



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Asalde Rojas, Laura Raquel

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

López Odar, Dennis

Martínez Portillo, Armando

Peña Correa, Giovanna Britt

Lima - Perú

2024

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	3%
5	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repository.upb.edu.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.ub.edu.ar Fuente de Internet	



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADULTO CON TRASTORNO
DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Línea de Investigación: Salud Mental

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

Autora:

Asalde Rojas, Laura Raquel

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Orcid.Org/0000-0003-1946-6831

Jurado:

López Odar, Dennis

Martínez Portillo, Armando

Peña Correa, Giovanna Britt

Lima- Perú

2024

Pensamientos

El gran descubrimiento de mi generación

es que los seres humanos

pueden cambiar sus vidas

cambiando sus actitudes mentales

William James.

La ansiedad no libera el

mañana de sus penas,

sólo vacía el presente

de su fortaleza.

Charles Spurgeon.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a aquellos que alguna vez han experimentado un trastorno de ansiedad, así como a las familias que han podido dar confort y a aquellos que desean aprender modos saludables de afrontamiento, en sus interacciones diarias.

Agradecimientos

Al paciente de este caso, quien me permitió compartir su experiencia, dándome la oportunidad de poder brindarle una intervención bajo el enfoque cognitivo conductual.

Al Dr. Vicente Mendoza, quien gracias a su experiencia me permitió poder exponer este caso orientado hacia el enfoque científico.

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	9
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Antecedentes	10
<i>1.2.1 Antecedentes Nacionales</i>	11
<i>1.2.2 Antecedentes Internacionales</i>	14
<i>1.2.3 Fundamentación Teórica</i>	16
1.3 Objetivos	27
1.4 Justificación	28
1.5 Impactos esperados del Trabajo Académico	29
II. Metodología	30
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	30
2.2 Ámbito Temporal y Espacial	30
2.3 Variables de Investigación	30
<i>2.3.1 Variable Independiente</i>	30
<i>2.3.2 Variable Dependiente</i>	30
2.4 Participante	30
2.5 Técnicas e Instrumentos	30
<i>2.5.1 Técnicas</i>	30
<i>2.5.2 Instrumentos</i>	32
<i>2.5.3 Evaluación Psicológica</i>	35
<i>2.5.4 Evaluación Psicométrica</i>	39
<i>2.5.5 Informe psicológico integrador</i>	42
2.6 Intervención	48
<i>2.6.1 Plan de intervención y calendarización</i>	48
<i>2.6.2 Programa de intervención</i>	48
2.7. Procedimiento	50
2.8. Consideraciones éticas	61
III. Resultados	62
3.1 Análisis de Resultados	62
3.2 Discusión de Resultados	63
3.3 Seguimiento	65

IV. Conclusiones	66
V. Recomendaciones.....	67
VI. Referencias.....	68
VII. Anexos	75

Índice de Tablas

Nº	Pág.
Tabla 1 <i>Puntajes obtenidos del Cuestionario ASQ-15</i>	40
Tabla 2 <i>Puntajes obtenidos del inventario de Ansiedad de Beck.</i>	41
Tabla 3 <i>Análisis funcional</i>	43
Tabla 4 <i>Diagnóstico funcional</i>	46
Tabla 5 <i>Descripción de las técnicas que se utilizaron en base a los objetivos</i>	49
Tabla 6 <i>Sesión 1: Brindar información relacionada al proceso terapéutico a través de la psicoeducación</i>	50
Tabla 7 <i>Sesión 2: Disminuir su malestar fisiológico a través de técnicas de respiración y relajación.</i>	51
Tabla 8 <i>Sesión 3: Disminuir su malestar fisiológico a través de técnicas de respiración y relajación.</i>	51
Tabla 9 <i>Sesión 4: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva</i>	52
Tabla 10 <i>Sesión 5: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva</i>	53
Tabla 11 <i>Sesión 6: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva</i>	54
Tabla 12 <i>Sesión 7: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva</i>	54
Tabla 13 <i>Sesión 8: Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo</i>	55
Tabla 14 <i>Sesión 9: Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo</i>	56
Tabla 15 <i>Sesión 10: Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo</i>	56
Tabla 16 <i>Sesión 11: Incrementar la duración del sueño a través de la higiene de sueño</i>	57
Tabla 17 <i>Sesión 12: Mejorar su interacción social fuera de su ambiente familiar a través de la administración de tiempo</i>	58
Tabla 18 <i>Sesión 13: Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.</i>	59
Tabla 19 <i>Sesión 14: Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.</i>	59
Tabla 20 <i>Sesión 15: Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.</i>	60
Tabla 21 <i>Comparación de resultados del pre test y post test.</i>	62
Tabla 22 <i>Registro de frecuencia de pensamientos pre y post test.</i>	79

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 <i>Comparación de resultados del pre test y post test.</i>	63
Figura 2 <i>Apuntes de la primera consulta</i>	75
Figura 3 <i>Foto de una de las últimas sesiones que se brindó</i>	75
Figura 4 <i>Registro de frecuencias de pensamientos pre y post test</i>	79

Resumen

En la práctica clínica de la psicología, donde se trabaja la disminución de cuadros clínicos que generan malestar en los pacientes, uno de los principales trastornos del que se trabaja es la ansiedad. El presente estudio de investigación es la experiencia que tuve con un paciente adulto de sexo masculino, de 22 años de edad con cuadro clínico ansiedad generalizada; se trabajó un programa bajo el modelo cognitivo conductual de 15 sesiones, en un periodo de 1 año 2 meses, a través de las técnicas cognitivo conductuales como: técnicas de respiración y relajación, psicoeducación, , entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, higiene de sueño, administración de tiempo y prevención de recaídas. La investigación es de tipo experimental y se utiliza el diseño Univariable Multicondicional AB, intervención cognitivo conductual en ansiedad, utilizando las pruebas de Inventario de Ansiedad de Beck y Cuestionario de Screening de Ansiedad. Los resultados indicaron una reducción en los comportamientos problemáticos, esto se evidencio en la aplicación de las pruebas al paciente después de la intervención. Demostrándose la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento del trastorno de ansiedad en esta instancia.

Palabras clave: ansiedad, intervención cognitivo-conductual, terapia cognitivo conductual

Abstract

In the clinical practice of psychology, where the reduction of clinical conditions that generate discomfort in patients is worked on, one of the main disorders worked on is anxiety. The present research study is the experience I had with a 22-year-old adult male patient with a clinical picture of generalized anxiety; A program was worked under the cognitive behavioral model of 15 sessions, in a period of 1 year and 2 months, through cognitive behavioral techniques such as: psychoeducation, breathing and relaxation techniques, cognitive restructuring, assertive training, sleep hygiene, time of management and relapse prevention. . The research is experimental and uses the AB Univariate Multiconditional design, cognitive behavioral intervention in anxiety, using the Beck Anxiety Inventory and Anxiety Screening Questionnaire tests. The results showed a decrease in problematic behaviors, this was evidenced in the application of the tests to the patient after the intervention. Demonstrating that Cognitive Behavioral Therapy applied to anxiety disorder was effective in the present case.

Keyword: anxiety, cognitive-behavioral intervention, cognitive behavioral therapy

I. INTRODUCCIÓN

El actual estudio de investigación que a continuación presento, es la experiencia que tuve con un paciente adulto que llegó a consulta, refiriendo sentir presión por su trabajo en el rubro eléctrico, pensando en sus obligaciones laborales cuando iba a estudiar, mostrando preocupación y presencia de malestar fisiológico.

