



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON ANSIEDAD GENERALIZADA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Mora Vega, Analí

Asesora:

Sullcahuamán Amézquita, Jessica Jesús

ORCID: 0000-0002-5317-7649

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Flores Vásquez, María

Mendoza Huamán, Vicente

Lima - Perú

2023



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON ANSIEDAD GENERALIZADA

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	idoc.pub Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1%
8	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON
ANSIEDAD GENERALIZADA**

Línea de investigación: Salud mental

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

Autora:

Mora Vega, Analí

Asesora:

Sullcahuamán Amézquita, Jessica Jesús

ORCID: 0000-0002-5317-7649

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Flores Vásquez, María

Mendoza Huamán, Vicente

Lima – Perú

2023

Pensamiento

“Los hombres no se preocupan por las cosas, sino por la opinión que tienen de éstas”

Epícteto

Dedicatoria

A mi familia por su comprensión,
apoyo y tiempo brindado.

Agradecimiento

Deseo ofrecer mis reconocimientos a los docentes de la facultad de psicología de la UNFV por haber sido mis guías en estos lindos años que me formé, de ellos recibido buena formación para salir adelante.

No olvidaré el aliento constante y fraterno de mis colegas, quienes con su estímulo estuvieron siempre alentándome.

El interés de mis compañeros de trabajo, que siempre se interesaron en mi progreso, fue muy alentador para culminar con éxito mi formación.

Índice

Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	1
1.1. Descripción del Problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.2.1 Antecedentes nacionales	3
1.2.2 Antecedentes internacionales	5
1.2.3 Fundamentación teórica	8
1.2.3.1 Trastorno de ansiedad generalizada	10
1.2.3.2 Terapia cognitivo conductual	17
1.3 Objetivos	23
1.3.1 Objetivo general	23
1.3.2 Objetivos específicos	23
1.4 Justificación	24
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	24
II. Metodología	25
2.1 Diseño y tipo de investigación	25
2.2 Variables de la investigación	25
2.2.1 Variable independiente	25
2.2.2 Variable dependiente	25
2.3 Participante	26
2.4 Evaluación psicológica	26
2.4.1 Observación psicológica	26
2.4.2 Test o pruebas aplicadas	35

2.4.3 Informe psicológico integrador	38
2.5 Intervención	52
III. Resultados	70
3.1 Resultados pre y post intervención	70
3.2 Discusión de resultados	77
3.2 Seguimiento	78
IV. Conclusiones	79
V. Recomendaciones	80
VI. Referencias	81
VII. Anexos	87

Índice de Tablas

Tabla 1.	Distorsiones cognitivas más comunes en la ansiedad	10
Tabla 2.	Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada	15
Tabla 3.	Análisis funcional del trastorno de ansiedad generalizada	42
Tabla 4.	Análisis funcional conductual descriptivo	44
Tabla 5.	Análisis funcional cognitivo	47
Tabla 6.	Trastorno de ansiedad generalizada	50
Tabla 7.	Plan de intervención y calendarización	52
Tabla 8.	Sesión 1: Entrevista, observación y evaluación psicológica	54
Tabla 9.	Sesión 2: Entrevista, observación conductual y evaluación psicológica	55
Tabla 10.	Sesión 3: Entrega de informe psicológico psicoeducativo	
	Sobre la ansiedad y autorregistro	56
Tabla 11.	Sesión 4: Técnica de relajación y autorregistro	57
Tabla 12.	Sesión 5: Relajación muscular progresiva abreviada	58
Tabla 13.	Sesión 6: Detención del pensamiento	59
Tabla 14.	Sesión 7: Reestructuración cognitiva-diferenciando eventos, Pensamientos y emociones	60
Tabla 15.	Sesión 8: Reestructuración cognitiva-descubrimiento guiado	61
Tabla 16.	Sesión 9: Reestructuración cognitiva-descubrimiento guiado	62
Tabla 17.	Sesión 10: Reestructuración cognitiva-inducción a la Preocupación de decastrófización	63
Tabla 18.	Sesión 11: Entrenamiento en comunicación asertiva	64
Tabla 19.	Sesión 12: Entrenamiento en resolución de problemas	65
Tabla 20.	Sesión 13: Prevención de recaídas y evaluación post test	66

Tabla 21.	Sesión 14: Prevención de recaídas y término de evaluación post test	67
Tabla 22.	Sesión 15: Reforzar la conducta asertiva	68
Tabla 23.	Sesión 16: Monitoreo de técnicas psicológicas aprendidas	69
Tabla 24.	Resultado del Inventario de preocupación de Pensilvania	70
Tabla 25.	Resultado de la escala para tamizaje y seguimiento de trastorno De ansiedad generalizada GAD-7	71
Tabla 26.	Resultado de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck	72
Tabla 27.	Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos	73
Tabla 28.	Resultado de la escala de habilidades sociales de Elena Gismero Gonzáles pre y post test	74
Tabla 29.	Autorregistro de frecuencia de pensamientos antes y después del Tratamiento	75
Tabla 30.	Línea base del registro de unidades subjetivas de ansiedad (USA)	76

Índice de Figuras

Figura 1.	Resultados del Inventario de Preocupación de Pensilvania	
	Pre y post test	70
Figura 2.	Resultados de la escala GAD-7	71
Figura 3.	Resultado del Inventario de Ansiedad de Beck pre y post test	72
Figura 4.	Resultado del Inventario de Pensamientos Automáticos	73
Figura 5.	Resultados de la escala de Habilidades Sociales pre y post test	74
Figura 6.	Resultados en relación a la frecuencia de pensamientos	75
Figura 7.	Línea de Sintomatología ansiosa pre y post test	77

Resumen

En el presente estudio de caso se aplica la Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta de sexo femenino de 45 años de edad, quien refiere sintomatología ansiosa relacionada con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), como temblor en los brazos, presión en el pecho y aceleración del corazón, dolores musculares en espalda y cuello, dolor a la altura de la mandíbula, problemas gastro-intestinales, dificultad para conciliar el sueño y deseos constantes de llorar, así como preocupación por temas relacionados con la familia, trabajo, economía y de salud. El presente trabajo tiene como objetivo la aplicación de la terapia cognitivo conductual con la finalidad de disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad, modificar el procesamiento de información percibida e incrementar conductas prosociales en la usuaria. Durante la evaluación psicológica los instrumentos psicológicos utilizados fueron: Inventario de Personalidad de Eysenck Formato B, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, Inventario de preocupaciones de Pensilvania, la Escala para el tamizaje y seguimiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la Escala de habilidades sociales de Elena Gismeo Gonzales, durante el desarrollo de la terapia se aplicaron técnicas como: psico-educación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva abreviada, detención de pensamiento, inducción a la preocupación y decatastrofización, modelado, role playing y entrenamiento en resolución de problemas. Obteniendo como resultado la disminución de la sintomatología fisiológica de la ansiedad, la modificación en el proceso de la información y el incremento de conductas prosociales en la paciente, lo cual suma en la demostración de la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en los casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Palabras clave: Ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitivo conductual

Abstract

In this case study, Cognitive Behavioral Therapy is applied to a 45-year-old adult female, who refers anxious symptoms related to Generalized Anxiety Disorder (GAD), such as trembling arms, pressure in the chest and acceleration of the heart, muscular pain in the back and neck, pain at the level of the jaw, gastro-intestinal problems, difficulty falling asleep and constant desire to cry, as well as concern about issues related to family, work, economy and health. The objective of this study is the application of cognitive behavioral therapy with the aim of reducing the physiological symptoms of anxiety, modifying the processing of perceived information and increasing pro-social behaviors in the user. During the psychological evaluation, the psychological instruments used were: Eysenck Personality Inventory Format B, Beck Anxiety Inventory (BAI), Ruiz and Lujan Automatic Thoughts Test, Pennsylvania Worry Inventory, Generalized Anxiety Disorder (GAD) Screening and Monitoring Scale, and Elena Gismo Gonzalez Social Skills Scale, during therapy, techniques such as psycho-education, diaphragmatic breathing, abbreviated progressive muscle relaxation, thought stopping, worry induction and decatastrophization, modeling, role playing and problem-solving training were applied. The result was a decrease in the physiological symptomatology of anxiety, the modification of information processing and the increase of pro-social behaviors in the patient, which adds to the demonstration of the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in cases of Generalized Anxiety Disorder.

Key words: Generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy, anxiety

I. INTRODUCCIÓN

Con frecuencia escuchamos decir que todos, en algún momento, o en muchos momentos de nuestra vida diaria, nos sentimos ansiosos; los motivos pueden ser varios, que van desde una preocupación, estrés, esperar una noticia que nos preocupa y no sabemos qué nos van a decir, principalmente cuando se trata de nuestra salud, trabajo, relación sentimental, familiar, que hasta puede llevar a la persona al estado de incapacidad y pánico. Sin embargo, cuando estas conductas se presentan con frecuencia, sin una causa aparente, como que algo le va a ocurrir a la persona, pero no sabe qué podrá ser y hasta puede ser parte de su vida diaria que la lleva a deber tener atención médica y psicológica, ya estamos hablando de un trastorno de ansiedad, sobre todo cuando no tiene sentido que la persona tenga esas reacciones, llama por teléfono a los especialistas, se está midiendo la presión todos los días, se preocupa excesivamente cuando ésta varía u observa que algo ha variado en su cuerpo o alguna persona cercana a ella se encuentra pasando por una situación difícil, llegando a imaginarse los peores momentos que podría pasar.

Otras veces que pueden ocurrir, supuestamente, hechos que ponen en riesgo su vida o la de los demás, alguna noticia la preocupa en exceso, sobre todo cuando cree que podría suceder de todas maneras, todo esto la lleva a estar siempre en la incertidumbre y conversa con su entorno sobre temas si bien son de interés, pero no son suficientes como para llegar al extremo de estar conversando obsesivamente sobre el asunto que no la dejan concentrarse en sus asuntos de responsabilidad como persona. Cuando desea relajarse no lo puede hacer porque inmediatamente le sobreviene la preocupación que no la deja tranquila, llegando a tener dificultades con los demás porque ya empiezan a no tenerle paciencia. Llegan al extremo que lo que pasa en el día a día la afecta, se le altera la respiración, se fatiga, no puede dormir, no desea comer y cuando le dicen que se tranquilice refiere que no la entienden, por este motivo es necesario que tenga atención especializada.

Si es dependiente de la familia se empieza a sentir mal porque le reclaman que por su culpa deben acudir a los especialistas, sobre todo porque no tiene nada de preocuparse. Esto la lleva a un sentimiento de culpa, incrementando aún más su ansiedad porque no tiene como pagar los gastos que en ella se hace. Es así como poco a poco se van alterando sus relaciones sociales, llegando a empeorar el problema. Cuando alguna persona la escucha, y la comprende, entonces empieza a haber una dependencia hacia ella, lo que puede generar pérdida de paciencia y la paciente empieza a llorar diciendo que no la entienden.

1.1. Descripción del problema

En el año 2019 la cantidad de personas que sufrían de algún trastorno de ansiedad ascendió a la cantidad de 301 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En la pandemia que inicio en marzo del año 2020 a causa del COVID-19 los casos de problemas de salud mental se incrementaron, convirtiéndolo en una crisis a nivel global, calculando que el número de casos de trastornos de ansiedad y depresión se elevó en un 25% en el transcurso del primer año de la pandemia, ampliándose de esta manera la brecha terapéutica de los problemas de salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Del mismo modo el (Ministerio de Salud [MINSA], 2022) informó que 433,816 personas fueron diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad, destacando las mujeres entre las edades de 17 a 25 años, siendo este el número más alto a comparación de otros problemas mentales, ocupando así el primer lugar en atención en lo concerniente a la salud mental.

Virto et. al. (2021) realizaron un estudio transversal analítico con la finalidad de determinar la influencia de la pandemia por Covid-19 en 1089 personas, utilizando la técnica “Bola de nieve” y mediante una encuesta virtual, llegaron a concluir que en el primer periodo de la pandemia el 20,7% de la muestra presento problemas de ansiedad, mientras que el 18.1% de depresión y el 15% de estrés.

La inadecuada salud mental, entre ellos los problemas de ansiedad, se asocia también al estrés laboral, aislamiento social, estilos de vida poco saludables, problemas de salud físicos, discriminación y hasta la violencia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020), lo cual no solo afecta al individuo que la padece, sino también a las personas que lo rodean.

1.2. Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Calero (2022) realizó un trabajo académico sobre intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una madre de 38 años con una niña con trastorno del espectro autista, con el objetivo de disminuir la sintomatología de la ansiedad generalizada, aplicó un tipo de investigación cuasi experimental, de caso único con diseño AB. En cuanto a la evaluación la profesional realizó una entrevista conductual y utilizó los siguientes instrumentos, la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, el registro de opiniones - forma A y la Escala de Habilidades Sociales de Arnolds Goldstein & Col., para la terapia psicológica aplicó técnicas como respiración diafragmática, entrenamiento de relajación de Jacobson, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y entrenamiento en resolución de problemas. Demostrando que la terapia cognitivo conductual tuvo eficacia en el presente caso debido a la disminución de la sintomatología de la ansiedad y de pensamientos distorsionados.

De igual modo Huamaní (2022) puso en práctica la Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta de 28 años con ansiedad generalizada, con el objetivo de determinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la usuaria, para ello utilizó un diseño de investigación experimental de caso único ABA. Considerando dentro de su batería psicológica el registro de opiniones de Ellis y la escala de ansiedad de Beck (BAI), empleando técnicas

como el entrenamiento en respiración, relajación de Jacobson y reestructuración cognitiva, obteniendo como resultado la disminución de 85% de la sintomatología que provocaba ansiedad en la paciente

Velasco (2022) aplicó la Terapia Cognitivo Conductual en una paciente de sexo femenino de 58 años de edad, utilizando un diseño de investigación univariable multicondicional A.B.A. quien presentaba sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada, la intervención tuvo como objetivo reducir la ansiedad de la usuaria, quien presentaba una preocupación constante en el área personal, familiar, pareja y social, manifestando palpitaciones en el pecho, rigidez muscular, temblores, sudoración y dificultad para respirar, realizando 12 sesiones. Para la evaluación psicológica utilizó la entrevista psicológica, la Escala de autovaloración de depresión de Zung, la Escala de autovaloración de ansiedad de Zung, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el Registro de Opiniones – Forma A de Ellis y para las sesiones psicológicas aplicó las técnicas de psicoducción, reestructuración cognitiva, relajación progresiva muscular de Jacobson, visualización positiva y resolución de problemas. Obteniendo como resultado que la paciente redujera sus niveles de ansiedad, disminuyera creencias irracionales e incorporar habilidades de afrontamiento, lo cual conlleva a demostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Maraví (2020) presentó un estudio de caso de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en una mujer adulta de 43 años, realizó un abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual bajo el diseño experimental de caso único multicondicional ABA. Utilizó el test de matrices progresivas de Raven, el registro de Opiniones – Forma A, el Test de pensamientos automáticos de Aaron Beck, el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de

personalidad de Eysenck EPQ – R, el inventario Clínico Multiaxial de Millon III y el Inventario SCL-90. El objetivo fue mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la identificación y modificación de preocupaciones patológica y pensamientos distorsionados, además de la adquisición de nuevos estilos de pensamiento que le permitan la adaptación y desenvolvimiento en su vida cotidiana, utilizando técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, programación de actividades, diálogo expositivo, resolución de problemas, relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, control de estímulos y estrategias interpersonales. Obteniendo como resultado la disminución de la frecuencia de la preocupación lo que favoreció la disminución de la intensidad de la ansiedad de 54% a 14%.

Con la finalidad de generar estabilidad en una persona con trastorno de ansiedad generalizada, Espinoza (2019) aplicó un tratamiento bajo la terapia cognitivo conductual en una mujer de 57 años de edad, con el objetivo de identificar y modificar su sistema de creencias irracionales, para ello aplicó el cuestionario sobre la historia de vida de Lazarus, Inventario de Depresión de Beck II, Escala de Ansiedad Estado Rasgo, Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos y utilizó técnicas como relajación (respiración diafragmática), habilidades sociales, role playing, psico-educación y auto-registro, así como el ABC de Ellis, diálogo expositivo, modelado, relajación imaginaria, jerarquía de estímulos relajantes, imaginación racional emotiva y retroalimentación. Obteniendo un resultado positivo ya que se logró la instauración de técnicas para controlar la ansiedad, así como para debatir creencias irracionales y un cambio en su filosofía de vida.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Valles (2023) presentó un estudio de caso sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada, en una paciente de 47 años de edad con altos niveles de ansiedad y preocupación excesiva en relación al bienestar de su hijo, planteándose como objetivos disminuir los niveles de ansiedad

e incrementar la tolerancia a la incertidumbre en la paciente, para lo cual utilizó la terapia cognitivo conductual, aplicando test psicométricos como el Inventario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y utilizando técnicas como psico-educación, reestructuración cognitiva de Beck, desensibilización sistemática, exposición a la incontrolabilidad e incertidumbre, planificación de actividades agradables, refuerzo de logros, relajación progresiva de Jacopson y prevención de recaídas, en doce sesiones, las cuales permitieron modificar las distorsiones cognitivas, así como reducir la frustración ante la incertidumbre y los niveles de ansiedad.

