ª ed.). Ediciones Pirámide.

https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25759w/S1_R2.pdf

Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G., y Meneses, A. (2020).

Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156(4).

<http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M20000399>

Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*,

15(29), 7-21. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9564/1/modelos-cognitivo-conductuales-ansiedad.pdf>

Londoño, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139–145.

<https://doi.org/10.21501/16920945.2504>

Mahoney, M., y Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Nueva York). Wiley.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Plenum Press.

https://books.google.com.pe/books?id=ukmq1rNArdUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Mennin, D. S. (2004). *Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17-29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>

Ministerio de Salud [MINSA]. (17 de setiembre de 2022). *Minsa logra realizar más de 4 millones de atenciones en salud mental*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/651753-minsa-logra-realizar-mas-de-4-millones-de-atenciones-en-salud-mental>

Núñez A. y Tobón S. (2005). *Terapia Cognitivo Conductual*. Universidad de Manizales. <https://es.scribd.com/document/357662437/Nunez-Tobon-2005-Terapia-Cognitivo-ctual-y-MPSM>

Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 419–440. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90116-C](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90116-C)

Santiago, G. (2022). *Caso de una paciente con Ansiedad Generalizada a través de la telepsicología*. [Proyecto de maestría, Universidad Europea Madrid]. Repositorio Institucional UE. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2555>

Suinn, R. M., y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2(4), 498–503. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(71\)80096-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(71)80096-5)

Vernon, A., y Doyle, K. (2018). *Cognitive Behavior Therapies: A Guidebook for Practitioners*. American Counseling Association. <https://imis.counseling.org/images/large/78135-FM.pdf>

- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognition and pathological worry. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York: Guilford.
- Watson, J. B., y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>
- Yañez, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11577>

VII. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Estudio de Caso titulado
“INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUJER ADULTA”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el estudio de caso.

Lima, 06 de setiembre del 2023