Dicho esto, su sintomatología dio como diagnóstico un cuadro clínico de ansiedad; en el Libro de Salud Familiar Mayo Clinic (2021) describe que quienes atraviesan un trastorno de ansiedad presentan inquietudes persistentes, acompañadas de miedos irrealistas e intensos en diversas situaciones cotidianas. En el trastorno de ansiedad, quien lo padece podría atravesar un ataque de pánico debido a presentar un miedo constante de ansiedad y terror. Los sentimientos que surgen en este trastorno, interfieren significativamente en sus quehaceres cotidianos, percibiéndolas como difíciles de controlar, presentándose de forma desproporcionada en comparación a un peligro real, durando en algunas ocasiones un largo tiempo. Sea cualquier diagnóstico de ansiedad con tratamiento se puede mejorar.

Este estudio de caso está conformado empezando por el apartado I, donde se contextualiza el problema de investigación, luego se presentan los antecedentes tanto nacionales como internacionales, se realizó la fundamentación teórica, mostrando el objetivo general y específicos, se detalla la justificación e impacto esperado del estudio. En el apartado II se encuentra el tipo y diseño de investigación, las variables, la presentación del participante de estudio, las técnicas de intervención evaluación y el informe psicológico. En el apartado III se describen los resultados del pre y post test, la discusión de resultados y el seguimiento del caso. En el apartado IV se encuentra las conclusiones. En el apartado V las recomendaciones y en el apartado VI las referencias bibliográficas. Por último, en el apartado VII los anexos del estudio de caso.

El trabajo que he descrito, se ha dado con la finalidad de demostrar que la intervención cognitivo conductual da un resultado efectivo en la disminución de este cuadro.

1.1 Descripción del problema

En la práctica clínica de la psicología donde se trabaja la disminución de cuadros clínicos que generan malestar en los pacientes, uno de los principales trastornos del que se trabaja es la ansiedad. Según el reporte del MINSA (2023), detalla que en el Perú en el año 2022 los casos con diagnóstico de ansiedad fueron de 433 816, llegando a ser el más elevado a comparación de otros diagnósticos de salud mental.

Asimismo, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2023) realizó una capacitación a profesionales de todo el Perú, para fortalecer la atención de salud Mental, donde su directora general, la Psiquiatra Misaico, expuso que en el periodo 2009 al 2022 se incrementaron los casos atendidos de 419 703 a 1 405 665, siendo los diagnósticos más frecuentes ansiedad, trastorno de emoción y comportamiento depresión, síndrome de maltrato, psicosis, adicciones y trastorno de desarrollo psicológico.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2022) presentaron una ponencia en la Conferencia de Salud Mental y Bienestar de Guyana, donde el jefe de la Unidad de Salud Mental de la OPS/ OMS Renato Oliveira e Souza, destacó que el suicidio y los trastornos depresivos y de ansiedad en las Américas representan más de un tercio del total viviendo con discapacidad y el 20 % vividos afectados por discapacidad. Presentó que las elevadas tasas de malestar emocional, depresión, inquietud y pensamientos suicidas, se presentan en un 35% en trastorno depresivo mayor y 32% en trastornos de ansiedad en América Latina.

1.2 Antecedentes

En los últimos años se han dado estudios para conocer nuevas formas de intervención en trastorno de ansiedad en adultos. El presente trabajo tiene como finalidad recabar principales antecedentes de estudio que se describen a continuación:

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Briceño (2022) presentó una investigación en una paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada, presentando síntomas fisiológicos como adormecimiento, palpitaciones, dolor de cabeza, sensación de ahogo y otros, así como preocupaciones con respecto a su economía, su futuro, su salud y su familia. Su intervención se basó en el modelo Cognitivo – Conductual, evaluando primero bajo la aplicación de instrumentos psicométricos, observando y entrevistando, para luego realizar el tratamiento en 14 sesiones, llegando a disminuir su malestar a través de detectar y corregir pensamientos que están distorsionados. En la etapa de tratamientos aplicó diversas técnicas cognitivas y conductuales. Para finalizar realizó dos sesiones de seguimiento, ayudando a monitorear la recuperación de su paciente.

Díaz (2022) examinó el caso de una mujer de 46 años que buscó tratamiento debido a episodios de ansiedad que habían estado ocurriendo gradualmente durante los últimos 21 años. Durante la entrevista y evaluación psicológica, se determinó que padecía de ansiedad generalizada, lo que significaba que sus ataques de ansiedad eran el resultado de preocupaciones constantes. La paciente participó en un total de 36 sesiones de Terapia Cognitiva Conductual, que abarcó aspectos como la psicoeducación, el aprendizaje de técnicas de relajación, la exposición controlada, estrategias para lidiar con las preocupaciones, reorganización de pensamientos negativos, y el desarrollo de habilidades sociales específicas, como la autoestima, la comunicación, asertividad, el control de impulsos y la toma de decisiones. Los resultados del examen posterior al tratamiento revelaron una mejoría clínicamente significativa en la capacidad de la paciente para tomar decisiones personales, lo que le permitió sentirse menos

disgustada e irritable. Además, logró establecer y llevar a cabo proyectos a corto plazo, experimentó mejoras en su autoestima y en su capacidad para controlar sus impulsos.

Yañez (2022) llevó a cabo un análisis de un caso en un hombre de 26 años que presentaba síntomas de ansiedad generalizada. El objetivo principal planteado fue reducir los síntomas de ansiedad generalizada en el paciente para mejorar su calidad de vida. Además, se establecieron objetivos específicos que incluían el fomento de habilidades de manejo emocional, la capacidad de identificar y cambiar pensamientos irracionales relacionados con la ansiedad por pensamientos más adaptativos y realistas, la promoción del uso de técnicas para resolver problemas en situaciones estresantes percibidas y el fortalecimiento de la habilidad para gestionar su tiempo y llevar a cabo actividades saludables. Para lograr estos objetivos, se aplicó el enfoque de Terapia Cognitivo Conductual a lo largo de 24 sesiones que abordaron las áreas emocional, cognitiva, conductual (en términos de resolución de problemas) y gestión del tiempo. Después de la intervención, se observó una reducción en los síntomas ansiosos del paciente, pasando de un nivel moderado a uno normal. Además, se notaron mejoras en sus habilidades para regular las emociones, flexibilidad de pensamiento, resolución de problemas y planificación de actividades saludables.

Guizado (2022) condujo un estudio en el que aplicó estrategias a nivel cognitivo, emocional y comportamental con el objetivo de reducir la ansiedad en su cliente. La intervención se centró en una persona de 23 años que experimentaba ansiedad debido a una ruptura en su relación de pareja, lo que conllevaba pensamientos irracionales persistentes. Para abordar esta situación, se llevaron a cabo 18 sesiones virtuales de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Los resultados obtenidos revelaron una disminución en el nivel de ansiedad de la paciente mediante la implementación de estas estrategias. Además, pudo reestructurar sus pensamientos irracionales, reemplazándolos por un sistema de pensamiento

más flexible, adaptativo y realista. Por último, desarrolló habilidades para resolver los diversos conflictos que pudiera enfrentar.

Maraví (2020) expuso el caso de una mujer de 43 años que padecía trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se llevó a cabo una intervención terapéutica con un enfoque cognitivo-conductual utilizando un diseño experimental de caso único con múltiples condiciones ABA. El propósito de este estudio fue mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente a través de la identificación y corrección de preocupaciones patológicas y pensamientos distorsionados. Además, se buscaba que adquiriera nuevos patrones de pensamiento que le permitieran adaptarse mejor y desenvolverse en su vida diaria. Esto se logró mediante la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales, así como la utilización de pruebas psicométricas, análisis funcional, análisis cognitivo, diagnóstico funcional y la medición antes, durante y después del proceso de intervención mediante el uso de una línea de base. En relación al trastorno de ansiedad generalizada, se observó una reducción en la frecuencia de las preocupaciones, lo que llevó a una disminución en la intensidad de la ansiedad, pasando del 54% al 14% en este caso de ansiedad generalizada.