Carretero (2022) aplicó la Terapia Cognitivo Conductual en mujer de 31 años, tras encontrar características compatibles con el Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG), cuyos objetivos fueron mejorar la comprensión y manejo de la ansiedad, incrementar la tolerancia a la incertidumbre, mejorar la autoeficacia, así como aprender el manejo de disfunciones cognitivas y pensamientos rumiativos. En la evaluación psicológica utilizó los siguientes test psicológicos; Listado de Síntomas Clínicos Revisado (SCL-90-R), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Escala de Inadaptación (EI), Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Realizó un total de diez sesiones en las que aplicó las siguientes técnicas psicológicas; psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, exposición controlada, entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas, reestructuración cognitiva y activación conductual. Obteniendo como resultado una disminución significativa del malestar clínico, mejora en la comprensión de la ansiedad y la autoeficacia percibida, así como el aumento de la tolerancia a la incertidumbre y el reconocimiento y manejo de disfunciones cognitivas.

Santiago (2022), con el objetivo de reducir la ansiedad, mejorar la asertividad y comunicación y fomentar conductas de autocuidado, aplicó la terapia cognitivo conductual en una mujer de 23 años, quien mostraba síntomas de ansiedad, labilidad emocional, tensión muscular, irritabilidad y somatizaciones. Utilizó la entrevista clínica, el cuestionario Ansiedad

Estado – Rasgo (STAI) y el auto-registro para la evaluación y aplicó técnicas como reestructuración cognitiva, respiración abdominal, relajación progresiva de Jacobson, mindfulness, diario de agradecimiento, exposición a situaciones planificadas, legitimar las emociones y ser capaz de hablarlas, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y activación conductual. Obteniendo como resultado la disminución de la ansiedad, conductas de autocuidado y planificación de actividades placenteras. Todo ello en once sesiones vía online.

Berdazo, et al. (2022), en la ciudad de México, realizó un estudio de caso desde la terapia cognitivo conductual, de una mujer de 60 años, quien muestra sintomatología severa ansiosa, a nivel cognitivo y fisiológico en todas las áreas de su vida, así como creencias de riesgo. Para la evaluación de la usuaria, utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Síntomas SCL-90-R, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y el Test de Creencias Irracionales de Ellis (TCI). En lo concerniente al tratamiento, que tuvo una duración de quince sesiones, trabajó con técnicas como la de relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Obteniendo como resultados la identificación y manejo de pensamientos catastróficos y una mejora en la toma de decisiones.

Coronado (2022) publicó un estudio de caso en el que utiliza el tratamiento cognitivo conductual en ansiedad generalizada con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, en una mujer de 27 años de edad, la misma que evidencia elevada auto-exigencia y necesidad de control, atención selectiva a las somatizaciones e hiper-reacción frente a las señales de su cuerpo, así como salir sola de casa. Para la evaluación psicológica utilizó test psicométricos como el Inventario de Síntomas SCL-90-Revisado, el Inventario de depresión de Burns (IDB) y el Cuestionario de ansiedad de Burns. Teniendo como objetivos disminuir los niveles de respuesta fisiológica al estrés, modificar la percepción sobre sus sensaciones corporales y tener

mayor satisfacción en su tiempo de ocio. Utilizó técnicas como la de relajación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, cosificación de la ansiedad y entrenamiento en solución de problemas, llevándose a cabo un total de veinte sesiones, vía telemática, obteniendo como resultados que la paciente disminuya sus niveles de ansiedad, así como el temor a salir sola de casa.

1.2.3. Fundamentación teórica

A. Emociones. Son respuestas psico-fiológicas que tiene una breve duración, siendo esta en 10 segundos a diez minutos aproximadamente, es importante para la persona que estas sean flexibles. (Reyes et al., 2016, citado por Paredes et al., 2021).

B. Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Al respecto, podemos encontrar las siguientes características:

1. Miedo y ansiedad. El miedo, como indican Clark y Beck (2016a), es una emoción o respuesta básica que todo ser humano puede sentir en algún momento de su vida, por ejemplo, cuando se está viajando en un avión y el piloto indica que se tiene que realizar un aterrizaje forzoso por problemas mecánicos, al notar que sale humo por debajo de la puerta de alguna habitación de nuestro hogar, al manejar un auto un día lluvioso y perder el control del timón o al hecho de que atenten contra nuestra vida con un arma de fuego, es decir la emoción solo se sentirá cuando la amenaza esté presente o sea real. Por ejemplo, la persona que le tiene mucho temor a las arañas sentirá el miedo cuando observe a una de ella o algo que las relacione. En cambio, la ansiedad se prolonga más en el tiempo y se presenta ante situaciones de alerta imaginarias, por ejemplo, la persona que le tiene miedo a las arañas sentirá la ansiedad ante la idea de ir a visitar a una amiga a su casa de campo y que en ese lugar encontrará arañas.

Por otro lado Cascardo y Resnik (2016) describen a la ansiedad como, una reacción experimentada solo por los seres humanos ya que lo fisiológico, lo cognitivo, las emociones y

las conductas se hacen presente en el individuo ante la necesidad de tomar decisiones o ante situaciones conflictivas, todos en algún momento hemos sentido una combinación de temor, incertidumbre, alarma, impaciencia e inquietud, por ejemplo ante un examen, una entrevista de trabajo, ante el llamado de un jefe o ante la oscuridad en una calle solitaria, debemos tener en cuenta también que la sensación de falta de aire como el ahogo o asfixia, la aceleración del corazón, así como el entumecimiento u hormigueo de alguna parte de nuestro cuerpo, las náuseas, visión borrosa y mareos también forman parte de la ansiedad.

Asimismo, Chacón (2021) nos recuerda que debemos considerar a la ansiedad como un modo de defensa ante algo o una situación que consideramos amenazante y que puede generar desagradables sensaciones como la irritabilidad, agitación, inquietud, preocupación e hipervigilancia, y cuando estas respuestas se tornan incontrolables, estaríamos hablando de un trastorno de la ansiedad o ansiedad patológica.

2. Preocupación. Es definida por Borkovec et al. (1983) como “una cadena de pensamientos e imágenes de carácter negativo y relativamente incontrolables que representan un intento de los individuos por resolver mentalmente un problema cuyo resultado es incierto pero que contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos” (citado por Pérez, 2019, p.100a).

Bados (2015a) indica que esta cadena de pensamientos inicia con preguntas como: ¿Y si tengo cáncer?, la cual trae a colación otras preguntas como ¿qué pasará con mis hijos?, ¿quién se hará cargo de mis padres?, ¿de dónde sacaré dinero para pagar el tratamiento?, ¿quién pagará mis deudas?, ¿Cómo se lo diré a mis padres?, ¿resistiré el tratamiento?, ¿y si muero?, en el TAG esta cadena se vuelve incontrolable, lo cual torna a la preocupación patológica.

3. Distorsiones Cognitivas. Como refiere Ruiz et al. (2012a) las distorsiones cognitivas son errores que cometemos al procesar la información, lo cual permite la existencia de sesgos al percibir la información de lo que nos rodea y permite al individuo mantener constante su

propia manera de pensar, las distorsiones cognitivas no solo están presentes en las personas con depresión, sino también en otras conductas disfuncionales.

Tabla 1

Distorsiones cognitivas más comunes en la ansiedad

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplos
Saltar a conclusiones	Llegar a una conclusión sin tener evidencias suficientes que la corrobore	“Soy un fracaso por eso no encuentro trabajo”
Catastrofismo	Imaginar que el final de una situación va a ser el peor posible	“No me contesta el teléfono porque seguro tuvo un accidente”
Pensamiento de todo o nada	Creer que solo existe lo bueno y lo malo, lo positivo o lo negativo, sin considerar otras alternativas como opción	“No ingrese a la universidad con la nota máxima, entonces no valió mi esfuerzo”
Razonamiento emocional	Las emociones que sienten, los lleva a tomar decisiones hacia uno mismo o hacia las personas que lo rodean.	“Tengo miedo de viajar en avión, algo terrible podría suceder”
Propensión a la aproximación	Predecir el futuro con resultados negativos de conductas y/o emociones, considerando estas absolutamente verdaderas	“Estoy segura que me está engañando con otra mujer”
Visión de túnel	Percatarse solo de los aspectos negativos de alguna circunstancia o evento	“Soy un inútil, me olvide el recibo de la luz para cancelarlo”

Nota. Esta tabla describe las distorsiones cognitivas más comunes en la ansiedad.
Fuente: Clark y Beck. (2012a)

1.2.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Es un estado persistente de ansiedad, que conlleva a la preocupación crónica, excesiva y generalizada que va acompañada por síntomas físicos o mentales, que originan una angustia o un deterioro

significativo del funcionamiento diario. La preocupación y la ansiedad deben afectar a múltiples acontecimientos o actividades de la vida cotidiana (Clark & Beck, 2012a).

García-Herrera et. al (2013) refiere que el TAG tiene como característica la persistente preocupación, las cuales son excesivas y difíciles de controlar y que limitan a la persona en diferentes áreas de la vida. Esta preocupación muchas veces no tiene una causa aparente, pero si la persona la percibe como real, la preocupación podría estar presente todo el día en sí. Otra de sus características es la dificultad para mantener la calma y la concentración, tornando a la persona irritable, con dolores musculares y con dificultades para conciliar el sueño por las noches (como se citó en Calero, 2022, p. 26).

Al momento de realizar el diagnóstico, se debe tener en cuenta que otra de sus características es que la persona que lo presenta siente temor, miedo y/o angustia por varios aspectos de su vida, sumándose a ello el temor o miedo a la incertidumbre. La diferencia del TAG con la ansiedad social es que la última en mención se centra en el miedo a las relaciones interpersonales, y se diferencia también del Trastorno obsesivo compulsivo ya que este último tiene como principal característica por los pensamientos obsesivos más que por preocupaciones difíciles de controlar. Otro aspecto importante es que el TAG no se da como consecuencia del consumo de alguna medicación Bados (2015b).

A. *Etiología del trastorno de ansiedad.* Vallejo (2015) indica que los problemas laborales, las dificultades económicas, problemas en el área sexual, etc. son acontecimientos en la historia de vida, considerados como traumas o hechos que sobrecargan la capacidad de afronte del ser humano como ser individual, todo ello es considerados dentro de la etiología de los problemas de ansiedad. Se debe tener en cuenta que esto necesita ser analizado ya que no existe una teoría absoluta (como se citó en Espinoza, 2019, p. 24b).

También tenemos la teoría de la triple vulnerabilidad, la primera de ellas está relacionada con la biología, la cual se centra en las bases genéticas, conocida también como

conducta inhibida, neuroticismo, temperamento o afecto negativo. La segunda es la vulnerabilidad psicológica generalizada, la cual surge en base a las experiencias vivenciadas durante la historia de vida y aunque estas no sean de índole traumático producen una sensación de incertidumbre y falta de control. La tercera vendría a ser la vulnerabilidad psicológica específica, la misma que refiere en cómo se aprenden las respuestas ante la ansiedad, por ejemplo, al observar la reacción (respuesta) de nuestros padres ante la presencia de un animal por el que sientan fobia o ante situaciones que ocasione en ellos una activación fisiológica intensa (Barlow, 2015a).

B. Modelos explicativos del TAG. Los más característicos son los siguientes:

1. Modelo de la evitación cognitiva de Borkovec. Este modelo presentado por Borkovec en el año 1994, el cual plantea que, una de las causas de la preocupación patológica, están relacionadas a vivencias traumáticas en la infancia que evoca la persona que lo padece, por ejemplo, el apego inseguro con su principal cuidador en la infancia. Esto conlleva a que la percepción del mundo sea distorsionada y difusa, percibiéndolo como un lugar peligroso y en el que no se cuenta con la capacidad de afronte necesario para dar solución a diferentes situaciones amenazantes. Por eso tienden a preocuparse y creer que mientras más tiempo mantengan esta conducta menos probabilidad existe que eso que temen suceda, y cuando esto se cumple, esta conducta se ve reforzada haciendo creer a la persona que hace bien al mantenerse preocupado, dejando de lado que la amenaza es irreal y tratando de evitar pensamientos catastróficos que lo invaden y que a su vez desea no sentir (Velázquez, 2016).

2. El Modelo de Desregulación de la Emoción. Mennin, et al., (2005) indica que una de las características de las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada, es que sienten temor a distintos acontecimientos anticipados, que muchas veces no buscan evitar, por ello este modelo plantea que para el tratamiento de este diagnóstico la regulación de las emociones cumple un rol muy importante, ya que las personas con TAG experimentan estas sensaciones

de una manera más intensa, siéndole fácil la expresión de las emociones que le ocasionan malestar, pero a su vez le es difícil identificar estas emociones, lo cual ocasiona un problema en su salud mental, este modelo plantea cuatro características para el diagnóstico del TAG, 1) la sensación emocional está por encima de los parámetros de lo normal, 2) a la persona le es difícil identificar estas emociones, 3) la actitud hacia sus emociones es negativa y 4) exasperadamente busca dejar de sentir esta sensación que le da las emociones (como citó Velazco, 2022. p. 25).

Así mismo Barlow (2015b) refiere que las personas con trastornos emocionales intentan con mucho ímpetu controlar sus emociones, ya sean estas positivas o negativas buscando dejar de sentir las en el menor tiempo posible, estos intentos fallidos de suprimir y/o evitar las emociones conlleva a un círculo vicioso que ayuda a que la activación fisiológica y emocional se incremente.

3. Modelo Meta-cognitivo de Wells. Este modelo hace referencia a que las personas con TAG presentan dos tipos de preocupación, la primera se relaciona con acontecimientos externos o sensaciones corporales, a las cuales Wells denominó “preocupación tipo uno”, mientras que a las preocupaciones relacionadas al propio hecho de preocuparse las denominó “preocupaciones tipo dos” o “meta preocupación”, las cuales se pueden reconocer en las situaciones amenazantes (imaginarias) que el paciente anticipa como el enfermarse de cáncer, perder un ser querido, el preocuparse por no poder dormir por la noches, no tener la capacidad de dejar de preocuparse, etc. lo cual es como resultado del propio hecho de preocuparse, “me preocupa mi preocupación”, es lo que puede indicar el usuario. La instalación de estas meta-preocupaciones hacen que el TAG se arraigue más al paciente y a su vez hace que utilice estrategias disfuncionales como el creer que siempre debe pensar en positivo y que los pensamientos negativos no deben estar presentes en él (evitación cognitiva de preocupaciones) y por ende las emociones tampoco (Etchebarne, et. al. 2016).

4. Modelo de la intolerancia a la incertidumbre. El presente modelo planteado por Dugas, destaca que dentro del TAG la intolerancia a la incertidumbre tiene un factor clave y la define como la predisposición que tienen los pacientes con este diagnóstico de considerar inadmisibles la ocurrencia futura de algún hecho negativo, teniendo estas muy pocas probabilidades de presentarse, las personas con TAG tienden a interpretar como amenazantes las experiencias inciertas y a su vez a considerarlas injustas e inaceptables, tienen como deber evitarlas y sienten mucha frustración y estrés, lo mismo que las paraliza y evita su accionar, todo ello suma al mantenimiento y desarrollo de la ansiedad y la preocupación, en esta última encontramos errores cognitivos, por ejemplo, tendencia a percibir todo como si fuera una amenaza, siendo ambigua la interpretación de la información, por lo que necesitará más información para la toma de decisiones, sintiendo también poca confianza para la solución de problemas y considerando a la preocupación como algo ventajoso, utiliza la evitación como estrategia, pero esta a su vez cumplirá un rol paradójico ya que incrementará la sintomatología ansiosa, debemos tener en cuenta que el estado de ánimo y los hechos vitales tienen un rol influyente en este proceso (Pérez, 2019b).

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)

DSM-5	CIE 10
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 	<p>La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.</p> <p>Pautas para el diagnóstico</p>

<p>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</p> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p>	<p>El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:</p> <p>a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).</p> <p>b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).</p> <p>c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.). En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.</p> <p>La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).</p>
--	---

Nota. Esta tabla indica los criterios para el diagnóstico del TAG

Fuente: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014). (5ª ed.). Médica Panamericana. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (2000)

1.2.3.2. Terapia Cognitivo Conductual. La terapia cognitiva, ha sido definida como la acción de hacer consciente las experiencias que vivimos, la terapia cognitiva es un proceso de tratamiento psicológico organizado y sistematizado que educa a la persona en la reestructuración de sus pensamientos, así como en hacer más consciente sus emociones y por ende en la modificación de sus conductas, los cuales se tornan negativas cuando la persona se encuentra en un estado de ansiedad o depresión (Clark & Beck, 2016b).

Satlard (2001) indica que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es utilizada para la reestructuración de modos de pensar que generan emociones destructivas y conductas poco asertivas o que no ayudan a la persona en el proceso de adaptación, todo ello dentro de una intervención metodológica y sistemática (citado por Díaz et. al, 2016).

La finalidad de la terapia cognitiva es identificar aquellos pensamientos automáticos cargados de distorsiones cognitivas, las cuales pueden estar relacionadas con el desamparo, la minusvalía y la impotencia, para que con un plan terapéutico se logre desactivar sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas) y por ende disminuir las exageradas respuestas emocionales, la sintomatología ansiosa y las inadecuadas interacciones sociales y familiares (Obando et al., 2015).

La Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del TAG del (Ministerio de Salud [MINSA], 2019) indica que la Terapia cognitivo Conductual es uno de los tratamientos con mayor efectividad en la disminución de sintomatología ansiosa, la preocupación y la tristeza de los pacientes con TAG, para lo cual se deben aplicar diez sesiones como media en las cuales se utilizaran técnicas como la relajación, reestructuración cognitiva, exposición, reconocimiento de pensamientos que producen la ansiedad, resolución de problemas, técnicas para la mejora del sueño y desensibilización sistemática, siendo que el tratamiento individual tiene menor probabilidad de abandono por parte del paciente y que este debe ser aplicado por profesionales de la salud capacitados.

Así mismo, la terapia Cognitivo conductual tiene como característica la aplicación de técnicas psicológicas como la relajación, detención del pensamiento, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva y resolución de problemas, las cuales se realizan a través de un método en el cual el terapeuta y el paciente trabajan en conjunto (Jiménez, 2022).

Se debe tener en cuenta también que la Terapia Cognitiva Conductual se puede realizar en 12 a 15 sesiones, en las cuales el orden o metodología del trabajo se inicia con la conceptualización del problema que justifique el tratamiento, para luego realizar el entrenamiento en relajación, en el cual se puede aplicar la técnica de relajación progresiva de Bernstein y Borkovec, como tercer aspecto a trabajar se realiza la reestructuración cognitiva, en la cual es de gran utilidad el auto registro, se continúa con el cuarto paso para trabajar con técnicas que disminuyan las preocupaciones patológicas, considerando como quinto paso las técnicas conductuales y culminar con técnicas como la de resolución de problemas, sin dejar de lado el mantenimiento del progreso al cual se ha llegado con el paciente (Craske y Barlow citados por Bados 2015).

Entre sus representantes encontramos a Albert Bandura quien planteo la teoría cognitivo social del aprendizaje, en la cual afirma que el aprendizaje es un proceso cognitivo que se vincula con el contexto y se da a través de la observación de conductas de modelos sociales significativos, surgiendo así el “modelado” o aprendizaje vicario (Rodríguez & Cantero, 2020a)

Albert Ellis también está considerado como uno de los padres de la Terapia Cognitivo Conductual y una de las figuras más carismáticas y relevantes de la psicología clínica, a través de sus estudios y observación de formas de pensar de sus pacientes, elabora un estilo directivo, activo y comprensivo de terapia la cual se basa en que la alteración emocional es el resultado de la valoración y de las creencias que le otorga el hombre a lo que sucede a su alrededor, mas no por el acontecimiento en sí (Gonzáles, 2007).

Ellis planteó la Terapia Racional Emotiva (TRE) con la finalidad de ayudar a los pacientes a superar sus problemas emocionales indicando que ello puede lograrse utilizando un pensamiento flexible y científico (Ellis & Grieger, 1990).

A. *Técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en el TAG.* Entre las más utilizadas tenemos:

1. Psico-educación. La psico-educación consiste en brindar, al paciente, información detallada sobre la sintomatología que padece, el modo en el que se llevará a cabo la terapia y el pronóstico de esta, todo ello basado en la evidencia científica. La finalidad es que el usuario o paciente tenga conocimiento sobre el diagnóstico y de esta manera pueda manejar con mayor facilidad sus actividades cotidianas, volviendo este conocimiento una herramienta que lo ayudara en el cambio que necesita (Santiago, 2022). Esta técnica también es recomendada por Arias (2021) en el protocolo que elaboró para diagnosticar y brindar tratamiento en los casos de ansiedad más frecuentes, en personas adultas, en el servicio de consulta externa del Hospital Universitario Nacional, en Colombia.

2. Respiración diafragmática. Para llevar a cabo la técnica se necesita encontrar un lugar cómodo y tranquilo para sentarse o recostarse, se coloca una mano en el pecho y la otra sobre el abdomen, prestando atención a la respiración, la mano que se encuentra sobre el abdomen se debe elevar más que la que se encuentra sobre el pecho, llevando la respiración lo más lento y profunda posible, se inhala por la nariz y se exhala por la boca, sintiendo como el abdomen se eleva y contrae lentamente, se repite el ejercicio hasta lograr un ritmo en la respiración que produzca bienestar (Víctor Toscano, 2020).

3. Relajación progresiva de Bernstein y Borkovec. Ruiz et al. (2012) indican que, en la terapia cognitivo-conductual, la adaptación del procedimiento en relajación propuesto por Bernstein y Borkovec, es una de las más utilizadas, esta consiste en tensar y soltar los grupos musculares en los cuales centra la tensión el paciente. Al momento de tensar el músculo esta

sensación debe ser percibida por el usuario con la finalidad de asociarlas con la tensión, esto los lleva a diferenciar mejor la relajación. Al momento de relajar los músculos el paciente no ejecuta ningún esfuerzo, solo debe centrarse en la sensación de alargamiento del músculo el cual se produce al dejar ir rápidamente toda la tensión (como se citó en Olvera, 2021, p. 39)

3. Detención del pensamiento. Esta técnica tiene como finalidad controlar contenidos verbales, imágenes y/o recuerdos perturbadores (rumiaciones), lo cual debe ser explicado por el profesional antes de iniciar la técnica, luego indicar a la usuaria la elaboración de una lista de pensamientos que le generan malestar y otra lista de pensamientos que la relaje, para realizar la técnica se le indica que “cierre los ojos y describa una escena en la que esté incluido uno de los pensamientos desagradables” y que levante la mano tan pronto como empiece el pensamiento desagradable sin considerar muchos detalles del mismo, luego que la usuaria levanta la mano la terapeuta grita fuertemente ¡alto! y pregunta sobre lo sucedido con el pensamiento, se repite la técnica con un pensamiento que incluya más detalles, se vuelve a repetir la técnica pero en esta oportunidad la usuaria es la que verbaliza la palabra ¡alto! y menciona los pensamientos alternativos de relajo (Labrador, 2014a).

4. Clasificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento. Ante alguna situación o evento vivenciado se puede llegar a tener diferentes emociones y opiniones (creencias), pero lo más importante es la intensidad con la que sentimos esa emoción y la decisión que utilizamos para aferrarnos a esas creencias. Esta técnica tiene por finalidad ayudar al paciente a ubicar la intensidad de sus emociones, por ejemplo, un 0% es un indicativo de ausencia de la emoción, mientras que un 25% es leve, un 50% es moderada, un 70% es mucha y 100% indica que esta emoción es abrumadora (Leahy, 2018a).

5. Inducción a la preocupación y decatastrofización. Consiste en que intencionalmente el paciente se preocupe por un lapso de 5 a 10 minutos sobre una de sus problemáticas, si le es difícil hacerlo solo, se podrá dirigir su preocupación con la ayuda de la técnica flecha

descendente, lo recomendado es practicarlo más de dos veces en terapia para que luego el paciente lo practique por sí solo en casa, luego, se procede con la decatastrofización que consiste en dar respuestas hipotéticas a aquella situación catastrófica que se construyó previamente, es decir respuestas de cómo el paciente respondería a dicha situación si realmente sucedería. Tener en cuenta siempre en preguntar el nivel o grado de malestar que le produce al evaluado el escenario catastrófico que se plantea (Clark & Beck, 2012b).

6. Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos. La personas con características de depresión y/o ansiedad tienden a dar por hecho que la forma en la que sienten y se comportan se debe a los acontecimientos que suceden a su alrededor, por ejemplo, “mi hermana es cruel conmigo por eso me siento triste y dejo de hablarle”, siendo la conclusión que mencionado evento es la causa de su sentir y actuar, por lo que el profesional tiene que indagar en como el paciente interpreta este acontecimiento y hacer preguntas como ¿alguna otra persona que pase por una situación igual o parecida sentirá igual y se comportará de la misma manera?, explicándole que el elemento más importante ante un evento, sus emociones y sus conductas es el pensamiento o la interpretación que tiene del mismo (Leahy, 2018b).

7. Descubrimiento guiado. Con esta técnica se busca que el paciente aprenda a cuestionar sus distorsiones cognitivas, desafiando estos pensamientos mediante el cuestionamiento socrático, al utilizar preguntas como; ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?, ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?, ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?, el terapeuta va guiando al usuario mediante la utilización de estas preguntas, permitiéndole plantear sus argumentos (Ruiz et al., 2012c).

8. Role playing. Técnica que William A. Gamson en 1960 desarrolló en Estados Unidos, es considerada una herramienta educativa que permite al usuario practicar de una manera experimental una situación problema, logrando visualizarla y colocándose en el lugar de otra persona, generando empatía y fortaleciendo el comportamiento cooperativo, el objetivo es

adquirir capacidades pro-sociales y empáticas, favorecer la asertividad y crear conciencia de sus habilidades, las fases son la motivación en la que se crea un ambiente de confianza, luego se prepara la dramatización fase en la cual el terapeuta aporta los datos necesarios para llevar a cabo el ejercicio es decir brinda información sobre personajes y situación, luego se da la dramatización y finalmente se realiza un debate o análisis de lo realizado (Susana Ramírez, 2016).

9. Modelado. El aprendizaje vicario, más conocido como modelado consta de cuatro partes, la primera es prestar atención con la finalidad de comprender lo que se está observando, la segunda es la retención de lo que se desea aprender en la memoria a largo plazo, como tercera parte es necesario que el individuo tenga la aptitud necesaria para imitar lo observado y por último la motivación es la que favorece todo el proceso, todo ello es necesario para que el individuo aprenda y ponga en práctica lo observado (Rodríguez & Cantero, 2020b)

10. Entrenamiento en resolución constructiva de problemas. Robichaud y Dugas (2006) refieren que las personas con sintomatología del TAG, presentan características como una escasa confianza en sus capacidades, una orientación negativa y poca satisfacción en los resultados que obtienen al resolver los problemas, por lo cual es importante el entrenamiento en la resolución de los mismos, pero antes se tiene que trabajar en la reestructuración de pensamientos poco funcionales para contrarrestar estas características, con la finalidad de hacer un uso adecuado de los pasos para la resolución de problemas propuestos por D'Zurilla y Nezu (2007), los cuales son (1) definición del problema y establecimiento de objetivos, (2) generación de soluciones alternativas, (3) toma de decisiones y (4) implementación de la solución y verificación, todo esto es más útil cuando las preocupaciones son más realistas (como se citó en Clark y Beck, 2012c, pg. 723).

11. Prevención de recaídas. A lo largo de la terapia cognitivo conductual, se le enseña al paciente a cuestionar sus creencias, ello de por si ayuda a la prevención de recaídas, sin

embargo, también tenemos que considerar trabajar en esta parte de la terapia lo que es el hecho de recordar al paciente todas las habilidades que ha aprendido y hacerle saber que es importante el mantener estas habilidades, practicándolas, indicarle que puede volver a tener algún otro problema que haga que sus síntomas reaparezcan, pero que, contará con las herramientas psicológicas necesarias para identificarlas y afrontarlas. Por último, dejarle claro que está en la capacidad de elaborar su lista de estrategias para afrontar dichos problemas. No está de más el indicarle que si vuelve a necesitar de nuestro apoyo que nos contacte para reforzar lo ya aprendido (Labrador, 2014b).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de ansiedad generalizada en una mujer adulta.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad mediante el entrenamiento y aprendizaje de técnicas de relajación.
2. Modificar el procesamiento de la información percibida en base a la reestructuración cognitiva.
3. Incrementar conductas prosociales, en base al entrenamiento en comunicación asertiva y resolución constructiva de problemas.

1.4. Justificación

El presente trabajo, consiste en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), en el cual se utilizó un orden en la aplicación de técnicas e instrumentos psicológicos para la evaluación y diagnóstico, así como

un conjunto de técnicas basadas en la teoría de la TCC para el tratamiento en búsqueda de un bienestar cognitivo, emocional y conductual de la paciente, por lo cual se considera tiene un aporte metodológico para los profesionales de la salud mental, es decir en la parte práctica de la profesión, ya que podrán utilizar el presente trabajo como ejemplo para sus intervenciones en pacientes con sintomatología del TAG.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

La finalidad de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada es que la paciente logre disminuir su sintomatología ansiosa, así como la modificación de distorsiones cognitivas que la limitan en su accionar cotidiano, llevándola de esta manera a un manejo saludable de sus emociones y conductas que le permitan una mejor interrelación social y familiar.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación que se utilizó en el presente trabajo es experimental aplicada según (Kerlinger, 2002). En relación con el diseño es de caso único considerando el modelo A-B ya que se estableció una línea base, para luego realizar una intervención y una nueva medida (Montero y León, 2003).

2.2. Variables de investigación

2.2.1. *Variable independiente*

El tratamiento Cognitivo Conductual, que se le brindó a la paciente se utilizaron técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y la relajación progresiva abreviada. Con la finalidad de modificar los sesgos en el procesamiento de la información y la intensidad desbordante de las emociones que presentaba, se trabajaron las técnicas de detención de pensamiento, clasificación del grado de creencia y emoción, diferenciar entre evento, pensamiento y sentimiento, descubrimiento guiado, inducción a la preocupación y decatastrofización y flecha descendente, mientras que para el entrenamiento de conductas pro sociales se utilizaron las técnicas de prevención de respuestas, role playing y modelado.

2.2.2. *Variable dependiente*

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada: la paciente presenta preocupación excesiva sobre su estado de salud, el bienestar de sus hijos y sus padres, por problemas económicos y laborales, lo cual la torna tensa, irritable y angustiada, llegando al llanto y a manifestar dolores musculares, dolor de cabeza, temblor en manos y piernas, así como dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la noche, lo que tiene como consecuencia, en ella, una inadecuada resolución de problemas, optando anteponer las necesidades de terceros

a la suya, siéndole difícil negarse a realizar alguna actividad con la que en realidad no está de acuerdo.

2.3. Participante

Mujer adulta, de 45 años, natural de Lima, es la mayor de dos hermanas, estado civil divorciada, madre de dos hijos, con nivel técnico de educación, trabaja en el área administrativa de una institución del estado y actualmente con domicilio en el distrito de Chorrillos.

2.4. Evaluación psicológica

2.4.1. Observación psicológica

Persona adulta de género femenino, de tez clara, contextura gruesa y estatura promedio, cabello corto castaño y ojos marrones, se presenta en adecuadas condiciones de arreglo y aseo personal. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, de pensamiento lógico y coherente, expresándose con un tono de voz moderado. De memoria conservada, sin embargo, su atención y concentración se encuentren disminuida, evidenciando una capacidad intelectual normal promedio. En el proceso de entrevista y evaluación refiere sentirse tensa, preocupada, triste y angustiada al referir hechos vivenciados en el pasado y en la actualidad, colaborando con la evaluación y terapia psicológico.

Datos de filiación

Nombre y Apellidos	: M. P. C.
Edad	: 45
Sexo	: Femenino
Lugar de Residencia	: Lima
Grado de Instrucción	: Técnico
Evaluador	: Analí Mora Vega
Fecha de informe	: 08/01/2021

Motivo de consulta. Mujer de 45 años de edad refiere sentir temblor en los brazos, presión en el pecho y aceleración de su corazón en cualquier momento del día sin razón aparente, dolores en la espalda y cuello para los cuales está realizando exámenes y pasando consulta médica, dolor a la altura de la mandíbula, problemas gastro intestinales, dificultad para conciliar el sueño por las noches y levantarse en hora de las madrugada, observando marcas de sus uñas en las palmas de sus manos al despertarse por las mañanas y deseos de llorar en cualquier momento del día y por cualquier motivo, continúa con sus actividades cotidianas, sintiendo cansancio durante el día y mucho temor al contagio del virus Covid-19. Indica también sentir angustia y tristeza por la relación que tiene con su hija mayor quien se encuentra en provincia, por la salud de sus padres y familiares que también radican fuera de Lima, los estudios de su hijo menor, así como preocupación por su situación laboral y el no saber si encontrará un departamento el cual pueda adquirir con el monto económico que maneja

Problema actual. La paciente indica que siente dolor a la altura de los ovarios, estómago o colon y piensa “puedo desarrollar cáncer, seguro ya estoy en metástasis, quien va a ver por mis hijos”, sintiendo miedo (10/10) lo cual la lleva a presentar dificultades para conciliar el sueño por la noche y en ocasiones levantarse en horas de la madrugada, quedándose en la cama esforzándose por dormir sin lograrlo hasta las seis de la mañana, momento en el que prefiere levantarse a continuar con sus labores cotidianas, en otras ocasiones en las pocas horas que duerme observa marcas de uñas en la palma de sus manos, también indica que cuando su hija no le contesta el celular ella opta por preocuparse y pensar “algo malo le ha podido suceder a mi hija, seguro ya está en el hospital grave por un accidente” sintiendo ansiedad (10/10) y presión en el pecho, aceleración del corazón y dificultades para concentrarse, cada vez que su madre la llama por teléfono siente miedo (10/10) y enojo (10/10) ya que lo primero que viene a su mente es “alguien está mal de salud, seguro mi papá o alguno de mis tíos está grave en el hospital o de seguro quieren dinero, ¿Por qué no se lo piden a mi hermana?, a ella siempre la

trataron bien en cambio a mí no, ella es su preferida”, en relación a su trabajo piensa “en cualquier momento llegan a supervisar y si no me encuentran sería lo peor, van a pensar que soy irresponsable” sintiendo miedo (10/10), dolor en la espalda, cuello, mandíbula y temblor en los brazos, también refiere “tengo temor a contagiarme de covid - 19 y de contagiar a mi hijo y que terminemos los dos enfermos, no hay quien nos cuide, él solo depende de mí” sintiendo temor (10/10) y dolores musculares, al ver el noticiero piensa “quiero comprar un departamento pero ¿y si soy víctima de estafa?” sintiendo miedo (10/10) y dificultad para conciliar el sueño, también indica tristeza (10/10) y frustración (10/10) ya que piensa “mi familia no me valora, como es posible que me traten como lo hacen después de todo lo que hago por ellos” al recibir críticas de sus padres y ante el hecho de que su hija deje de estudiar en la universidad piensa “mis padres van a pensar que soy una mala madre, tengo que hacer algo por el futuro de mi hija” sintiendo frustración (10/10) y enojo (10/10) así como temblor en los brazos, tiende también a responder de manera irritable al hijo que vive con ella, indica “mi hijo hace las cosas mal por molestarme, atormentarme” lo cual la lleva a sentir enojo (10/10).