Espinoza (2019) analizó un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada utilizando la terapia cognitivo-conductual. El propósito principal de este trabajo fue establecer la estabilidad en una persona que enfrentaba un trastorno mental conocido como ansiedad generalizada. Para llevar a cabo este estudio de caso, se emplearon una entrevista semi estructurada, la administración del Inventario de Depresión (IBD II) y un cuestionario de ansiedad (STAI). La intervención terapéutica se llevó a cabo a lo largo de 17 sesiones y se basó en la aplicación de diversas técnicas, incluyendo métodos de relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, desarrollo de habilidades sociales y la utilización de la imaginación racional emotiva. Como resultado de esta intervención, se logró reintegrar a la

paciente a su vida cotidiana, ayudándola a comprender que su entorno no representaba una amenaza.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Coronado (2022) Investigó un caso de ansiedad generalizada que coexistía con otros trastornos de ansiedad, empleando el enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En su trabajo, describió el tratamiento que administró a la paciente M. durante un total de veinte sesiones, así como el seguimiento posterior. La terapia se enfocó en proporcionar información psicológica y en aplicar técnicas basadas en la cognición y el comportamiento. Además, revisó la literatura relacionada con el tratamiento de la ansiedad, explorando las intervenciones más estudiadas y concluyendo que la terapia cognitivo-conductual es la más ampliamente utilizada y efectiva. Los resultados obtenidos indicaron que este tratamiento resulta eficaz para abordar este problema, respaldado por pruebas psicométricas que demostraron una reducción significativa en los síntomas de ansiedad. También se destacó una mejora cualitativa, según las observaciones y comentarios de la paciente durante las entrevistas de seguimiento, lo que reflejó una clara mejoría y una mayor adaptación en su comportamiento para vivir de manera más funcional y ajustada. Se llega a la conclusión a partir de la evaluación de los resultados, de que las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual son la opción preferida para el tratamiento de este trastorno.

Berdazco et al. (2022) realizaron un análisis de caso centrado en una paciente de 60 años diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para abordar diversos aspectos y recopilar información más detallada. Además, se administraron una serie de evaluaciones psicométricas con el propósito de confirmar y ampliar el diagnóstico, incluyendo el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Síntomas Clínicos, el Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad y el Test de Creencias de Ellis. La intervención terapéutica se diseñó siguiendo un enfoque cognitivo-

conductual e incluyó la aplicación de técnicas como la resolución de problemas, la desactivación fisiológica, el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración de pensamientos. Los resultados más significativos reflejaron una reducción en la ansiedad a nivel fisiológico, una disminución en los pensamientos catastróficos y de magnificación, así como una mayor capacidad para identificar soluciones a problemas potenciales y desarrollar habilidades sociales que mejoraron la comunicación de la paciente. En resumen, la intervención basada en enfoques cognitivo-conductuales permitió reducir los síntomas clínicos en la paciente.

Olvera y Rodríguez (2020) presentó una intervención psicológica aplicando el enfoque cognitivo-conductual en un caso de ansiedad. Se emplearon técnicas que incluyeron la psicoeducación, la relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec, así como la detención de pensamiento de Bain. Se llevó a cabo una evaluación inicial mediante una entrevista de comportamiento y registros que medían la intensidad de los episodios de ansiedad utilizando la Escala Numérica Análoga (ENA). La intervención psicológica consistió en un total de 10 sesiones, cada una con una duración aproximada de una hora, en las cuales se instruyó al paciente en el uso de las técnicas mencionadas. Posteriormente, se efectuó un seguimiento y monitoreo del caso. Los resultados obtenidos revelaron una reducción tanto en la frecuencia de los episodios de ansiedad (de ocho episodios a uno solo por día) como en la intensidad de los mismos (con una ENA inicial de 9 y una ENA final de 3). Además, se logró la reintegración de la paciente en sus actividades cotidianas.

Macías et al. (2020) investigaron el caso de una mujer de 60 años diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada. Se realizó una evaluación psicológica utilizando varios instrumentos, que incluyeron el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, el Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño y la Escala de Ansiedad IDARE, tanto antes como después de someterse a una intervención cognitivo-conductual enriquecida con

mindfulness. Los resultados indicaron una disminución en el nivel de ansiedad estado, pasando de alto a moderado, así como una reducción en el nivel de ansiedad rasgo, disminuyendo de alto a leve. También se observó una mejora en los problemas de sueño, que pasaron de un nivel alto a uno medio, y se registró una disminución en la frecuencia de distorsiones cognitivas. La intervención permitió identificar y abordar estas distorsiones cognitivas, modificar hábitos deficientes en cuanto a higiene del sueño y facilitó el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas.

Pabuena (2019) describe el proceso terapéutico llevado a cabo con un paciente adulto de mediana edad de Bucaramanga, que presenta sintomatología relacionada con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se detalla la evaluación inicial y el plan de tratamiento diseñado para abordar el TAG, que se desarrolló en un total de 10 sesiones. Para la evaluación del caso, se utilizaron entrevistas, observaciones, registros personales y la aplicación de pruebas como el Inventario Clínico Multiaxial Millon III y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. En cuanto al plan de tratamiento, se optó por el enfoque cognitivo-conductual e incluyó la implementación de diversas técnicas, como la reestructuración cognitiva, la relajación muscular progresiva, el entrenamiento en solución de problemas, la inoculación del estrés, la exposición simbólica y la psicoeducación, entre otras. Este proceso terapéutico logró alcanzar los objetivos establecidos, reduciendo los síntomas del paciente y contribuyendo a cambios en sus sistemas de creencias, estrategias de afrontamiento más efectivas y un mejor control emocional. Estos resultados indican la efectividad del tratamiento.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Intervención de la Terapia Cognitivo Conductual. Ruiz et al. (2012) afirman que esta se basa explicando que su principal trabajo es sobre lo que la queja del paciente sobre las constantes repeticiones de patrones insanos de índole físico, emocional, cognitivo y conductual, buscando que sea consciente de ello y se responsabilice, buscando mantenerse saludable

mentalmente. El tiempo de intervención es más corta que otros modelos psicoterapéuticos, se realiza primero realizando un análisis sobre el problema presentado por el paciente, dividiéndose en módulos; lo que se plantea como tratamiento está fundado sobre lo que resulta para otros a través de la validez científica.

Fullana et al. (2011) explica que su intervención es superior en comparación a otros enfoques terapéuticos, en etapas de vida como niños, adolescentes y adultos, para trastornos mentales que no estén asociados a síntomas psicóticos; excepto en el trastorno depresivo mayor, dado que en su investigación arribaron resultados no definitivos.

Por su parte, el Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic 5.^a edición (2021) describe que esta terapia ayudaría a mejorar pensamientos negativos, buscando que el paciente sea más consciente sobre lo que está presentando, indicando que el tiempo de intervención es menor a comparación de otro tipo de terapias (entre cinco y veinte sesiones), siendo su aplicación de forma tanto individual como grupal, con personas con características de diagnósticos similares.

Cetecic (2022), también la describe como una intervención corta, dándose a través, en tres etapas; la primera es la evaluación que realiza el terapeuta cuando el paciente llega a consulta, dándole a conocer y explicándole el trasfondo de su malestar, es aquí donde junto con el paciente se establecen los objetivos que se desean lograr, por lo que se da pase a la siguiente etapa; el tratamiento, siendo está la más extensa de las tres, porque es aquí donde se irán explicando las técnicas con base científica; por último está la fase de seguimiento, dándose las sesiones de forma más lejana en el tiempo, hasta dar de alta.

La terapia cognitivo conductual. Ruiz et al. (2012) afirman que para llegar a una sólo definición se podría hacer difícil, debido a que esta surge de la psicología del aprendizaje y psicología básica, y estas en la actualidad presentan un concepto diferente a lo que eran, cuando se inicia la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Por lo tanto, lo que ayudaría a establecer un concepto, sería guiándonos de lo que realiza en sus intervenciones, rigiéndose de sus principios

teóricos. De esto podría partir que, es la aplicación de mejorar el estado desadaptativo del paciente, trabajando sobre lo que presenta en la actualidad, sin restar importancia a la historia de cómo se llegó a establecer el problema que presenta.

Fullana et al. (2011) explica que la TCC es directiva, breve, buscando tratar las cogniciones y conductas insanas que causen incomodidad en el paciente, siendo directiva, dejando actividades para realizar, en el contexto donde se desenvuelve el paciente, practicando lo aprendido en terapia.

Badia (2022) detalla que es un modelo de psicoterapia, que busca mejorar las cogniciones y la conducta que están causando daño a nivel emocional, dándole énfasis al presente, logrando aplicarse en diferentes tipos de diagnósticos psicológicos, así como también en actividades cotidianas que no estén llegando a generar en sí un trastorno de salud mental.

Guerri (2023) afirma que combina los conceptos de la terapia de conducta y cognitiva, centrándose en el presente, contando con una gran validez científica; su enfoque parte de que los pensamientos, las acciones, emociones y sensaciones físicas, se relacionan entre sí, y que, si estos se están presentando de forma negativa, repercutiendo o generando algún malestar mental, su objetivo será convertirlos a positivo.

Modelos de la terapia cognitivo conductual.

Clásico. Suárez et al. (2014) afirma que es una modalidad de adquisición de conocimiento que sucede cuando dos estímulos aparecen de forma independiente al comportamiento de un sujeto. Este aprende a asociar un estímulo ante la presentación de otro que le aparece antes, pero su conducta no llega a cambiar la aparición de otros estímulos. Por lo que, bajo este suceso, aprendemos a adaptarnos mejor a un entorno, pues moldea nuevos comportamientos en anticipación a los eventos que están por ocurrir.

Francia (2021) lo describe como un modelo que se maneja bastante por la psicología, siendo un proceso en donde un estímulo sin efectos condicionado, se llega a vincular con un

estímulo neutro, denominándose asociación de estímulo no condicionado con estímulo neutro. Se hace popular gracias a Pavlov, quien condiciona a un perro a salivar con el sonido de una campana.

Ormrod (2005) nos indica que este experimento se dio en tres partes:

1. Estímulo Neutro (EC) es un estímulo que no desencadena ninguna respuesta en el cuerpo. En el experimento de los perros de Pavlov, la campana funciona como un estímulo neutro, ya que no provoca una reacción salival.
2. El estímulo neutro precede de otro estímulo que sí produzca respuesta en el cuerpo. Siendo denominado este último estímulo como Estímulo Incondicionado (EI), pues reacciona a él sin haberlo aprendido previamente. El can de Pavlov respondía con salivación ante la presencia de comida que era el estímulo incondicionado.
3. Después de asociarse con un estímulo incondicionado, el estímulo que anteriormente era neutral empieza a generar una respuesta, dejando de ser neutro, convirtiéndose en un *estímulo condicionado* (EC). El cuerpo asimiló dar una *respuesta condicionada* (RC). En el proceso de Pavlov, la campana al ser asociada con la comida (EI), pasó a ser el estímulo condicionado (EC), generando una respuesta condicionada de salivación.

Vergara (2020) describe que en el conductismo existen diversos fenómenos asociados, en los cuales en algunos sirven para establecer al inicio una respuesta y en otros para desaparecerla; siendo importantes conocerlos para comprender mejor su proceso. Dentro de estos se encuentran cinco fundamentos esenciales para el condicionamiento clásico:

1. Adquisición: Es aquí donde por primera vez la respuesta se da y se refuerza gradualmente. Durante este proceso, se presenta repetidamente un estímulo neutral junto con un estímulo no condicionado que desencadena una reacción natural y automática sin requerir enseñanza previa. Una vez asociado, la persona comienza a

emitir una conducta respondiendo a un estímulo anteriormente neutro, ahora denominado estímulo condicionado, y es aquí en donde ha sido adquirida la respuesta.

2. Extinción: el estímulo condicionado deja de emparejarse con el estímulo no condicionado. Por lo que se debilita la respuesta condicionada y puede llegar a extinguirse por completo. Para provocar la extinción, se rompe entre los estímulos condicionados y no condicionados la asociación.
3. Recuperación espontánea: pese a un proceso de extinción, una respuesta retoma. Es el resurgimiento de una respuesta condicionada después de una recesión en el que la respuesta se ha debilitado.
4. Generalización del estímulo: hace alusión a la capacidad del estímulo condicionado para inducir respuestas similares una vez que la respuesta ha sido condicionada. Un sujeto que es condicionado para dar respuesta de cierta manera a un estímulo específico después de varias repeticiones previas, es probable que también reaccione de manera análoga ante otros estímulos o contextos que comparten ciertas similitudes con el estímulo original. Esto se describe como que un estímulo que guarda semejanza con el estímulo condicionado original (EC) puede producir una respuesta condicionada similar (RC).
5. Discriminación de estímulo: se refiere a la habilidad del organismo para adquirir discernimiento entre estímulos distintos y reaccionar al estímulo que ha sido condicionado únicamente, sin dar la misma respuesta a otros estímulos no relacionados con el proceso de condicionamiento.

Operante. Reynolds (1976) es un campo de estudio experimental que se enfoca en analizar cómo la frecuencia de una conducta puede ser modificada o alterada debido a las consecuencias que resultan de esa conducta, aportando así una aproximación científica dentro

de la psicología. Además, se destaca debido a su énfasis en la investigación de la conducta operante o instrumental, sin dejar de lado la observación de la conducta refleja.

Ormrod (2005) nos indica que tras el trabajo doctoral que realizó Thorndike, al ver como unos gatos recorrían un laberinto, determinando que los comportamientos se refuerzan a través de respuestas de satisfacción, mientras que las que producen insatisfacción disminuyen, Skinner propuso el concepto que las respuestas seguidas de reforzamiento, tienden a aumentar la cantidad de veces que se da. Por lo tanto, para que ocurra un condicionamiento operante, es necesario que un reforzador se presente inmediatamente después de una respuesta y coincidir con la respuesta.

Kazdin (2000) afirma que existen principios básicos que describen la relación cuando una persona lleva a cabo una acción en un entorno determinado. Esta relación se conoce como *contingencia*, separándola en tres componentes: eventos antecedentes, conductas y eventos consecuentes, indicando que esto ayudaría a poder desarrollar programas conductuales.

Liberman (1972) a su vez describe qué elementos importantes del condicionamiento operante, son los reforzadores positivos y negativos. Detallando que a veces son confundidos como premios o recompensas los reforzadores positivos, generalmente experimentados como agradables. Por otro lado, los reforzadores negativos suelen ser considerados y percibidos como aversivos y perjudiciales. Sin embargo, es esencial tener en cuenta que un estímulo no se define por sus características intrínsecas, por los sentimientos subjetivos que provoca o por estereotipos culturales. Un reforzador positivo se da cuando refuerza una conducta, aumentando su frecuencia, a través de un evento gratificante. Un reforzador negativo se produce cuando la persona evita el reforzador, es decir se produce en un evento aversivo, retirándose después de producida una conducta, por lo que refuerza la conducta.