Actitud frente al problema. La paciente indica sentir temor por la sintomatología que presenta, consideraba que era parte de la menopausia, lo cual la llevo a buscar ayuda médica, no tomo en cuenta asistir a consulta psicológica ya que no veía esta opción dentro de las alternativas para la mejora de su salud. Indica no haber recibido terapia psicológica anteriormente.

Desarrollo cronológico. A los 22 años de edad, dejo a su hija mayor al cuidado de sus padres y viajo a Lima por motivos laborales, al regresar a Chimbote y recoger a su hija después de casi dos años, sus padre se la negaron, por lo cual la evaluada indica “fueron injustos conmigo, no valoraron el esfuerzo que yo hice por estudiar y trabajar, hasta ahora lo único que recibo son críticas de parte de mis padres, no entiendo porque siendo mis padres se comportan así y

no valoran todo lo que hago por mis hijos, deberían valorar todo lo que hago por ellos”, al recordar este acontecimiento refiere sentir tristeza e impotencia, llegando al llanto. A los 40 años de edad, su hija mayor, al cumplir 18 años, se retira de la casa y viaja a provincia, y cada vez que la paciente la llama por teléfono y no le contesta presenta pensamientos como “algo malo le ha sucedido a mi hija, de seguro ya está en el hospital grave por un accidente”, por lo cual siente preocupación y miedo, sintiendo presión en el pecho y el corazón se le acelera, la última vez que esto sucedió su hija se encontraba en Lima, hecho por el cual la paciente insistió llamando varias oportunidades y al no recibir respuesta realizó llamadas a la policía, los bomberos y a diferentes hospitales, llegando a tomar un taxi para dirigirse al hospital porque entendió que su hija se encontraba internada en un hospital, situación que no era cierta.

Al cumplir 43 años, se entera que su hija, quien vive en provincia dejó de estudiar en la universidad, lo primero que pensó la evaluada fue “mis padres van a pensar que soy una mala madre, tengo que hacer algo por el futuro de mi hija”, situación que la preocupó mucho y la puso muy tensa causándole dolores musculares (brazos, espalda, cuello y mandíbula), pagó la deuda que el padre de la joven tenía con la universidad, hecho por el cual siente frustración y enojo indicando, llegando a temblarle los brazos “él debería hacerse cargo de esa deuda, yo no”, intentó comunicarse con él sin éxito.

A los 45 años de edad inician sus preocupaciones relacionadas a enfermedades como el cáncer de útero, del colon o de estómago, indica que al mínimo dolor que sentía en cualquiera de estas partes de su cuerpo, pensaba “puedo desarrollar cáncer, seguro ya estoy en metástasis, quien va a ver a mis hijos”, sintiendo mucho miedo, teniendo dificultades para conciliar el sueño y levantándose en horas de la madrugada pensando siempre lo mismo, antes y después de dormir, lo poco que podía dormir, al levantarse se daba cuenta que habían marcas de sus uñas en la palma de sus manos, por esa razón procuraba sacar cita con el especialista lo más pronto posible, ya que pensaba que todo lo que ella sentía era propio de la menopausia.

La relación con su madre nunca fue buena, en la actualidad por motivo de la pandemia cada vez que su madre la llama por teléfono, lo primero que cree la paciente es que “alguien está mal de salud, de seguro mi papá o alguno de mis tíos está grave en el hospital”, sintiendo miedo y preocupación, percibe aceleración de su ritmo cardiaco y temblor en los brazos. Cuando discute con su madre, de quien considera que la mayoría de las veces la llama solo para pedirle dinero, suele pensar que: “¿porque no se lo piden a mi hermana?, a ella siempre la trataron bien, en cambio a mí no, ella es su preferida por eso no la molestan pidiéndole dinero”, considera que esto le causa sentimientos de cólera llevándola al llanto. Otra situación que refiere le afecta, es que en una oportunidad su hermana la criticó por tener dos hijos de diferentes parejas a lo que la paciente pensó “si es mi hermana como puede tratar así a alguien de su sangre”, indica que eso le hizo sentir enojo y tristeza (llora al momento de recordarlo), llegando a cachetear a su hermana. Otra de sus preocupaciones está relacionada con la compra de un departamento que tiene pensado, porque cuando ve los noticieros piensa “¿Y si soy víctima de estafa?”, indica que tras ese pensamiento tiende a tornarse temerosa y tensa, mencionando que llega a percibir dolor en el cuello y la espalda, situaciones que muchas veces le llevan a tener dificultades para conciliar el sueño durante la noche, así como en algunas oportunidades despertarse en las madrugadas, la paciente piensa que tiene que ver con la dificultad para tomar una decisión sobre la compra, por el momento, continúa con la visita y búsqueda de más opciones para la compra.

Durante el tiempo del aislamiento domiciliario, indica haberla pasado muy tensa la mayor parte del tiempo, siendo muy frecuentes los dolores en la espalda, cuello, mandíbula, llegando a tener temblores en los brazos, se sentía angustiada, con miedo y preocupación, teniendo constantemente la idea de “en cualquier momento llegan a supervisar de mi trabajo y si no me encuentran sería lo peor, van a pensar que soy irresponsable, yo no salgo mucho porque tengo temor a contagiarme de covid 19 y de contagiar a mi hijo y que terminemos

enfermos los dos, no hay quién nos cuide, él solo depende de mí”, lo cual la lleva sentirse nerviosa y tensa (dolores musculares en el cuello, espalda y brazos) y a salir lo menos posible de su casa.

Observaciones generales de la evaluación. Persona adulta de sexo femenino, acude a consulta, derivada del consultorio de medicina, viste acorde a la estación, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, se expresa con un tono de voz moderado y sus pensamientos se encuentran dentro de su problemática actual. Desde el inicio de la consulta se torna llorosa narrando su problemática familia, laboral y económico, lo cual, indica, la torna preocupada la mayor parte del día, manteniendo la actitud mencionada en casi toda la primera entrevista, siendo que la predisposición de la paciente en las siguientes sesiones en las que se trabajó la anamnesis, la evaluación y tratamiento siempre fue positiva, mostrando interés y colaboración en lo realizado en las sesiones y en las actividades que se le designaba para realizar en su hogar.

Historia familiar. La mamá se llama Patricia de 65 años, se dedicó siempre a su hogar, la evaluada refiere que por ella siente resentimiento, porque considera que permitió toda la violencia dentro del hogar y los malos tratos que su papá le daba, la considera poco responsable, nada afectuosa, una persona que siempre antepuso sus necesidades personales, “yo utilizaba los uniformes que dejaban mis primos”. En la actualidad sigue recibiendo críticas por parte de su madre en relación a la crianza de sus hijos, inclusive sus padres han viajado desde provincia a Lima para recriminarle su forma de educar a sus hijos, las veces que su madre le cuelga el teléfono, la evaluada se siente muy mal, indica “cuando mi mamá me llama y por algún motivo discutimos y me cuelga, yo me pongo a llorar, he llegado a rogarle para que me visite, aunque solo vienen a reclamarme, pero igual es una manera de tenerlos cerca”.

El papá se llama Roberto de 67 años, se dedicó al comercio, la evaluada indica que de su padre solo tiene recuerdos de problemas, lo describe como una persona autoritaria y

conflictiva, hasta la actualidad la culpa de muchas situaciones y le da tristeza por saber y darse cuenta de que a su hermana menor le ha dado un mejor trato desde siempre.

Su hermana se llama Juana, de 40 años, trabaja en un banco, la evaluada la describe como una persona caprichosa, conflictiva, convenida y que hace cualquier cosa con tal de conseguir lo que desea y le parece que sus padres tienen preferencia por ella, “mi hermana se ha portado mal conmigo a pesar de que yo la he apoyado en varias oportunidades, no sabe tratarme bien y si lo hace es por conveniencia y eso no me agrada”.

Refiere que sus abuelos son muy querendones, describe a su abuela Alejandrina, de 87 años, como una persona muy inteligente con quien podía conversar de muchos temas, le brindaba comprensión, afecto y educación, es la persona que más apoyo le otorgó, sus tíos, hijos de sus abuelos maternos, siempre fueron atentos con ella, su tía la ayudaba en las tareas del colegio, y es una persona a quien en los últimos años la considero más como una madre. Recuerda a su abuelo Antonio de 89 años de edad, como una persona muy estricta y crítica, por quien sentía temor, era quien proveía de alimentos y gastos en la casa.

Tiene dos hijos, la mayor es Natalia, de 25 años de edad, es estudiante de medicina, se fue de su casa al cumplir 18 años de edad, para convivir con los padres de la evaluada, situación que provoco muchos problemas en su familia, no existe confianza entre ellas, por ende, la comunicación es escasa y cuando se da la oportunidad terminan discutiendo, la evaluada no está de acuerdo en la relación sentimental actual de su hija, cada vez que la llama y su hija demora en contestar o no le contesta, para la evaluada son momentos de mucha preocupación y tensión.

La relación con su hijo Andrés de 22 años de edad es regular, “él es distante, habla poco, a veces hace cosas que no debe hacer y eso me molesta, el no debería portarse así, el otro día cocine con mucho cariño y el me revoloteo toda la comida, para en su cuarto estudiando y no conversa mucho conmigo, me gusta que me acompañe a realizar los trámites que tengo que

hacer, no me gusta ir sola”, su hijo estudia negocios internacionales y tiene planes de estudiar en el extranjero a lo que la evaluada refiere “sé que mi hijo ya no va a estar acá, tengo que apoyarlo, eso demanda dinero, pero tengo que apoyarlo, es difícil el hecho que se vaya a un lugar que no conoce, lo desconocido siempre preocupa”.

Historia personal. Desconoce si el embarazo fue deseado o no, es un tema que no ha conversado con sus padres, el curso de este fue aparentemente dentro de lo normal. Informa que nació por parto normal, cuando su madre tenía nueve meses de embarazo. Su desarrollo psicomotor estuvo dentro de los parámetros de lo normal, aprendiendo a gatear, caminar, controlar esfínteres y hablar en el tiempo regular establecido. Considera su infancia como una etapa feliz, pero solo en el tiempo en el que convivía con sus abuelos, considerando que en la convivencia con sus padres los tiempos fueron los peores que puede recordar, existía muchos problemas entre ellos, su padre ingería continuamente bebidas alcohólicas y existía violencia dentro de su hogar entre sus progenitores, ella tenía que levantarse en horas de la madrugada a servirle la comida a su padre y escuchar todo lo que hablaba durante una o dos horas, lo cual la perjudicaba porque no descansaba bien y aun así tenía que asistir al colegio, considera que su madre no le servía la comida a su padre porque sentía miedo hacia él y que nunca obligo a su hermana a hacer lo mismo porque siempre le han dado un trato mejor que al de ella, la relación con su hermana no era muy buena, siempre existieron discusiones, la considera como una persona egoísta.

En cuanto a la escolaridad, sus estudios de primaria y secundaria los realizó en un colegio estatal en Trujillo, a los 17 años ingreso a una universidad particular en la misma ciudad, a la carrera de ciencias de la comunicación, cursando estudios hasta los 20 años aproximadamente, sin embargo, no pudo continuar con los mismos por problemas de solvencia económica, dos años más tarde postula a una institución castrense del estado, cursando estudios durante un año en la ciudad de Lima.

En cuanto a su trabajo, podemos informar que empezó a trabajar a los 15 años, primero se desempeñó como locutora en Chimbote, durante tres meses en una radio, luego concurso al mismo puesto, pero en otra emisora en la cual le daban un mejor salario, luego paso a trabajar a Trujillo también para una emisora más conocida, también trabajó como secretaria en el municipio del mismo distrito. Ingreso a la escuela de una institución castrense a los 22 años y desde entonces ha trabajado en la misma institución durante 23 años consecutivos.

Sobre su vida sexual, informo que a los 20 años de edad se comprometió, pero al poco tiempo termino la relación con él ya que observó aspectos personales que no le agradaron, considera que fue una relación difícil, al poco tiempo se enteró que él se casó, por lo que decidió aceptar la relación sentimental al padre de su hija mayor, siendo pareja dos años consecutivos, en su etapa de gestación descubre que el padre de su hija salía con otra mujer, motivo por el cual ella decide terminar la relación, actualmente él solo mantiene comunicación con la hija de ambos. Dos años después aproximadamente conoce al padre de su segundo hijo, con quien mantuvo una relación durante diez años aproximadamente, la relación termino por motivo de infidelidad de parte de él, en la actualidad mantienen poca comunicación.

En cuanto a su pareja, hace aproximadamente 3 años que no tiene pareja, cuando llego a lima se separó de la persona con quien mantuvo una relación de 10 años, “porque cuando tuve los problemas con mi hija ella también se indispuso delante de él, en ese entonces él le dijo a mi hija que no fuera malcriada conmigo, mi papá hizo problema por eso, ultimo quisimos regresar, pero una mujer me llamo, me mando fotos y le pedí a él que por favor se retirara”.

Recuerda haber estado hospitalizada, a la edad de 30 años, por problemas estomacales, le hicieron una endoscopia y le dijeron que era un posible cáncer, en el hospital se demoraban mucho, sus hijos se quedaron solos en provincia, una tía suya la cuidó todo el tiempo que estuvo internada, pidió su alta voluntaria “no podía dejar a mis hijos tanto tiempo solos, quería estar con ellos” y en Chimbote se hizo atender de manera particular, el doctor le dijo que no era un

cáncer pero que estaba a medio paso de serlo, por lo que empezó un tratamiento, “me dijo que yo tenía todo el estómago lacerado por el helicobacter y que eso era una puerta abierta para el cáncer, en esa época yo vivía todo el estrés del cuidado de mis dos hijos, en ese entonces no me quería quedar en Lima porque mis hijos no tenían con quien quedarse, estuve en tratamiento durante cinco años por las úlceras, lo mío es que si me descuido de mi alimentación me pongo mal, tengo que estar siempre cuidándome, el doctor me dijo que cada tres años tengo que hacerme una endoscopía, las biopsias y la colonoscopia, todo ello para que no me vaya a resurgir todo el problema, tengo que estar haciéndome mis chequeos obligatoriamente, el mismo médico me ha dicho que tengo que hacerme ver siempre, así no me duela nada tengo que cumplir con hacerme las biopsias porque es la indicación del médico, también me ha dicho que tenga cuidado porque mi estómago ya no es como antes después del problema que tuve”.

2.4.2. Test o Pruebas aplicadas

1. Autorregistro de situación, pensamiento y emoción: Se emplea este formato para realizar la diferenciación entre los tres eventos, ya que en las personas con problemas de ansiedad suelen relacionar directamente la situación con la emoción, por lo que con este ejercicio se busca empiece tener en cuenta sus pensamientos o la forma de interpretar o percibir lo que sucede a su alrededor, se incluye en este formato la frecuencia de pensamientos y la calificación de la intensidad de las emociones.

2. Inventario de Personalidad de Eysenck Formato B, de Hans Jurgen Eysenck, consta de 57 ítems con alternativas de respuesta dicotómica (SI o NO), distribuidos en tres escalas, tenemos la escala E con 24 ítems que nos brinda información sobre Introversión – extraversión, la escala N con 24 ítems también mide la estabilidad – inestabilidad y la escala de mentiras L con 9 ítems, el inventario se puede aplicar a personas mayores de 16 años, necesitando de 10 a 15 minutos para resolverla, el fue traducido y adaptado en 1971 por un

equipo de psicólogos en un grupo control de personas adultas, así mismo Anicama elabora baremos en 1974 del inventario corroborando los cuatro tipos de temperamento y su relación con los tipos de actividad nerviosa, por lo que en el trabajo de Daviran (2017) se indica que el inventario fue adaptado y traducido por un grupo de psicólogos del hospital Cayetano Heredia de Lima Metropolitana en personas como obreros, estudiantes y pacientes, con un análisis de criterio de jueces y con el método de validez clínico lo cual corrobora la validez para su aplicación.