Cognitivo. Gonzalez et al. (2017) nos indica que la terapia cognitiva, aparece cuando el psicoanálisis presenta cuestionamientos sobre su efectividad y el cognoscitivismo estaba en su

apogeo. Recibiendo influencia de la filosofía, el psicoanálisis, de la psicología de varios terapeutas y pensadores que resaltaban unánimemente la función de la mente en la comprensión de la psicopatología. Se basa en que existen tres niveles: cognición, emoción y comportamiento, siendo su enfoque en la interacción de estos tres; asimismo, cómo estos influyen en los patrones de pensamiento, conducta y emoción, considerando elementos como creencias irracionales y distorsiones cognitivas en el desarrollo de trastornos psicológicos.

Ruiz et al. (2012) detalla que la terapia cognitiva desarrolla tratamientos fundamentados en una comprensión cognitiva del problema que presenta el paciente, utilizando modelos cognitivos específicos para abordar diferentes trastornos. Asimismo, adoptan una visión cognitiva del paciente individual, lo que les permite adaptar el tratamiento de manera personalizada. El aprendizaje, para los psicólogos cognitivos es un procedimiento más complejo que la conexión entre estímulos y respuestas.

Camacho (2003) describe que los principales representantes de la terapia cognitiva son Ellis y Beck, ambos venían del psicoanálisis, pero se apartaron de esa corriente por la baja respuesta empírica que tenía. Siendo Ellis quien desarrolló la terapia racional emotiva y Beck desarrolló la terapia cognitiva para la depresión.

Rovira (2018) asimismo, que la intervención de la terapia cognitiva es que el sujeto encuentre interpretaciones flexibles, funcionales y adaptativas de los hechos vitales que está viviendo. Destacando dos exponentes Ellis y Beck, siendo estas sus terapias: a) Terapia Cognitiva de Aaron Beck: tipo de psicoterapia desarrollada en la década de 1960 por el psiquiatra estadounidense Aaron T. Beck basándose en un modelo cognitivo que afirma que los pensamientos, emociones y acciones están íntimamente conexos y por lo tanto las personas pueden vencer sus vicisitudes y lograr sus metas al identificar y cambiar pensamientos erróneos. b) Terapia racional emotiva conductual de Ellis (TREC): consiste en un enfoque de manejo

activo, filosófico y experiencial que aborda dificultades y trastornos psicológicos; su propósito es ayudar al paciente a alcanzar una vida más alegre y gratificante.

Técnicas de terapia cognitivo conductual. Como se ha descrito líneas arriba, la terapia cognitivo conductual presenta amplia validez científica, por lo que se detallan algunas técnicas:

Ruiz et al. (2012) describe a la *Técnica de Respiración*, como un procedimiento que avanza a través de las etapas siguientes: a) Inspiración: el aire ingresa a través de las fosas nasales y se dirige a los pulmones a través de los bronquios antes de llegar a los alvéolos, donde se absorbe en el torrente sanguíneo. b) Pausa de inspiración: Después de la inspiración hay una breve pausa en la que los pulmones se conservan en una condición expandida que facilita el intercambio de gases (entra O₂ y sale CO₂). c) Expiración: El dióxido de carbono (CO₂) entra en los alvéolos y luego es eliminado del cuerpo al ser exhalado hacia el exterior. d) Pausa después de la espiración: tras la exhalación, se produce un intervalo en el cual los pulmones se encuentran en un estado de inactividad.

Moreno y Martín (2007) nos describen a la siguiente técnica, la *técnica de relajación*, donde el individuo debe encontrarse en posición sentada en una silla que soporte todo su cuerpo para que pueda contraer y relajar fácilmente los diversos grupos musculares que se trabajan. Explicamos al paciente que la relajación muscular implica la contracción y relajación de distintos conjuntos de músculos, manteniendo la atención en la experiencia muscular para distinguir sensorialmente entre los estados de tensión y relajación.

Bados (2015) afirma la siguiente técnica de reestructuración cognitiva, donde se expone al paciente el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones en estos aspectos, la influencia de las percepciones y anticipaciones en nuestras emociones y acciones, y la importancia de reconocer interpretaciones y anticipaciones particulares para poder ponerlas en tela de juicio. Esto se logra mediante interrogantes, visualización o recreación de situaciones, de manera específica, a través de un registro personal en el cual el individuo anota lo siguiente

cada vez que enfrenta un episodio de ansiedad.: ansiedad máxima (0-100), respuestas vivenciadas, incidente desencadenante, ideas y comportamiento ansiosos.

Zaldívar (1994) indica otra técnica, la de entrenamiento asertivo, que consiste en aprender a lidiar con los obstáculos que emergen en la comunicación entre personas. Esto se debe a la incapacidad para comunicar emociones acerca de uno mismo y de los demás. Mediante la capacitación, el individuo aprende a comunicar de manera más eficaz sus puntos de vista, emociones y aspiraciones personales de forma franca, clara y apropiada.

Torres (2018) por su parte nos describe la técnica de higiene de sueño, indicando que los hábitos de conducta que se adoptan para mejorar la capacidad para conciliar el sueño y mantenerlo son parte de las medidas de higiene del sueño. Estas medidas no han demostrado ser capaces de resolver el insomnio crónico por sí solas, pero son consideradas un componente fundamental de la terapia del insomnio cuando se utilizan en conjunto con otras estrategias. Se describen en tres partes: hábitos a lo largo del día, situaciones que promueven el sueño y una lista de conductas que se pueden realizar si no se puede conciliar el sueño.

Robles y Peralta (2011) describe como técnica la administración de tiempo, en donde al paciente se le destaca la importancia de administrar bien el tiempo para reducir el estrés, y luego se describen diversas técnicas como el plantear objetivos y prioridades, organizar el tiempo y a través de un registro analizar las tareas que se necesitan realizar y cuales otras se tendrían que hacer.

La ansiedad. Ellis (2006) la describe como saludable cuando cumple un nivel ligero de preocupación, cautela y vigilancia, por lo que se considera normal y sano tenerla, dado que sin ella no lograríamos ver hacia dónde nos dirigimos o como hacemos las cosas, teniendo problemas. Sin embargo, cuando se vuelve intensa, es normal pero insana, teniendo como consecuencias una preocupación excesiva que podría llevar a la depresión, el terror y el horror. La ansiedad intensa es provocada cuando se opta por tenerla como una necesidad perturbadora

en vez de solo tener la tendencia a sentirla; un ejemplo sería cuando por ansiedad generamos preocupación por agradar a otros, buscando ser amables y competentes, no obstante, si lo vemos como una necesidad perturbadora, llegaremos a creer que tenemos que actuar a la perfección en cada momento y que las personas nos tienen que aceptar, generando pánico si no nos comportamos como creemos que tendríamos que hacerlo.

Lomas (2016) afirma que es una antena emocional que nos señala si existe un riesgo en nuestro entorno, esta ha ido evolucionando con el hombre, siendo en la actualidad el radar interno que nos ayuda a estar vigilante ante un peligro que pueda dañarnos. Sin embargo, este radar puede dañarse, convirtiéndose en hipervigilante, reaccionando ante cualquier ruido, es decir podría esta alarma dañarse, de tal modo que siga sonando incluso cuando el peligro ya haya desaparecido; esto sería llamado ya una ansiedad patológica. Entonces cuando la ansiedad se mantiene funcionando con normalidad nos ayuda a mantenernos seguros y prósperos.

Forcadell et al. (2019) la consideran una emoción, que requiere un nivel elevado y constante de energía y se emplea para movilizarse y responder a una situación de riesgo o potencial amenaza, ya sea en el momento actual o en posibles escenarios futuros. Provocando cambios en todo el cuerpo, a través de cambios psicofisiológicos del sistema nervioso central.

El Equipo editorial Etecé (2021) explica que es una respuesta involuntaria del organismo, emitiendo reacciones corporales de tensión, secreción de adrenalina y rigidez muscular, frente a estímulos que se perciben como amenazantes, acompañado de sentimientos de inquietud, atención dispersa, y necesidad de inmediatez. Por lo tanto, es una reacción normal y adaptativa de actuar frente al estrés, sin embargo, cuando esté se presenta de forma desbordada e incontrolable, entraría dentro de las características de un trastorno.

La Ansiedad Generalizada. Dughi y Contreras (2005) afirma que es una inquietud fuera de proporción por los acontecimientos cotidianos y dura al menos seis meses, experimentando a veces insomnio.

Forcadell et al. (2019) la definen como una inquietud persistente que perdura a lo largo de toda la jornada, impactando en el descanso nocturno y en la capacidad de enfoque, generando sensaciones de agotamiento o nerviosismo en la persona. Plantean como ejemplo que una persona que ha padecido de estrés constante durante toda su vida, por dinero o por si sus padres morían, empieza a sentir mayor preocupación desde que empieza a estudiar, afectando así su sueño, presentando tensión, dolores físicos de cabeza y estómago.

El Equipo editorial Etecé (2021) explica que es un trastorno mental y afectivo, siendo una de las enfermedades mentales más comunes, caracterizándose por sentimientos crónicos e irrealistas de miedo, preocupación y peligro, que interfieren en el trabajo e impactan negativamente en la vida del sujeto. Dentro de las manifestaciones se incluye el mantenimiento constante de la vigilia durante la noche, agitación física, problemas en el enfoque o la memoria, sensación de irritabilidad, rigidez en los músculos y sensación de cansancio.

Rodríguez (2008) afirma que quien padece esta enfermedad, manifiesta un esquema de ansiedad, aprensión y preocupación excesiva injustificada en diversas circunstancias de su vida cotidiana, tornándose fuera de control para quien lo padece, mostrando signos distintivos como la agitación o falta de paciencia, sensación de cansancio sin razón aparente, rigidez o tensión en los músculos, cambios en el humor hacia la irritabilidad, problemas para enfocarse o para tener la mente en reposo, y variaciones en los patrones usuales de sueño.

Sintomatología de la Ansiedad. Mayo Clinic (2021) describe que dentro de la ansiedad, se presentan los siguientes síntomas: sentirse nervioso, inquieto o tenso, sentimiento de amenaza inminente, crisis de pánico o premonición de un desastre, incremento en la frecuencia cardíaca, respiración acelerada, sudoración, temblores, sensación de debilidad o fatiga, dificultad para enfocarse o distraerse de la preocupación presente, trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, falta de control sobre la inquietud y la necesidad de evitar situaciones estresantes.

Por su parte, el Editorial Etecé (2021) lo divide en síntomas tanto de índole física como psicológica. Entre la sintomatología física describe: transpiración nerviosa, boca seca, mareos, temblores, temblores, rigidez muscular, dolor de cabeza, latidos cardíacos rápidos, dolor pre cardíaco, dificultad para respirar, ascos, vómitos, problemas estomacales, micción frecuente o disfunción sexual. En sintomatología psicológica: Intranquilidad, pensamientos de preocupación, estar abrumado, inquieto, sentimientos de fatalidad o locura, ansiedad, irritabilidad, inquietud, dificultad para concentrarse y recordar, insomnio, inhibiciones, compulsiones, obsesiones o conductas de evitación.

Barnhill (2020) detalla que quienes sufren de ansiedad generalizada, comúnmente pasan por un estado de inquietud permanente percibiéndola como complicado de manejar. La magnitud, la frecuencia o el tiempo que dura de las preocupaciones es mayor que la situación. Las preocupaciones son de naturaleza general y se relacionan con varios temas, las más comunes incluyen responsabilidades laborales y familiares, dinero, salud, seguridad, reparaciones de automóviles y labores domésticas.

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2013), por su parte describe que se necesitaría cumplir con ciertos criterios para hablar de un trastorno de ansiedad generalizada, siendo estos los que se describen a continuación: una preocupación constante, que permanece por un mínimo de seis meses, siendo difícil para quien lo padece sentir que puede controlarla, asociada a por lo menos tres síntomas como inquietud, fatiga, problemas para enfocar la atención, irritabilidad, rigidez muscular y dificultad para conciliar el sueño. Además, nos indica que no se puede atribuir estos síntomas por causa de un compuesto o condición médica, siendo este trastorno no explicado mejor por otra enfermedad mental.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Disminuir la sintomatología ansiosa para mejorar el estado de ánimo a través de un programa cognitivo conductual, en un adulto.

Objetivos Específicos

- Disminuir la sintomatología ansiosa con la intervención cognitiva conductual.
- Contrastar que la intervención cognitivo conductual disminuya el cuadro ansioso.

1.4 Justificación

El ser humano al relacionarse hacia el medio que le rodea atraviesa diversas situaciones en las que se va adaptando, en las cuales tiene que ir tomando decisiones, conforme va avanzando podría encontrarse con eventualidades que serían de desagrado; ante ello puede sentir ansiedad, que es la señal de alarma ante un peligro real o imaginario. Este indicador de alerta que se manifiesta a través de manifestaciones físicas o fisiológicas, nos advierte para que decidamos si enfrentar o escapar de esa situación amenazante.

Queda claro que la ansiedad es una reacción normal en nuestro cuerpo, sin embargo, esta se vuelve insana cuando esta reacción adaptativa se vuelve excesivamente intensa o hiperactiva, a causa de nuestros pensamientos y expectativas extremadamente negativas, percibimos que no tenemos los recursos adecuados para enfrentar la situación, la respuesta de ansiedad, en lugar de ser beneficiosa, nos inmoviliza y obstaculiza provocando un malestar clínicamente significativo afectando las diversas áreas en donde el ser humano se desarrolla, convirtiéndose en un trastorno.

El trastorno de ansiedad sigue representando uno de los diagnósticos más frecuentes en la población mundial y local, a esto se le suma que pasado el periodo de pandemia se siguió incrementando el índice de casos, como el estudio de caso presente; por lo que sigue siendo importante continuar estudiando y ejecutando programas de tratamiento, dada la permanencia de este trastorno.

Para su tratamiento existen métodos destinados a instruir al paciente sobre cómo establecer una relación más saludable con la ansiedad, a adquirir la habilidad de ser más adaptable en su percepción de la realidad y a proporcionarle herramientas para reaccionar de manera adaptativa y efectiva a sus metas de vida, entre ellos se encuentra el abordaje cognitivo conductual.

Por lo tanto, este estudio de caso busca brindar aporte a la problemática que se presenta, aplicando un tratamiento para la mejora de las características presentadas por el caso, permitiendo reducir su sintomatología ansiosa.

1.5 Impactos esperados del Trabajo Académico

La ansiedad se encuentra dentro de las principales enfermedades de salud mental, por lo que es necesario la creación de programas de prevención e intervención; en este caso se detalla un modelo de aplicación de tratamiento en un caso de ansiedad en un adulto, con esto se espera disminuir el cuadro ansioso mediante las técnicas cognitivo conductuales, disminuyendo el malestar fisiológico que presenta, así como sus pensamientos irracionales, logrando mejorar su calidad de sueño e incrementando su tolerancia a la frustración, para mejorar su interacción social.