3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): cuenta con 21 ítems de los cuales 14 nos proporciona información de la sintomatología fisiológica, 4 evalúa aspectos cognitivos y 3 los aspectos afectivos del paciente, mientras que 19 de ellos evalúan características de la angustia y el pánico, su aplicación es recomendada tanto para adolescentes como para adultos. Cada ítem tiene una puntuación del 0 al 3 en relación a la respuesta de la evaluada. Del 0-9 es una “ansiedad normal”, del 10-18 es igual a una “ansiedad leve”, del 19-29 “ansiedad moderada”, y se considera “ansiedad grave” si obtenemos una puntuación de 30-63 con, su aplicación tiene una duración de 10 minutos aproximadamente, los autores originales son Aaron T. Beck y Robert A. Steer. Con la finalidad de contrastar la confiabilidad Flores y Huamaní, (2020) realizan una prueba de ensayo en una muestra de trabajadores de la fuerza aérea de Lima Metropolitana, la cual tiene como resultado un Alfa de Cronbach de 0,817.

4. El test de pensamientos automáticos de Aaron Beck:, adaptado por Ruiz y Lujan, hace una evaluación de la frecuencia en los que se presentan pensamientos automáticos, está compuesto por 45 ítems, los cuales se califican en una escala de 0 a 3 de la siguiente manera (0) Nunca pienso en eso, (1) Algunas veces lo pienso, (2) Bastantes veces lo pienso, (3) Con mucha frecuencia lo pienso, la suma de la puntuación obtenida de cada tres ítems nos da a conocer una distorsión cognitiva, las cuales son un total de 15 según el test, si la puntuación total es de (0 a 2) no se producen emociones negativas en la vida, de (2 a 5) producen emociones

negativas importantes en la vida y de (6 a 9) produce sufrimiento emocional, está dirigido para personas mayores de 15 años de edad, su aplicación puede ser individual o colectiva, contando con un tiempo de 15 minutos aproximadamente para resolverlo. El inventario muestra un Alfa de Crombach de ,956 y una validez de 0.70 para evaluar los factores necesarios en población de estudiantes universitarios de Lima metropolitana (Villarrubia, 2019).

5. Inventario de preocupación de Pensilvania, cuya versión original es de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, tiene como objetivo evaluar la tendencia general de las personas a preocuparse o la preocupación-rasgo, nos brinda 16 ítems cuya medición se obtiene a través de intervalos del 1 al 5, donde 1= "nada", 2 = "algo", 3 = "regular", 4 = "bastante" y 5 = "mucho", dando como suma entre 16 a 80 puntos. Respecto al diagnóstico, si el puntaje es igual o mayor a 56 se considera como un punto de corte para considerar presente el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). El inventario presenta evidencias psicométricas en una muestra de adultos de Lima Metropolitana, con un Alfa de Crombach de .94, siendo la medida confiable (Carbonell & Tume, 2021)

6. Escala para el tamizaje y seguimiento del TAG (GAD - 7): está compuesta de 7 ítems, cada una con respuestas en escala Liker donde 0 = "Ningún día", 1 = "Varios días", 2 = "Más de la mitad de los días", y 3 = "Casi todos los días", dando una suma mínima de 0 y una suma máxima de 21. Teniendo como punto de corte de (0-4) No se aprecia ansiedad, (5-9) Se aprecian síntomas de ansiedad leve, (10-14) se aprecia síntomas de ansiedad moderada y (15-21) se aprecia síntomas de ansiedad severos, el instrumento muestra evidencia psicométrica en adultos peruanos, con un Alfa de Cronbach de 0.89 (Baños et al., 2022).

7. Escala de Habilidades sociales de Elena Gismero Gonzales: consta de 33 frases, que se dividen en 6 dimensiones; auto expresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, la escala

toma un tiempo de entre 10 a 16 minutos en responder, su aplicación puede ser individual o colectiva, su objetivo es determinar las dificultades y competencias de las personas en cuanto a sus habilidades sociales, cuenta con las siguientes alternativas de respuesta A = “No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”, B = “No tienen que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra”, C = “Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así”, D = “Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos (Delgado et al., 2016) aplicó la escala en una muestra de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana e indica que la validez de la escala presenta estructura interna y una buena estimación de confiabilidad por consistencia interna.

2.4.3. Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Nombre y Apellidos	: M. P. C.
Edad	: 45
Sexo	: Femenino
Lugar de Residencia	: Lima
Grado de Instrucción	: Técnico
Evaluador	: Analí Mora Vega
Fecha de informe	: 08/01/2021

Motivo de consulta. Mujer de 45 años de edad refiere sentir temblor en los brazos, presión en el pecho y aceleración de su corazón en cualquier momento del día sin razón aparente, dolores en la espalda y cuello para los cuales está realizando exámenes y pasando consulta médica, dolor a la altura de la mandíbula, problemas gastro intestinales, dificultad para conciliar el

sueño por las noches y levantarse en hora de las madrugada, observando marcas de sus uñas en las palmas de sus manos al despertarse por las mañanas y deseos de llorar en cualquier momento del día y por cualquier motivo, continúa con sus actividades cotidianas, sintiendo cansancio durante el día y mucho temor al contagio del virus Covid-19. Indica también sentir angustia y tristeza por la relación que tiene con su hija mayor quien se encuentra en provincia, por la salud de sus padres y familiares que también radican fuera de Lima, los estudios de su hijo menor, así como preocupación por su situación laboral y el no saber si encontrará un departamento el cual pueda adquirir con el monto económico que maneja

Observaciones generales de la evaluación. Persona adulta de sexo femenino, acude a consulta, derivada del consultorio de medicina, viste acorde a la estación, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, se expresa con un tono de voz moderado y sus pensamientos se encuentran dentro de su problemática actual. Desde el inicio de la consulta se torna llorosa narrando su problemática familia, laboral y económico, lo cual, indica, la torna preocupada la mayor parte del día, manteniendo la actitud mencionada en casi toda la primera entrevista, siendo que la predisposición de la paciente en las siguientes sesiones en las que se trabajó la anamnesis, la evaluación y tratamiento siempre fue positiva, mostrando interés y colaboración en lo realizado en las sesiones y en las actividades que se le designaba para realizar en su hogar.

Técnicas e instrumentos aplicados. Observación de conducta. Entrevista psicológica. Inventario de Personalidad de Eysenck Formato B. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Test de Pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan. Inventario de preocupación de Pensilvania. Escala para el tamizaje y seguimiento del trastorno de ansiedad generalizada (GAD - 7). Escala de Habilidades sociales de Elena Gismero Gonzales

Análisis de resultados. Estado de ánimo. la paciente presenta sintomatología ansiosa, evidenciando entumecimiento corporal, acaloramiento, dificultades para relajarse, mareos,

latidos fuertes y acelerados del corazón, temblor en las manos y piernas, sensación de ahogo, problemas digestivos, desvanecimientos y ruborización facial, así como temor, nerviosismo, inestabilidad, sensación de bloqueo, inquietud, miedo a perder el control y temor a morir, tornándose triste y preocupada por lo que sucederá en el futuro en aspectos de su salud, seguridad propios y de su familia, así como también a nivel económico y laboral.

Personalidad: la evaluada evidencia ser una persona introvertida e inestable, tendiendo a la melancólica, ya que suele mostrarse reservada y rígida, siendo pesimista ante situaciones del futuro, suele ser poco sociable y tranquila, generalmente se muestra ensimismada, así como nerviosa o ansiosa, tendiendo al enojo, relacionado con pensamientos distorsionados y repetitivos que la limitan en el desempeño normal de sus actividades cotidianas.

Pensamientos: en relación a las distorsiones cognitivas predominantes, evidencia; falacia de justicia, dentro de la entrevista y evaluación psicológica, indica estar en desacuerdo con la actitud de sus padres a la crianza que ella tenía hacia su hija mayor y refiere que ellos no tenían por qué actuar como lo hicieron, ellos nunca fueron del todo buenos conmigo, “es injusto que ellos me critiquen por como educo a mi hija, ellos no saben por todas las cosas que yo he pasado, no valoran lo que hago”, mientras que la distorsión cognitiva de visión catastrófica la refleja en situaciones de salud, por ejemplo, al sentir un dolor en el estómago ella piensa que puede ser algún tipo de cáncer el que puede tener o estar desarrollando, al hecho de que su hija no le conteste el celular ella considera que algo grave le ha podido suceder, como consecuencia de la pandemia, cada vez que su mamá o algún familiar de provincia la llama cree que alguien ha podido fallecer debido al Covid – 19, en relación a la sobre-generalización la evaluada indica que nadie valora los esfuerzos que ha realizado hasta la actualidad en relación a la crianza de sus hijos, lo cual hizo sola, sin el apoyo del padre de los mismos, también evidencia un pensamiento polarizado, porque considera que si las personas actúan de determinada manera es porque en realidad la quieren y aprecian, mientras que si no actúan de la manera en la que

ella espera es porque esa persona no la considera verdaderamente. Por ejemplo, si su hija la deja de llamar (ya que se encuentra radicando en provincia) por un tiempo prolongado que para ella pueden llegar a ser horas, es porque su hija en realidad no se preocupa por ella.

Habilidades sociales: En cuanto a su desempeño a nivel social, presenta dificultades para la interacción en contextos sociales, laborales y comerciales, así como para expresar opiniones y sentimientos propios, siendo poco asertiva en el reclamo de sus derechos, así también, muestra dificultades para expresar sus pensamientos y emociones ante situaciones que considera injustas, así como a negarse ante algún pedido con el cual no está de acuerdo, para evitar la desaprobación o rechazo de los demás, sobre todo de su familia directa.

Conclusiones

Evidencia sintomatología acorde al Trastorno de ansiedad generalizada

Muestra una personalidad con tendencia a la melancolía (introvertido - inestable).

Evidencia predominio de sesgos cognitivos que la tornan tensa y preocupada.

En lo social evidencia necesidad de aprobación y dificultad para expresar pensamientos y emociones.

Diagnóstico Funcional

Tabla 3

Análisis funcional del trastorno de ansiedad generalizada

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<p>Dificultades para conciliar el sueño y mantener el sueño por las noches, quedándose en la cama mirando televisión o tratando de leer un libro hasta las seis de la mañana, momento en el que prefiere levantarse a continuar con sus labores cotidianas.</p> <p>Llanto por toda la sintomatología ansiosa y al recordar el día en el que su hija se fue de la casa.</p> <p>Alzar la voz y contestar de manera irritable a su hijo cuando se siente enojada.</p> <p>Evitar salir de casa por el temor al contagio del cóvid y a la supervisión de su trabajo, ya que realizaba trabajo remoto.</p> <p>Temblor y sudoración de manos, temblor de piernas, latidos fuertes y acelerados del corazón, dolor muscular, mareos, sensación de ahogo, problemas digestivos, desvanecimientos y ruborización facial, sensación de bloqueo e inquietud</p> <p>“puedo desarrollar cáncer, seguro ya estoy en metástasis, quien va a ver a mis hijos”</p>	<p>Capacidad en la toma de decisiones en relación a su trabajo y para la compra de un departamento.</p> <p>Capacidad para realizar actividades cotidianas de manera independiente.</p> <p>Capacidad para mantener la atención y concentración en trámites documentarios pendientes.</p>	<p>Negarse, ante el pedido de dinero por parte de sus padres e hija.</p> <p>Comunicación asertiva con sus padres, hijos y hermana.</p> <p>Capacidad para tranquilizarse o relajarse</p>

“algo malo le ha podido suceder a mi hija, seguro ya está en el hospital grave por un accidente”.

“Alguien está mal de salud, de seguro mi papá o alguno de mis tíos está grave en el hospital”

“Si compro un departamento en la actualidad, me pueden estafar”

Tristeza porque siente que su familia no la valora, porque es criticada por sus padres y considera que recibe un mal trato de ellos y su hermana.

Miedo a que alguien de su familia se contagie de Covid y muera, especialmente su hijo que vive con ella y no habría quien los atienda, que su hija tenga algún accidente en cualquier momento y porque sus padres, tíos e hija se encuentran en provincia y cree que le sería difícil ayudarlos.

Enojo por la actitud de su hermana hacia ella, de quien recibe malos tratos y críticas con relación a su vida personal.

Tabla 4*Análisis funcional conductual descriptivo*

ESTIMULO DISCRIMINATIVO	RESPUESTA	ESTIMULO REFORZADOR
E. D. INTERNO	FISIOLÓGICA	E.R. EXTERNO
Sentir dolor a la altura de los ovarios	Dolor de espalda y cuello	Que su hija no le devuelva la llamada.
Sentir dolor de estómago	Temblor en los brazos	El mal trato que sus padres tienen hacia ella.
Recordar el trato que sus padres le dieron cuando era menor de edad.	Presión en el pecho	Los comentarios que hace su hermana sobre ella o su familia
Recordar la discusión que tuvo con su hermana hace algunos años	Aceleración de su corazón	
	Sudoración palmar	
	Dolor de estómago	
	Tensión en la mandíbula	
	EMOCIONAL	
	Miedo (10/10)	
	Enojo (10/10)	
	Tristeza (10/10)	
	Ansiedad (10/10)	
	Frustración (10/10)	
	PENSAMIENTO	

“Puedo desarrollar cáncer, seguro ya estoy en metástasis”

“Algo malo le ha podido suceder a mi hija, seguro ya está en el hospital grave por un accidente”

“Alguien está mal de salud, de seguro mi papá o alguno de mis tíos está grave en el hospital”.

“Mi familia no me valora, como es posible que me traten como lo hacen, después de todo lo que hago por ellos”

“mis padres van a pensar que soy una mala madre, tengo que hacer algo por el futuro de mi hija”

E. D. EXTERNO

Cuando su hija no le contesta el celular

Que su madre la llame por teléfono

Cuando alguien habla sobre su hermana

Cuando la llaman de su trabajo

Escuchar o ver en las noticias sobre estafas en la venta de departamentos.

CONDUCTA MOTORA

Dificultades para conciliar el sueño y mantener el sueño por las noches, optando por mirar televisión o leer un libro.

Llanto

Alzar la voz y contestar de manera irritable a su hijo

Evitar salir de casa

DIMENSIONES DE LA CONDUCTA

Frecuencia: 3 a 4 veces por semana (dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño)

E.R INTERNOS

Recordar y no comprender el porqué de toda la sintomatología ansiosa y dolores físicos que presentaba.

Recordar el día en el que su hija se fue de la casa a vivir a provincia.

de 3 a 4 veces al día (llanto)	Pensar que su hijo manifiesta
de 2 a 3 veces al día (alzar la voz y contestar de manera poco asertiva a su hijo cuando se siente enojada)	conductas con la finalidad de enojarla “Él hace las cosas a propósito”.
de 4 a 5 veces por semana (evitar salir de casa)	
Duración: Variable	Pensar “En cualquier momento llegan a supervisar de mi trabajo y si no me encuentran sería lo peor, van a pensar que soy irresponsable”
	Pensar “Tengo temor a contagiarme de covid 19 y de contagiar a mi hijo y que terminemos enfermos los dos, no hay quién nos cuide, él solo depende de mí”
	Piensa: “¿Y si soy víctima de estafa?”

Tabla 5*Análisis funcional cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
Sentir un dolor a la altura de los ovarios, estómago o colon.	<p>“Puedo desarrollar cáncer”</p> <p>“Seguro ya estoy en metástasis”</p> <p>“Quien va a ver a mis hijos”</p>	<p>Miedo (10/10)</p> <p>Dificultades para conciliar el sueño, levantándose en horas de la madrugada.</p> <p>Presión de manos, dejando marca de uñas en las palmas</p> <p>Llamar e insistir para que le den cita médica lo más pronto posible</p>
Su hija no le contesta el celular cuando la llama	<p>“Algo malo le ha podido suceder a mi hija, seguro ya está en el hospital grave por un accidente”</p>	<p>Ansiedad (10/10)</p> <p>Presión en el pecho, aceleración del corazón, dificultades de concentración.</p> <p>Llamarla insistentemente</p>

Cada vez que su madre la llama por teléfono.	“Alguien está mal de salud, de seguro mi papá o alguno de mis tíos está grave en el hospital”.	Miedo (10/10) Aceleración de su ritmo cardiaco y temblor en los brazos
	“Seguro quiere dinero, ¿porque no se lo piden a mi hermana?, a ella siempre la trataron bien, en cambio a mí no, ella es su preferida”	Enojo (10/10) Llanto
El control laboral, en cuanto al trabajo remoto que realizaba en la pandemia.	“En cualquier momento llegan a supervisar de mi trabajo y si no me encuentran sería lo peor, van a pensar que soy irresponsable”	Miedo (10/10) Dolores en la espalda, cuello, mandíbula, temblores en los brazos.
	“Tengo temor a contagiarme de covid 19 y de contagiar a mi hijo y que terminemos enfermos los dos, no hay quién nos cuide, él solo depende de mí”	Temor (10/10) Dolores musculares en el cuello, espalda y brazos No salir de casa.