Además, al realizarse de forma detallada el programa de intervención, se espera que sirva de guía para otros profesionales de la salud mental, instituciones o centros de salud para ser replicada en casos con diagnóstico ansioso con antecedentes similares en la etapa de vida de un adulto, sumando a su vez un antecedente de investigación sobre la efectividad que brinda el tratamiento cognitivo conductual en pacientes con síntomas de ansiedad.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente trabajo es una investigación de caso único A-B, diseño en el que no se puede retirar el tratamiento (Montero y León, 2004). Los diseños de caso único son diseños experimentales desarrollados en la tradición del control experimental de laboratorio (Ato *et al*, 2013).

2.2 Ámbito Temporal y Espacial

El presente programa se aplicó desde junio de 2022 a agosto de 2023. En cuanto a lo espacial se desarrolló de forma presencial y virtual, en presencial se desarrolló en el Callao y virtual a través de la plataforma Meet.

2.3 Variables de Investigación

2.3.1 *Variable Independiente*

Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad.

2.3.2 *Variable Dependiente*

Cuadro clínico ansioso.

2.4 Participante

Es un adulto de 22 años, que vive con sus padres y tres hermanos mayores en una casa propia en S.J.L. Cursa el último ciclo de la carrera técnica de marketing, trabaja como asesor de ventas en el rubro eléctrico. Viene a consulta acompañado de su hermano mayor, ingresa sólo al consultorio por presentar sintomatología ansiosa.

2.5 Técnicas e Instrumentos

2.5.1 *Técnicas*

- Psicoeducación, orienta y explica la naturaleza del diagnóstico, enfocada al paciente como a su entorno más cercano, describiendo la terapia y la perspectiva de la

enfermedad. Al conocer sobre su trastorno tanto el paciente como la familia, son capaces de tener herramientas para saber cómo manejarlo en momentos de crisis.

- Respiración, con esta técnica se busca incrementar el estado de relajación, dado que, con la respiración diafragmática, el abdomen se eleva durante la inspiración y desciende durante la espiración. La finalidad de la respiración es suministrar oxígeno al organismo y eliminar el dióxido de carbono. El diafragma actúa como base para los pulmones; durante la inhalación, el diafragma desciende, permitiendo que los pulmones se llenen completamente de aire, mientras que, en la exhalación, se elimina el aire, y el diafragma se relaja y regresa a su posición original.
- Relajación, se basa en ir pasando por los distintos grupos musculares y buscar relajarlos, acompañados de respiraciones y pausas. A largo plazo, la práctica de técnicas de relajación reduce el impacto del estrés acumulado y beneficia la salud.
- Reestructuración cognitiva, empleada para reconocer y modificar pensamientos disfuncionales, siendo su objetivo cambiar la manera de interpretar las vivencias, alterando los pensamientos irracionales que generan incomodidad y reemplazándolos con otros que puedan mejorar el bienestar emocional del individuo.
- Entrenamiento asertivo, consiste en entrenar al paciente a poder expresar sentimientos tanto negativos como positivos de una forma eficaz, respetando a los demás y así mismo, ayudando de esta forma a la tolerancia hacia la frustración.
- Higiene de sueño, consiste en una serie de hábitos que se realizan con el propósito de elevar la calidad del descanso, como por ejemplo acostarse al estar somnoliento, hasta realizar actividades en el día que propicien un mejor descanso por la noche.
- Administración de tiempo, estrategias para organizarse frente a múltiples tareas que generen tensión, presión y preocupación por no hacer las cosas perfectas.

- Prevención de recaídas, se centra en el mantenimiento de conductas sanas aprendidas durante el tratamiento, buscando fortalecer estrategias específicas para afrontar futuros contratiempos.

2.5.2 Instrumentos

Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15)

Ficha Técnica. Es un cuestionario desarrollado por Witchen y Boyer para la detección de Trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad. Está basado en el Composite International Diagnostic Interview (CIDI)2 de la OMS. Su versión 1.2 se desarrolló para cubrir los criterios diagnósticos DSM-IV y ICD-10. Ha sido diseñado para su uso en atención primaria. Cuenta con un total de 15 ítems de aplicación sencilla y 3 secciones:

1. Motivo de consulta: Es el Ítem 1, se refiere a algún síntoma por el cual el paciente acude al médico. Puede brindar alguna información.
2. Diagnósticos: Ítems 2 a 7. Cada uno de ellos evalúa un diagnóstico distinto, que poseen una elevada sensibilidad operativa para el diagnóstico de una patología. La contestación negativa a estas cuestiones hace casi imposible el diagnóstico del cuadro explorado. Los diagnósticos evaluados son: trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de estrés postraumático y estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada. Si la respuesta a estos seis ítems es negativa se finaliza la cumplimentación del cuestionario.
3. Trastorno de ansiedad Generalizada: Evalúa tanto los criterios de ansiedad generalizada como cuadros subclínicos de ansiedad, según los criterios DSM-IV, completados con algunas cuestiones recogidas en CIE-10. Valoran los siguientes aspectos: contenidos de las preocupaciones y ansiedad (ítems 8-10), dificultad para controlar las preocupaciones (ítems 11 y 12), síntomas físicos de ansiedad (ítem 13,

que tiene 11 sub ítems). Los 6 primeros son específicos de trastorno de ansiedad generalizada y los 5 siguientes corresponden a los incluidos en el CIE-10, impacto sobre la vida del paciente (ítem 14) y criterio temporal de duración de los síntomas (ítem 15).

Interpretación. Va dirigido a su utilización en atención primaria. Este instrumento puede servir como indicador de la eficacia de las intervenciones terapéuticas en el TAG La sensibilidad y especificidad de las distintas cuestiones llave es la siguiente: trastorno de pánico (S 95% E 62%), agorafobia (S 88% E 58%), fobia social (S 89% E 51%), Trastorno por estrés postraumático (S 82% E 49%), trastorno depresivo mayor (S 87% E 68%) y trastorno de ansiedad generalizada (cuestión llave más criterios, S 92% E 74%). El cuestionario resulta útil tanto en cuadros de ansiedad establecidos como en situaciones subclínicas.

Propiedades Psicométricas. Hernández (2012) al realizar una investigación en la ciudad de Chiclayo - Perú, utilizó el Cuestionario de Screening de Ansiedad, con fiabilidad para cuadros de ansiedad generalizada de kappa 0,72 y para ansiedad generalizada subclínica de 0,7 y su validez concurrente con valores de cronbach de 0,88; con sensibilidad global de 88% y especificidad de 96,3%.

Inventario de Ansiedad de Beck

Denominación. Inventario de ansiedad de Beck.(BAI)

Autor. Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA.(1988)

Adaptación Española. Jesús Sáenz y Carmelo Vásquez (2011) y el departamento de investigación de Pearson Clinical and Talent Assessmet España.

Editor de Adaptación. Pearson Educación, S.A.

Ámbito de Aplicación. Adultos

Tiempo. 10-30 minutos

Administración. Colectivo

Escalas. (5) Siempre, (4) Casi siempre, (3) A veces, (2) Casi nunca y (1) nunca.

Niveles y Rangos. Leve [21 – 48], Moderado [49 – 76], Severo [77 – 105]

Reseña Histórica. El inventario de Ansiedad de Beck, fue elaborado por Beck en el año 1988, denominándole Beck Anxiety Inventory, siendo el objetivo discriminar de forma fiable la ansiedad, valorando sus síntomas, siendo un instrumento auto aplicado de 21 ítems, de aplicación a los sujetos de estudio.

Aplicación. La aplicación es individual o grupal, con un tiempo de administración de 10 a 30 minutos. Si en caso el evaluado enuncie, que hay más de 2 respuestas, se registrará la puntuación mayor.