Cuando ve los noticieros piensa las estafas en la venta de departamentos	“¿Y si soy víctima de estafa?”	Miedo (10/10) Tensión muscular en cuello y espalda Dificultad para conciliar el sueño
Cuando recibe críticas de sus padres por la crianza que le da a sus hijos	“Mi familia no me valoran, como es posible que me traten como lo hacen, después de todo lo que hago por ellos”	Tristeza (10/10) Frustración (10/10) Llanto, dolores musculares en los brazos, espalda, cuello y mandíbula
Su hija deja de estudiar en la universidad	“mis padres van a pensar que soy una mala madre, tengo que hacer algo por el futuro de mi hija” “él padre de mi hija debería hacerse cargo de esa deuda”	Frustración (10/10) Enojo (10/10) Temblor de brazos pago de la deuda universitaria

Diagnóstico tradicional: (CIE-10)**Tabla 6***Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1)*

Criterios CIE-10	Presentes en el paciente
El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:	La paciente indica presencia de sintomatología ansiosa desde hace más de seis meses.
a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).	Angustia, tristeza y preocupación ante posibles situaciones catastróficas personales y familiares.
b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).	Temblor en los brazos Presión en el pecho Aceleración del corazón Dolores en la espalda, cuello y a la altura de la mandíbula
c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).	Problemas gastro-intestinales Dificultad para conciliar el sueño

Recomendaciones

Iniciar terapia cognitivo conductual, con el objetivo de disminuir sintomatología ansiosa, así como trabajar en la reestructuración a nivel de pensamiento y entrenar conductas prosociales que ayuden a un mejor desenvolvimiento, sobre todo en el área familiar.

2.5. Intervención

Objetivos

- Objetivo General

Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de ansiedad generalizada en una mujer adulta.
- Objetivos específicos
 1. Disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad mediante el entrenamiento y aprendizaje de técnicas de relajación.
 2. Modificar el procesamiento de la información percibida en base a la reestructuración cognitiva.
 3. Incrementar conductas prosociales, en base al entrenamiento en comunicación asertiva y resolución constructiva de problemas.

Tabla 7

Plan de intervención y calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnicas de tratamiento
Fase de evaluación					
1°	21/12/20	45´	1 semana	Terapeuta y paciente	Entrevista, observación y evaluación psicológica
2°	29/12/20	45´	9 días	Terapeuta y paciente	Entrevista, observación y evaluación psicológica
3°	08/01/21	45´	14 días	Terapeuta y paciente	Entrega de informe psicológico, psico-educación y auto registro
Fase de Intervención					
4°	22/01/21	45´	6 días	Terapeuta y paciente	Respiración diafragmática

					Clasificando el grado de emoción y el grado de creencias en un pensamiento
5°	28/01/21	45´	6 días	Terapeuta y paciente	Psi coeducación Relajación muscular progresiva abreviada
6°	04/02/21	45´	17 días	Terapeuta y paciente	Psi coeducación Detención de pensamiento
7°	17/02/21	45´	8 días	Terapeuta y paciente	Psi coeducación Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos
8°	25/02/21	45´	17 días	Terapeuta y paciente	Descubrimiento guiado
9°	13/03/21	45´	5 días	Terapeuta y paciente	Descubrimiento guiado
10°	17/03/21	45´	1 semana	Terapeuta y paciente	Inducción de la preocupación y decatastrofización Flecha descendente
11°	24/03/21	45´	1 semana	Terapeuta y paciente	Psicoeducación Modelado Role playing
12°	02/04/21	45´	1 mes	Terapeuta y paciente	Psicoeducación Entrenamiento en resolución de problemas Fase de seguimiento
13°	03/05/21	45´	1 mes	Terapeuta y paciente	Prevención de recaídas y Evaluación Post - test
14°	07/06/21	45´	1 mes	Terapeuta y paciente	Prevención de recaídas y Evaluación Post - test
15°	08/07/21	45´	1 mes	Terapeuta y paciente	Psi coeducación
16°	09/08/21	45´	1 mes	Terapeuta y paciente	Psi coeducación

Programa de intervención

Tabla 8

Sesión 1: Entrevista, observación y evaluación psicológica

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Registro del motivo de consulta, sintomatología de la paciente, parte de la anamnesis y aplicación de test psicométricos.	Inicio	Se recibe a la paciente en el consultorio, invitándola a tomar asiento, entablando el rapport en todo momento.	Formato de anamnesis.	5'	Entrevista, observación de conducta y evaluación psicológica
	Desarrollo	Se toma nota de datos generales, se pregunta sobre el motivo de consulta y parte de su historia de vida. Se aplica los siguientes test psicométricos: Escala para el tamizaje y seguimiento del trastorno de ansiedad generalizada (GAD - 7) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Inventario de Personalidad de Eysenck	Formato de Test psicológicos	35'	
	Cierre	Se brinda información sobre la terapia cognitivo conductual y se facilita formato de consentimiento informado para continuar con la evaluación y tratamiento.	Formato de consentimiento informado	5'	

Tabla 9*Sesión 2: Entrevista, observación de conducta y evaluación psicológica*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Culminar anamnesis y aplicación de test psicométricos.	Inicio:	Se recibe a la paciente y se indica el proceso de la sesión, entablando una buena relación terapéutica.	Formato de anamnesis	5'	Entrevista, observación y evaluación psicológica
	Desarrollo:	Se continúa y culmina con la toma de información sobre la anamnesis de la paciente. Se aplica los siguientes test psicométricos: Inventario de preocupación de Pensilvania Test de Pensamientos automáticos. Escala de Habilidades sociales.	Formato de Test psicológicos	35'	
	Cierre:	Se brinda información sobre la terapia cognitivo conductual, en que consiste y el número de sesiones aproximadas en las que se realizará el tratamiento.		5'	

Tabla 10

Sesión 3: Entrega de informe psicológico, psico-educación sobre la ansiedad y auto-registro

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrega de resultados, psicoeducación sobre el funcionamiento de la ansiedad e introducción al auto-registro.	Inicio:	Se recibe a la paciente en el consultorio creando rapport para la explicación de resultados	Informe psicológico	5'	Psi coeducación
	Desarrollo:	Entrega y explicación de resultados, mediante informe psicológico, informar sobre las características del Trastorno de Ansiedad Generalizado, así como la repercusión física de la ansiedad en el organismo. Y explicación del auto-registro, indicando anotar en la primera columna las situaciones que más le preocupan, en la segunda especificar la emoción y en tercera el pensamiento que surge ante esa emoción, considerando también la frecuencia de las preocupaciones.	Computadora Formato de Auto registro	35'	Auto registro Respiración diafragmática
	Cierre:	Se indica a la paciente que tiene como actividad a desarrollar en casa el auto registro según lo indicado en la sesión.		5''	

Tabla 11*Sesión 4: Técnica de relajación y auto-registro*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprender técnicas para la disminución de los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad y aprender a ubicar la intensidad en las emociones.	Inicio:	La terapeuta revisa la tarea asignada en la sesión anterior y absuelve preguntas de la paciente.	Formato de auto registro Computadora	5'	Psico-educación
	Desarrollo	La terapeuta realiza el modelado de la respiración diafragmática, indicando que el ejercicio se realiza colocando una mano en el pecho y la otra sobre el estómago, tomando el aire por la nariz, llevándolo al estómago y exhalando por la boca, luego se indica a la usuaria que repita cinco veces el ejercicio. Luego se guía a la paciente, utilizando su auto-registro, a ubicar la intensidad de sus emociones, brindándole la escala del 1 al 10, indicándole que 0 es un indicativo de ausencia de la emoción, mientras que un 2 es leve, un 5 es moderada, un 7 es mucha y 10 indica que esta emoción es abrumadora.	Silla	35'	Respiración diafragmática
	Cierre:	Se indica al paciente realizar el ejercicio en casa todos los días antes de irse a dormir y continuar con el auto registro.		5'	Clasificando el grado de emoción y el grado de creencias en un pensamiento

Tabla 12*Sesión 5: Relajación muscular progresiva abreviada*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprender técnica de relajación para la disminución de los síntomas fisiológicos asociados a la ansiedad.	Inicio:	Se pregunta a la paciente sobre la realización de las actividades en casa, acordadas en la sesión anterior, y se explica la importancia del auto-registro.	Una silla	5'	Psi coeducación
	Desarrollo:	La terapeuta explica la importancia de la técnica a realizar y luego muestra a la usuaria cómo se desarrolla el ejercicio tensando y relajando los músculos del rostro, indicando repita lo observado, de ese modo se continúa con la tensión por (10 segundos) y relajación (20 segundos) de los músculos en las áreas del cuerpo en las que la usuaria presenta mayor tensión, guiándola a pensar en la palabra relax al momento de exhalar el aire mientras relaja los músculos. Al culminar el ejercicio se realiza la práctica de la respiración diafragmática	Formato de Autor registro	35'	Relajación muscular progresiva abreviada
	Cierre:	Se realiza retroalimentación y se indica el llenado del auto-registro relacionado al ejercicio de la relajación.		5'	

Tabla 13*Sesión 6: Detención del pensamiento*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenamiento en la técnica de detención del pensamiento para disminuir frecuencia de pensamientos intrusivos.	Inicio:	Retroalimentación de la sesión anterior.	Silla	5'	Psi coeducación
	Desarrollo:	Se informa sobre lo que es los pensamientos automáticos y se explica el objetivo de la técnica, luego la usuaria elabora una lista de pensamientos que le generan malestar, considerando la intensidad y otra lista que la relaje, luego se realiza la demostración indicando “cierre los ojos, describiré una escena en la que esté incluido uno de los pensamientos desagradables, Ud. levantará la mano tan pronto como empiece el pensamiento desagradable sin considerar muchos detalles del mismo”, luego que la usuaria levanta la mano la terapeuta grita fuertemente ¡alto! y pregunta sobre lo sucedido con el pensamiento, se repite la técnica con un pensamiento que incluya más detalles, se vuelve a repetir la técnica pero en esta oportunidad la usuaria es la que verbaliza la palabra ¡alto! y menciona los pensamientos alternativos de relajo.		35'	Detención del pensamiento
	Cierre:	Se realiza la retroalimentación del ejercicio y se le indica practicarlos en casa.		5'	

Tabla 14

Sesión 7: Reestructuración cognitiva – diferenciando eventos, pensamientos y emociones

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenamiento en la identificación de las distorsiones cognitivas más frecuentes en el TAG	Inicio:	Se pregunta a la paciente el número de veces aproximadas que realizó la técnica aprendida la sesión anterior.	Auto registro	5'	Psi coeducación
	Desarrollo:	Con uno de los ejemplos anotado por la paciente en el auto registro se procede a explicar la diferencia entre situación, pensamiento y emoción, indicando “lo que nos interesa es saber cómo piensa y siente ante lo que sucede en su vida, por ejemplo, cada vez que su madre la llama por teléfono, usted indica sentirse nerviosa”. En este punto se entiende que un evento es el que produce la emoción, por tanto, la terapeuta indaga en la interpretación del evento, preguntando ¿la reacción de otra persona podría ser distinta ante esta misma situación?, la respuesta de la paciente fue “supongo que sí”, es entonces que se le explica que ella tiene un modo de pensar específico, lo cual la hace sentir ansiedad, y que ante un mismo acontecimiento pueden existir dos reacciones diferentes porque las personas tenemos diferentes formas de pensar y algunos de esos pensamientos son distorsiones cognitivas, brindando información sobre las mismas.	Lista de distorsiones cognitivas y ejemplos	35'	Diferenciando eventos, pensamiento y sentimientos
	Cierre:	Se realiza una retroalimentación del ejercicio, dejando como tarea que el objetivo es identificar qué tipo de interpretación le está dando a los sucesos, lo que anotará en el auto-registro.		5'	

Tabla 15*Sesión 8: Reestructuración cognitiva – descubrimiento guiado*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprendizaje de respuesta racional y resultado alternativo más adaptativo	Inicio:	Retroalimentación de la sesión anterior.	Formato del Auto registro	5'	
	Desarrollo:	<p>La terapeuta toma como ejemplo el pensamiento “Algo malo le ha podido suceder a mi hija, seguro ya está en el hospital grave por un accidente”, del auto registro.</p> <p>Terapeuta: ¿Cuál es la evidencia que tiene para pensar eso? Paciente: Es mi hija y tengo mucho miedo que algo le suceda. Terapeuta: ¿Qué otras alternativas existen para que su hija no le conteste el celular? Paciente: no lo sé Terapeuta: ¿Qué siente al pensar que algo malo le ha podido suceder a su hija? Paciente: me pongo nerviosa</p> <p>De esta forma se va guiando a la usuaria, mediante preguntas, a encontrar alternativas diferentes de interpretación ante situaciones que le generan preocupación, agregando dos columnas a su auto-registro para considerar las alternativas de pensamiento y ver los resultados.</p>		35'	Descubrimiento guiado
	Cierre:	Se realiza la retroalimentación del ejercicio y se le recuerda a la usuaria la importancia de practica las técnicas psicológicas en casa.		5'	

Tabla 16

Sesión 9: Reestructuración cognitiva – descubrimiento guiado

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Entrenamiento de respuesta racional y resultado alternativo más adaptativo	<p>Inicio:</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Cierre:</p>	<p>La terapeuta realiza retroalimentación sobre lo trabajado en la sesión anterior.</p> <p>La terapeuta toma como ejemplo el pensamiento “Mi familia no me valoran, como es posible que me traten como lo hacen, después de todo lo que hago por ellos”, del auto registro.</p> <p>Terapeuta: ¿Cuál es la evidencia que tiene para pensar eso?</p> <p>Paciente: Mis padres siempre me critican y no <i>debería</i> ser así.</p> <p>Terapeuta: ¿Qué otras alternativas existen para que sus padres actúen de esa manera?</p> <p>Paciente: no lo sé, ellos siempre han sido así conmigo</p> <p>Terapeuta: ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esa manera?</p> <p>Paciente: siento frustración</p> <p>De esta forma se va guiando a la usuaria, mediante preguntas, a encontrar alternativas diferentes de interpretación ante determinada situación, utilizando los dos apartados agregados a su auto-registro,</p>	<p>Formato del Auto registro</p>	<p>5’</p> <p>35’</p> <p>5’</p>	<p>Descubrimiento guiado</p>

Tabla 17

Sesión 10: Reestructuración cognitiva – inducción a la preocupación de decatastrofización.

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprender respuestas hipotéticas ante la ocurrencia del peor escenario posible	Inicio:	La terapeuta realiza una breve retroalimentación de la sesión anterior.	Formato del Auto registro	5'	Inducción de la preocupación y decatastrofización
	Desarrollo	La terapeuta induce a la paciente a la preocupación utilizando como técnica la flecha descendente, preguntando ¿cuál es su mayor preocupación? Paciente: Tener cáncer Terapeuta: ¿Qué es lo que le preocupa en relación al cáncer? Paciente: podría morirme Terapeuta: ¿Qué es lo que teme de ese posible suceso? Paciente: Nadie vería por mis hijos, ¿qué sería de ellos? Luego se trabaja la decatastrofización haciendo que la paciente confronte hipotéticamente ese temor, proponiendo algunas respuestas ante su peor temor.		35'	
	Cierre:	Se realiza una retroalimentación del ejercicio, dejando como indicación continuar con el llenado del auto-registro			5'

Tabla 18*Sesión 11: Entrenamiento en comunicación asertiva*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Aprendizaje de una comunicación asertiva para mejorar la relación con su familia	Inicio:	Se realiza una breve retroalimentación de la sesión anterior.	Computadora	5'	Psico educación
	Desarrollo:	Se muestra un video sobre los estilos de comunicación y se comenta con la usuaria como se realiza una comunicación más efectiva, utilizando la asertividad, poniendo como ejemplo las veces en la que su madre le solicita dinero y la paciente tiene dificultades para negarse a ello, llevándola a realizar la dinámica entre ella y su madre, para luego practicar la comunicación asertiva en ese caso específico, la terapeuta corrige y refuerza a la usuaria en el desempeño del ejercicio, manteniendo un ambiente informal y alegre, con la finalidad que la usuaria no sienta incomodidad al sobre actuar, explicándole que la práctica asertiva de las conductas ayuda en la disminución de la ansiedad. Se realiza el mismo ejercicio con un ejemplo de su hija y otro de su hijo	Video titulado Definición de comunicación : agresivo, pasivo y asertivo	35'	Modelado Role playing
	Cierre:	Se realiza la retroalimentación del ejercicio indicando a la usuaria y que practique en casa lo aprendido.		5'	

Tabla 19*Sesión 12: Entrenamiento en resolución de problemas*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Incrementar la habilidad para identificar y resolver problemas familiares, laborales y económicos.	Inicio:	Se realiza retroalimentación de la sesión anterior.		5'	Psicoeducación
	Desarrollo:	Se explica a la paciente el concepto de problemas y que es necesario seguir algunos pasos para resolverlos. El terapeuta orienta a la paciente en adoptar una actitud positiva y optimista hacia el problema, luego guía en la definición y formulación del problema identificando la situación, persona o pensamiento, siguiendo con la elaboración de varias alternativas de solución indicando que estas deben ser lo más realistas posible, para luego iniciar con la toma de decisiones observando las ventajas y desventajas del mismo, culminando con la indicación de poner en práctica lo elaborado.		35'	Entrenamiento en resolución de problemas
	Cierre:	Se realiza la retroalimentación del ejercicio y se indica aplicar la técnica cuando considere encontrarse en una situación problema.		5'	

Tabla 20*Sesión 13: Prevención de recaídas y evaluación Post Test*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Consolidar lo aprendido durante las sesiones psicológicas y realización de post test	Inicio:	Se realiza retroalimentación de la sesión anterior	Formatos de Test	5'	Psicoeducación
	Desarrollo:	Se recuerda a la paciente todas las técnicas realizadas a lo largo de las sesiones, haciéndole saber la importancia de mantenerlas, practicándolas, indicarle que puede volver a tener algún otro problema que haga que sus síntomas reaparezcan, pero que, contará con las herramientas psicológicas necesarias para identificarlas y afrontarlas. Se realizan post test. Escala para el tamizaje y seguimiento del trastorno de ansiedad generalizada (GAD - 7) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)		35'	
	Cierre:	Se indica que continúe con la práctica de las técnicas aprendidas en las sesiones.		5'	

Tabla 21*Sesión 14: Prevención de recaídas y término de evaluación Post Test*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Consolidar lo aprendido durante las sesiones psicológicas, corroborando el aprendizaje de las técnicas psicológicas y culminar post test	Inicio:	Se realiza retroalimentación de la sesión anterior	Formatos de Test	5'	Psicoeducación
	Desarrollo:	Se monitorea lo aprendido por la usuaria preguntándole sobre alguna situación ansiosa por la que haya pasado y como la afrontó. Se revisa el auto registro para mostrarle el avance alcanzado hasta la presente sesión y se explica que puede existir alguna recaída pero que tiene las técnicas psicológicas para afrontarlas mejor que antes de la terapia. Se culmina con la aplicación de post test: Inventario de preocupación de Pensilvania Test de Pensamientos automáticos. Escala de Habilidades sociales.		35'	
	Cierre:	Se le indica que se continuará con sesiones de seguimiento mensual, para supervisar su caso.		5'	

Tabla 22*Sesión 15: Reforzar la comunicación asertiva*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reforzar el aprendizaje en comunicación asertiva para mejorar la relación con su familia	Inicio:	Se da la bienvenida, se entabla rapport para iniciar la sesión		5'	
	Desarrollo:	La terapeuta realiza preguntas indagando las diferentes áreas de vida de la paciente, quien indica que la comunicación con su madre e hijos a mejorado, sin embargo, la última vez que converso con su hija la dinámica no fue tan buena, por lo que se procede a reforzar el conocimiento sobre los estilos de comunicación y a realizar la práctica de una comunicación asertiva a través del juego de roles tomando como ejemplo lo mencionado por la paciente. Se recuerda a la usuaria que pueden existir recaídas pero que tiene las herramientas psicológicas para poder afrontarlas.		35'	Psicoeducación Role playing
	Cierre:	Se coordina siguiente cita.		5'	

Tabla 23*Sesión 16: Monitoreo de técnicas psicológicas aprendidas*

Objetivo	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Reforzar conocimiento de técnicas psicológicas aprendidas y entrenadas en la terapia	Inicio:	Se da la bienvenida, se entabla rapport para iniciar la sesión		5'	Psicoeducación
	Desarrollo:	La terapeuta indaga sobre la práctica de las técnicas psicológicas en la paciente, quien refiere que la comunicación con su familia ha mejorado, refiere también que sus horas de sueño han incrementado y que la interpretación que le da a algunos sucesos de su vida cotidiana ya no le genera malestar un malestar y se siente mejor realizando sus actividades cotidianas. Se hace un resumen de las técnicas psicológicas aprendidas y entrenadas en las sesiones y se refuerza el hecho que reconozca el avance que ha obtenido en ellas, recordándole que puede existir alguna situación que le genere malestar pero que lo aprendido le ayudara a manejar mejor aquellos eventos.		30'	
	Cierre:	Recordar a la paciente que tiene la confianza de solicitar ayuda psicológica cuando la necesite.		10'	

III. RESULTADOS

A continuación, se podrá observar tablas y figuras con los resultados del pre y post test del tratamiento Cognitivo Conductual aplicado en una usuaria con sintomatología de TAG, en las cuales se evidencia una disminución de la sintomatología ansiosa de la paciente.

3.1. Resultados pre y post intervención

En la Tabla 24 se muestra que, en la aplicación del pretest del Inventario de preocupación de Pensilvania, la paciente obtuvo una puntuación igual a 66, lo cual indicó la presencia de sintomatología del TAG, mientras que en el post test se observa una puntuación de 28, lo cual indica que no presenta sintomatología del TAG.

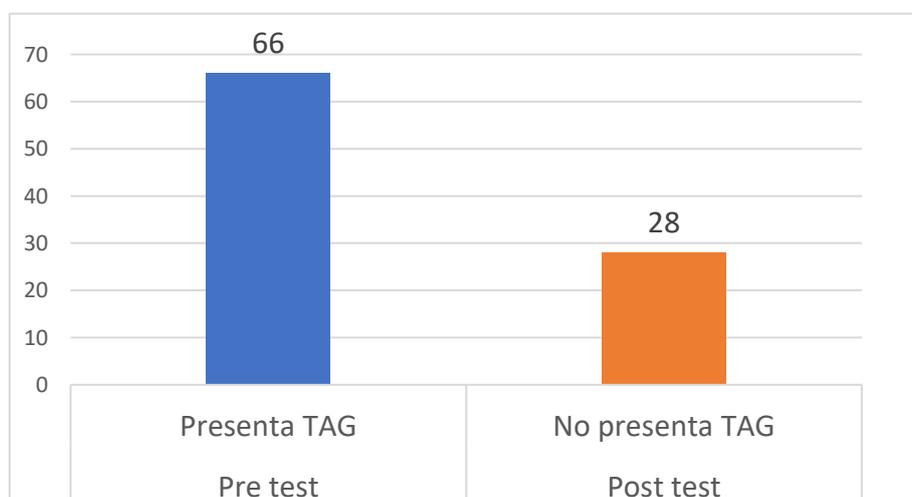
Tabla 24

Resultado del Inventario de preocupación de Pensilvania

Evaluación	Pre test	Post test
Según el punto de corte	Presenta TAG	No presenta TAG
Puntajes	66	28

Figura 1

Resultados del Inventario de preocupación de Pensilvania pre y post



En la Tabla 25 se observa la disminución entre los puntajes pre y post test de la escala para tamizaje y seguimiento del trastorno de ansiedad generalizada GAD – 7, antes de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual se aprecia síntomas de ansiedad severos con un puntaje de 20, mientras que después del tratamiento no se aprecia sintomatología ansiosa relacionada con el TAG, siendo 2 el puntaje obtenido por la usuaria en la escala.

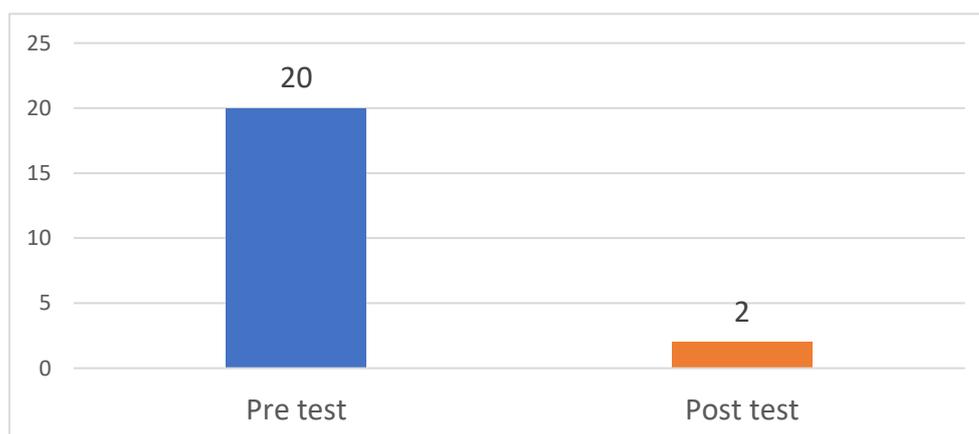
Tabla 25

Resultado de la escala para tamizaje y seguimiento del trastorno de ansiedad generalizada GAD – 7

Evaluación	Pre test	Post test
Puntos de corte	Se aprecia síntomas de ansiedad severos	No se aprecia ansiedad
Total	20	2

Figura 2

Resultados de la escala GAD - 7



En la Tabla 26 se observa los resultados de la aplicación del Inventario de ansiedad de Beck (BAI), se puede observar una disminución en la sintomatología ansiosa, siendo que en la aplicación del test antes del tratamiento la usuaria obtuvo un puntaje igual a 57 por lo que se le

considera en un nivel de ansiedad severo, mientras que en el post test observamos una puntuación igual a 4 lo cual la ubica dentro de una sintomatología ansiosa dentro de lo normal.

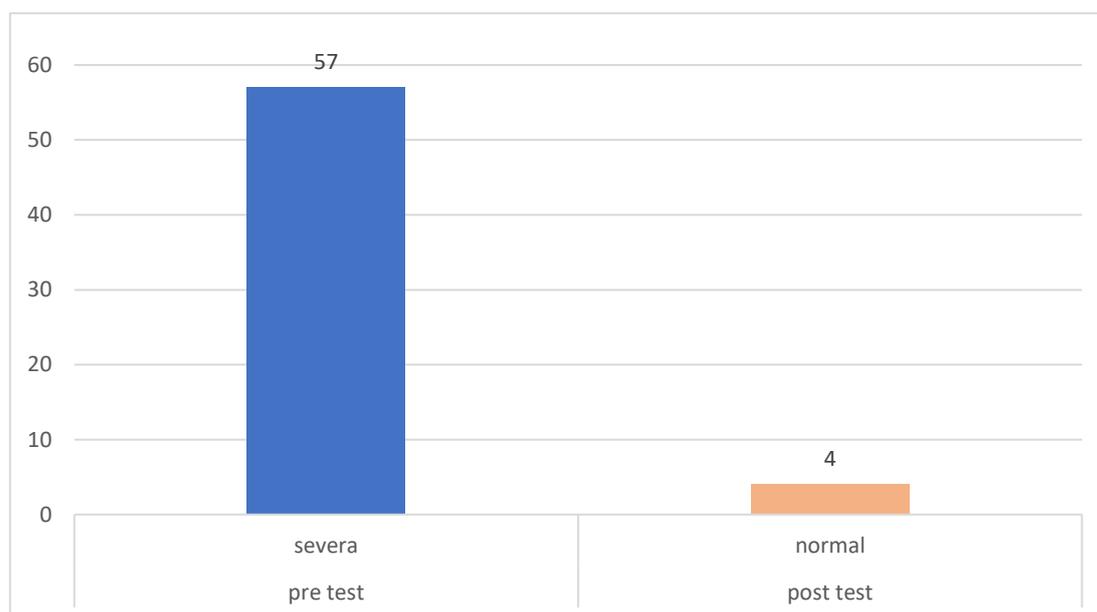
Tabla 26

Resultado de la aplicación del Inventario de ansiedad de Beck

Evaluación	Pre test	Post test
Nivel de ansiedad	severa	normal
Puntaje obtenido	57	4

Figura 3

Resultado del Inventario de Ansiedad de Beck pre y post test



En la Tabla 27 se visualiza los resultados del test de pensamientos automáticos, al inicio del tratamiento se observa un predominio en distorsiones cognitivas que producen sufrimiento emocional, siendo 9 el puntaje máximo en pensamiento polarizado, sobre generalización, visión catastrófica y falacia de justicia, mientras que en los resultados del post test se observa

una disminución considerable en la puntuación de estas distorsiones cognitivas, lo cual indica que no producen emociones negativas en la vida de la paciente.

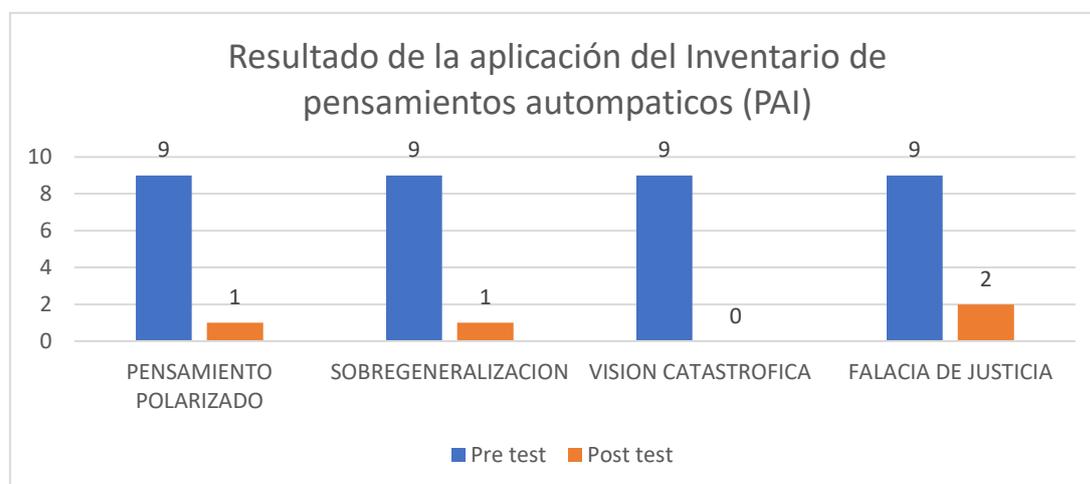
Tabla 27

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos

Resultado de la aplicación del Inventario de pensamientos automáticos (PAI)		
TIPOS DE DISTORSIÓN	Pre test	Post test
Pensamiento polarizado	9	1
Sobre Generalización	9	1
Visión Catastrofica	9	0
Falacia de Justicia	9	2

Figura 4

Resultado del Inventario de Pensamientos Automáticos



En la Tabla 28 se observa que en el pre test de la escala de habilidades sociales la usuaria obtuvo puntajes bajos en las áreas de expresión de enfado, decir no y hacer peticiones, lo cual indica una inadecuada aserción de las mismas, sin embargo, en el post test se evidencia un incremento en la puntuación lo cual indica un mejor manejo en las áreas mencionadas.

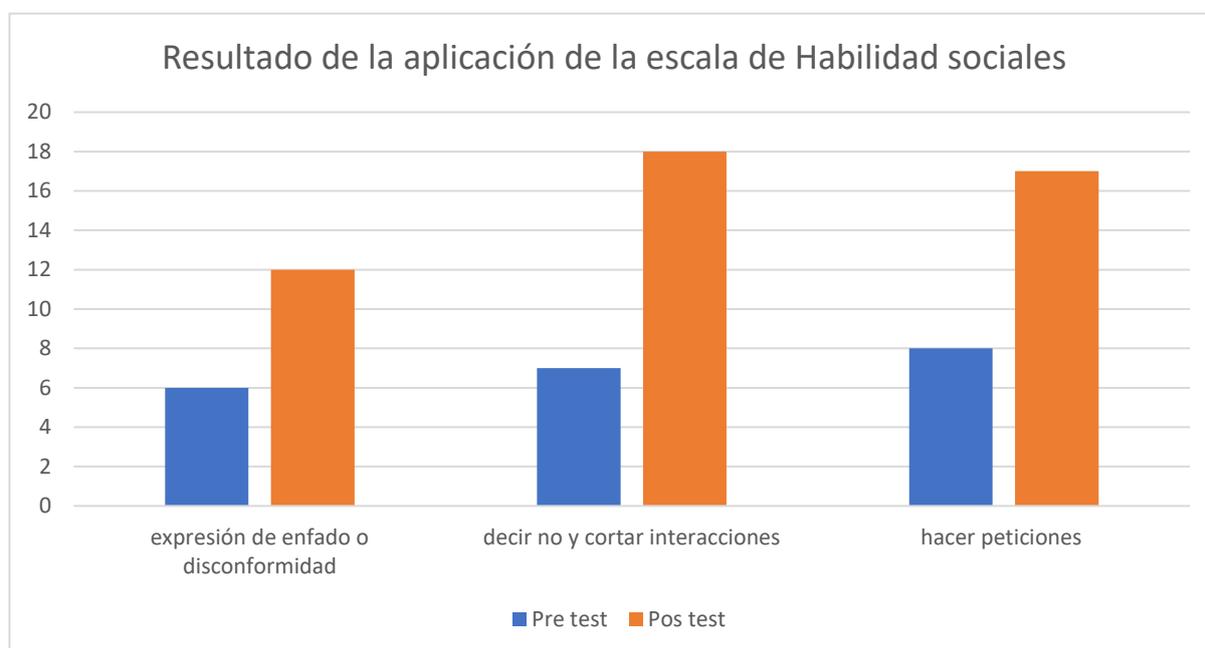
Tabla 28

Resultado de la escala de habilidades sociales de Elena Gismero Gonzales pre y post test

Dimensiones	Pre test	Post test
Expresión de enfado o disconformidad	6	12
Decir no y cortar interacciones	7	18
Hacer peticiones	8	17

Figura 5

Resultado de la Escala de Habilidades sociales pre y post test



En la Tabla 29 se observar una disminución en la frecuencia de los pensamientos que generaban sintomatología ansiosa en la paciente, los cuales están relacionados con su entorno familiar, la salud, el trabajo y la economía.

Tabla 29*Auto-registro de frecuencia de pensamientos antes y después del tratamiento*

Pensamientos	Fase	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
"Puedo desarrollar cáncer, seguro ya estoy en metástasis, quien va a ver por mis hijos"	Pre	12	12	12	12	12	12	12	84
	Post	3	2	3	2	2	2	2	16
"algo malo le ha podido suceder a mi hija, de seguro ya está en el hospital grave por un accidente"	Pre	15	15	15	15	15	15	15	105
	Post	2	2	2	2	2	2	2	14
"si es mi hermana, como puede tratarme así si soy de su sangre, yo que la he apoyado tanto"	Pre	10	15	10	15	15	10	10	85
	Post	1	0	1	0	0	0	1	3
"algo malo le ha pasado a mi madre o a mi padre, seguro están mal de salud"	Pre	15	15	15	15	15	15	15	105
	Post	2	2	2	2	2	2	2	14
"que van a pensar de mí en mi trabajo si llego tarde", "tengo que apoyar al máximo si no que pueden pensar de mi"	Pre	8	12	10	10	15	15	8	78
	Post	3	3	3	3	3	2	1	18
"si compro un departamento ahorita me podrían estafar"	Pre	10	10	12	10	12	12	10	76
	Post	2	2	2	2	2	2	2	14

Figura 6*Resultados en relación a la frecuencia de pensamientos*

En la Tabla 30 se observa la diferencia entre las unidades subjetivas de ansiedad antes del tratamiento y post aplicación de la terapia Cognitivo conductual, la cual ha logrado disminuir la sintomatología de la ansiedad.

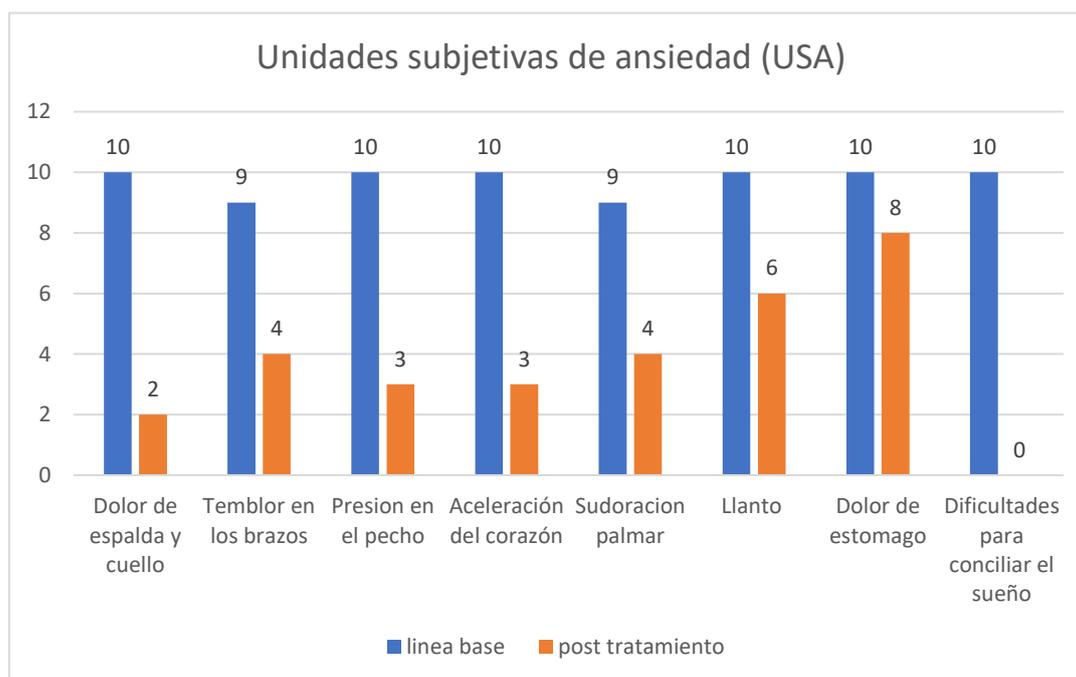
Tabla 30

Línea base del registro de unidades subjetivas de ansiedad (USA)

Sintomatología	pre test	post test
Dolor de espalda y cuello	10	2
Temblor en los brazos	9	4
Presión en el pecho	10	3
Aceleración del corazón	10	3
Sudoración palmar	9	4
Llanto	10	6
Dolor de estómago	10	8
Dificultades para conciliar el sueño	10	0

Figura 7

Línea base de sintomatología ansiosa pre y post test



3.2. Discusión de resultados

El presente estudio de caso tuvo como objetivo general aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de ansiedad generalizada en una mujer adulta, lo cual se logró ya que la usuaria muestra cambios cognitivos, emocionales y conductuales, los cuales se asemejan a los resultados obtenidos por Velasco (2022) quien de la misma forma aplicó la TCC a una mujer adulta con TAG obteniendo como resultado que la paciente redujera sus niveles de ansiedad, disminuyera creencias irracionales e incorporara habilidades de afrontamiento, lo cual conlleva a demostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual.

Así mismo el primer objetivo específico planteado fue disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad mediante el entrenamiento y aprendizaje de técnicas de relajación como la respiración diafragmática y la relajación muscular, objetivo que se logró, así como comparte (Huamaní,2022; Santiago, 2022) quienes utilizan las mismas técnicas en mujeres con sintomatología de TAG, con la misma finalidad, obteniendo ambos autores resultados positivos en cada uno de sus casos, cabe mencionar que la psico-educación se utilizó tanto en el presente trabajo como en los trabajos en mención.

Como segundo objetivo específico se planteó modificar el procesamiento de la información percibida en base a la reestructuración cognitiva logrando que la paciente disminuya la frecuencia de las preocupaciones, identifique y modifique distorsiones cognitivas y confronte hipotéticamente sus peores temores, esto coincide con lo compartido por (Calero, 2022; Berdazo, et al. 2022; Maraví, 2020; Valles, 2023) quienes utilizaron técnicas como la flecha descendente, y trabajaron en la modificación de pensamientos catastróficos y de magnificación, así como la reestructuración cognitiva para detectar, controlar y modificar distorsiones cognitivas, obteniendo todos buenos resultados, lo cual también ayuda a demostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual.

El tercer objetivo específico fue incrementar conductas pro sociales, en base al cambio conductual dirigido, para lo cual se utilizó la psico-educación, el modelado y role playing, obteniendo buenos resultados en cuanto a una mejora del manejo en la comunicación asertiva con sus familiares, algunas de estas técnicas son corroboradas por Espinoza (2019), quien obtuvo resultados positivos, en la aplicación de tratamiento de TCC, con la finalidad de generar estabilidad en una mujer adulta de 57 años de edad con trastorno de ansiedad generalizada.

Si bien los resultados fueron efectivos, este es un diseño de caso único por lo cual no se puede generalizar los resultados a todos los casos de personas con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La limitación que se presentó en el proceso del trabajo fue la necesidad de llevar a cabo algunas sesiones de manera virtual, en las cuales se presentaron problemas con la conectividad del internet antes y durante la sesión, lo cual no permitía enviar y recibir mensajes claros y comprensibles, haciendo perder tiempo valioso que se podía haber empleado en la sesión psicológica.

3.3. Seguimiento

Se programaron cuatro sesiones de seguimiento, una vez al mes, con el objetivo de monitorear el mantenimiento de las técnicas psicológicas aprendidas, una de ellas se llevó a cabo de manera virtual vía zoom ya que la usuaria se encontraba de viaje en provincia por motivos familiares.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Se logró disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad mediante la respiración diafragmática y la relajación progresiva muscular.
- 4.2 Se logró modificar el procesamiento de la información percibida en base a la reestructuración cognitiva.
- 4.3 Se logró incrementar conductas prosociales, base al entrenamiento en comunicación asertiva y resolución constructiva de problemas.
- 4.4 La paciente mostró interés y predisposición para la realización de las actividades encomendadas dentro de la terapia, lo cual es importante para el logro de los objetivos planteados.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Aplicar la técnica de relajación muscular progresiva para disminuir los niveles de ansiedad en casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y la paciente evite los momentos que le generen el problema que se encontraba pasando.
- 5.2 Trabajar en la reestructuración cognitiva de la paciente para que la interpretación que le dé a la realidad no le genere tanto malestar emocional y así haya mejora en sus relaciones interpersonales.
- 5.3 Desarrollar programas de entrenamiento en conductas prosociales en pacientes con TAG, que les permita una mayor flexibilidad en su toma de decisiones y mejore en sus habilidades para la comunicación asertiva.
- 5.4 Realizar sesiones psicológicas de manera presencial para identificar de mejor forma las emociones que el paciente no puede expresar verbalmente, esto también ayudará a expresar otros momentos de su vida para un mejor entendimiento del problema.
- 5.5 Establecer junto al paciente los objetivos del trabajo terapéutico y aclarar sus expectativas, con el fin de desarrollar el proceso de la intervención.
- 5.6 Desarrollar buena empatía por parte del terapeuta Cognitivo Conductual y tener pleno conocimiento y dominio de las técnicas psicológicas necesarias para una eficiente intervención terapéutica que logre satisfacer las expectativas del paciente en cuanto al motivo de consulta.

VI. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). (5ª ed.). Médica panamericana.
- Arias, M. (2021). *Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad más frecuentes, en adultos mayores de 18 años en el servicio de consulta externa del Hospital Universitario Nacional*. [Tesis de especialidad en psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Colombia.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/81083/1053823352.2021%20-%20Maria%20Angelica%20Arias%20Pineda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada: guía para el terapeuta*. Síntesis.
- Baños-Chaparro, J., Lamas-Delgado, F., Ynquillay-Lima, P., Jacobi-Romero, D. J., y Fuster-Guillen, F. G. (2022). Evaluación de síntomas de ansiedad: evidencias psicométricas del Generalized Anxiety Disorder-7 en adultos peruanos. *Duazary*, 19(4), 258–270.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.4986>
- Berdazo, D., Hernández, A. y Gonzáles, J. (2023). Trastorno de ansiedad generalizada. Un estudio de caso desde la terapia cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4), 1419-1435.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi224j.pdf>
- Calero, Y. (2022). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una madre de una niña con trastorno del espectro autista*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6258>

- Carretero, A. (2022). *Un caso de trastorno de ansiedad generalizada y ataques de pánico*. [Máster universitario, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio institucional Titula de la UEN. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2245>
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2016). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*. Ediciones B Argentina S. A.
<https://books.google.com.pe/books?id=y1NJDQAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Clark, A. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Clark, A. y Beck, A. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: la solución cognitiva conductual*. Desclée de Brouwer.
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Cúpula*, 35(1) 23-36.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Coronado, S. (2022). *Estudio del caso M. tratamiento cognitivo conductual en ansiedad generalizada con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad*. [Máster universitario, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio institucional Titula de la Universidad Europea de Madrid. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2259>
- Daviran, L. (2017). *Personalidad y estilos de aprendizaje en los estudiantes del cuarto y quinto grado de secundaria de una institución educativa de Cusco 2016*. [Tesis para optar la licenciatura en psicología, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio de la Universidad Alas Peruanas. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/2502>

- Delgado, A., Ecurra, L., Clotilde, M., Pequeña, J., Cuzcano, A., Rodríguez, R., y Álvarez, D. (2016). Las Habilidades sociales y el uso de redes sociales virtuales en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Persona*. 19 (019), 55-75
<https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.971>
- Díaz, N., Soto, H. y Ortega, G. (2016). Terapias cognitivas y psicología basada en la evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Winblu*. 11(1), 19-38.
<https://doi.org/10.15517/wl.v1i1.24074>
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Desclée de Brouwer
- Etchebarne, I., Roussos, A. y Juan, S. (2016). El abordaje de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anuario de Anxia*. 22, 6-20. :
<https://www.researchgate.net/publication/310819842>
- Espinoza, G. (2019) *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual*. [Tesis para optar el título profesional de Psicología, Universidad San Martín de Porras]. Repositorio institucional de la Universidad San Martín de Porras. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5873>
- Flores, E. y Huamani, E. (2021). *Depresión y ansiedad en los trabajadores de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2020*. [Tesis para obtener el título en licenciatura de psicología, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/65337/Flores_MEA-Huamani_CEM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González, H. (2007). En memoria de Albert Ellis. *Clínica y Salud* 18 (2), 135-136.
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a01.pdf>

- Huamaní, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6388>
- Jiménez, J. (2022). Abordaje integral del trastorno de ansiedad generalizada: un análisis para la toma de decisiones en salud. *Iseo Journal*. 1(1). 41-50. <https://journal.iseo.edu.mx/index.php/iseo/article/view/28/12>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ta ed.). McGraw-Hill.
- Labrador, F. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide
- Ministerio de Salud (2019). *Guía de práctica clínica de manejo de trastorno de ansiedad generalizada del Hospital Víctor Larco Herrera*. <https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/RD-107-2021-DG-HVLH-MINSA.pdf>
- Maraví, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4492>
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2(3), 503-508. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf
- Leahy, R. (2018). *Técnicas de terapia cognitiva: una guía para profesionales*. Akadia
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Médica Panamericana

- Organización Panamericana de la Salud (2022, 2 de marzo). *La pandemia por Covid-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo.* <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 8 de junio). *Trastornos mentales.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Obando, L. y Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación, frente a un caso de ludopatía. *Revista iberoamericana de psicología.* 8 (1), 51-61. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.8105/723>
- Olvera, V. y Rodríguez, P. (2021). Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 22 (2), 35-52. <https://psicologiayeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/26/23>
- Paredes, A., Coria, G., Marcos, L. y Sedano., S. (2021). La regulación emocional como categoría transdiagnóstica a través de los problemas clínicos: un estudio narrativo. *Interacciones.* 7(233), 1-8. <http://dx.doi.org/10.24016/2021.v7.223>
- Pérez, M. y Graña, J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense,* 19 (1) 99-126. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7983822>

- Rodríguez, R. y Cantero, M. (2020). Albert Bandura: impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Revista Padres y Maestros*, (384) 72-78. DOI: <https://doi.org/10.14422/pym.i384.y2020.011>
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée Brouwer
- Santiago, G. (2022). *Caso de una paciente con Ansiedad Generalizada a través de la tele psicología*. [Máster universitario, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Europea de Madrid. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2555>
- Susana Ramírez (2016). *Técnica: Role Playing (juego de roles)*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=5NCcsaK53hg>
- Valles, M. (2023). *Estudio de caso sobre el trastorno de ansiedad generalizada*. [Máster universitario, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio Universidad Europea de Madrid. <https://hdl.handle.net/20.500.12880/4957>
- Virto, H., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo A., Sánchez, D, Cedeño, M., Virto C. y Tafer E. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19, Cusco-Perú. *La referencia*, 10(3), 5-21. https://www.ins.gob.pe/prisa/ver_investigacion.aspx?D28AB854-09B7-4E8A-92B5-F0EB65B53BA2
- Víctor Toscano TV (30 de agosto del 2020). *Relajación Guiada: Ejercicio de respiración profunda anti estrés para la ansiedad y los nervios* [Video] Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=sbVKvUPU_IY

- Velasco, P. (2022). *Terapia cognitivo Conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en una mujer adulta*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5745>
- Velázquez, M., Martínez, M., Martínez, M. y Padros, F. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Gepu*, 7 (2) 156-166. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Modelos-Explicativos-del-Trastorno-por-Ansiedad-Generalizada-y-de-la-Preocupaci%F3n-Patol%F3gica.htm>
- Villarrubia, C. (2019) *Distorsiones cognitivas y ansiedad ante los exámenes en estudiantes de la carrera de psicología en la Universidad Continental, 2017*. [Tesis para licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio de la Universidad Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/5342/2/IV_FHU_501_T_E_Villarrubia_Pacheco_2019.pdf

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo B

Auto registro de ejercicios de relajación, indicar con un ckeck el músculo que logro relajar y "x" en el músculo que le fue difícil hacerlo, considerando el nivel de relajación

Día de la semana práctica	día 1		día 2		día 3		día 4		día 5		día 6		día 7	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
rostro														
cuello														
hobros														
brazos														
abdomen														
piernas														
Valorar el nivel de relajación (1 al 10)														

Nota: Con esta tabla se ejemplifica el autor registro para el monitoreo de la técnica de relajación
Fuente: Clark y Beck (2012)

Anexo 3

Registro diario de distorsiones cognitivas, agregando las dos columnas para la alternativa de pensamiento y resultado de la emoción

dia	situación	pensamiento	emoción	alternativa de pensamiento	resultados

Nota: En esta tabla se ejemplifica el registro diario de distorsiones cognitivas
Fuente: Ruiz et al. (2012)