Calificación e Interpretación. El inventario de BAI, presenta puntuaciones de corte que determinan los niveles de gravedad en concordancia a los síntomas de la ansiedad, por lo que se consideró de: 0 a 7 (mínima), de 8 a 15 (leve), de 16 a 25 (moderada) y de 26 a 63 (grave), habiendo sido considerada dichas puntuaciones en la versión española.

Propiedades Psicométricas Originales. Para la validez del inventario de ansiedad de Beck, el autor original señala en su investigación que realizó una validez convergente al existir una relación con otros instrumentos que miden la ansiedad en diferentes poblaciones, encontrando una correlación de 0.51 con la Escala de ansiedad de Hamilton, Test de Ansiedad de Rasgos-Estados encontrando una $r=0.47$ y con el inventario de SCL-90R de 0.81. Por otro lado, la confiabilidad fue obtenida con un alfa de Cronbach=0.09 y 0.94, encontrando que las puntuaciones de la relación con los ítems de los instrumentos oscilan de 0.30 a 0.71. (Beck et al.,1976).

Propiedades Psicométricas Adaptación Española. El estudio de investigación en la versión española, estuvo orientado a estudiar a pacientes con algún trastorno psicológico, teniendo en consideración la población general de adultos y estudiantes universitarios, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.90, 0.91 y 0.88, todos ellos excelentes y comparables a

los obtenidos en estudios con muestras semejantes de otros países. Por otro lado, respecto a la validez del instrumento presenta una validez de constructo mediante el análisis factorial que configura tras una rotación oblicua o más, con saturaciones factoriales iguales o mayores de 0,35 como significativas.

Propiedades Psicométricas Adaptación Peruana. Palomino (2020) realizó el tratamiento estadístico de validez y confiabilidad. Presentando una validez de Aiken de 1,00, lo que determina que el instrumento posee una excelente validez y presenta su valor Alfa de Cronbach de 0,931 teniendo una excelente confiabilidad.

2.5.3 Evaluación Psicológica

Nombre: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Nombre Original: Beck Anxiety Inventory (BAI)

Autores: Aaron T. Beck y Robert A. Steer

Autor de la adaptación peruana: Magaly Palomino Martínez

Historia Psicológica

Datos de filiación.

- Apellidos y Nombre : C.T.G
- Edad : 22 años
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Grado de instrucción : Tec. Superior Incompleto
- Ocupación : Estudiante y asesor de ventas
- Lugar de Procedencia : S. J.L
- Lugar de entrevista : Callao

Observaciones. Paciente acudió al consultorio particular, después de haber pasado por evaluación médica con la especialidad de cardiología, donde le comentan que su

hormigueo en el cuerpo, dolores de cabeza, tensión corporal y adormecimiento del brazo izquierdo es de causa psicológica por lo que necesita intervención en terapia psicológica. Mostró un rostro desanimado, tomo asiento, utilizó un lenguaje coherente y acorde a su nivel de educación, siendo verborreico, con tono de voz adecuado a la entrevista, tocándose la cabeza por momentos, mantuvo contacto visual y mostró una postura semi encorvada.

Descripción del examinado. Se trata de un paciente adulto, que parece estar físicamente sano, con buen aseo personal. Muestra signos de ansiedad, como tocarse la cabeza constantemente, intranquilidad y un lenguaje acelerado. Se muestra colaborador y responde a las preguntas atentamente. Demuestra estar orientado en cuanto a tiempo, espacio y persona, lo que sugiere una buena conciencia de la realidad. A pesar de la ansiedad evidente, el paciente muestra una memoria conservada. Su estado de ánimo se describe como intranquilo. Muestra comprensión de las indicaciones durante las pruebas psicológicas. El paciente menciona frases como "desde hace seis meses estoy teniendo problemas en el trabajo, me estoy equivocando" "cuando llego a mi casa sigo pensando en mi trabajo" "no encuentro solución a lo que tengo, quiero renunciar esto me hace llorar" "estoy sintiendo hormigueo en el cuerpo, adormecimiento en mi brazo izquierdo" "me voy a volver a enfermar de COVID" lo que sugiere un malestar emocional y una percepción de dificultades en su vida actual.

Motivo de Consulta. Examinado acude al consultorio refiriendo "trabajo desde los quince años en el rubro eléctrico, siento que hay mucha presión", "desde hace seis meses estoy teniendo problemas en el trabajo, me estoy equivocando", "ya me he hecho análisis, fui al cardiólogo y me dicen que estoy sano, que tengo que ir a psicología" "me gustaría aprender a controlar mis emociones cuando se me presenta un problema". Los síntomas y el discurso de C.T. sugieren la presencia de un cuadro clínico que podría corresponder

a un trastorno del estado de ánimo, como la ansiedad, menciona: “cuando llego a casa o voy a estudiar sigo pensando en el trabajo”, “no encuentro solución a lo que tengo, quiero renunciar esto me hace llorar” “estoy sintiendo hormigueo en el cuerpo, adormecimiento en mi brazo izquierdo” “me voy a volver a enfermar de COVID”.

En lo referente al ámbito social manifiesta: “antes iba los fines de semana a jugar futbol con mis compañeros, ahora por esto lo he dejado, me gustaría salir como antes” “cuando me siento mal le cuento mis problemas a mis hermanos y mi madre”.

El usuario manifiesta dormir pocas horas, hormigueo en el cuerpo, dolores de cabeza, tensión corporal y adormecimiento del brazo izquierdo, del mismo modo evidencia pensamientos negativos sobre su futuro.

Problema Actual. Paciente acude a consulta en compañía de su hermano mayor, ingresa sólo refiriendo sentir malestar hace casi seis meses, percibiendo que este ha incrementado, a raíz de equivocarse con una venta a un cliente que él llama “grande”, relatando “trabajo desde los quince años en el rubro eléctrico, siento mucha presión”, “he empezado a tener problemas en el trabajo”, “me gustaría aprender a controlar mis emociones cuando se me presenta un problema”. Piensa sobre su trabajo “pensar en dejar el trabajo me hace sentir feliz”; esto se intensifica cuando conversa con compañeros del área de despacho, quienes le indican que aún no cuentan con un producto que ha vendido a un cliente, pensando “deberían avisarme si no tienen el producto, porque no me avisaron a tiempo”, “siempre me pasa a mí, he sido muy flexible con ellos”, quejándose a solas por lo sucedido “reniego”; a lo que agrega “antes iba los fines de semana a jugar futbol con mis compañeros, ahora por esto lo he dejado”.

Posterior a ello, refiere que desea ir a casa, por lo que al llegar conversa con sus hermanos sobre lo que le pasa, sobre todo con su madre.

Además, menciona sentir hormigueo en el cuerpo, dolores de cabeza, tensión corporal antes de ir a dormir, durmiendo pocas horas, y al levantarse refiere adormecimiento en el brazo izquierdo. Piensa sobre su futuro “me voy a volver a enfermar de COVID”, a esto sigue pensando “creo que me dará la viruela del mono”, “si me enfermo es por ocioso”. Asimismo, agrega tener dificultad para conciliar el sueño. Esto sucede con frecuencia de tres veces a la semana.

Por otro lado, los días que tiene que ir a estudiar refiere “sigo pensando en el trabajo”, “me gustaría salir con mis amigos como antes”.

Desarrollo cronológico del problema. Usuario trabaja desde los quince años en el rubro eléctrico, fue llevado por un hermano mayor a la empresa donde trabajaba con otros dos hermanos. A los 16 años fue encargado de almacén. En el 2018 se va a otra sede de la misma empresa, para el 2019 refiere haber empezado a sentir estrés por su trabajo.

En marzo del 2020 comenta haberse contagiado de COVID, pero se llega a enterar por un análisis, siendo asintomático. A partir de ello comenta que pide trabajar de forma remota y empezó a tener problemas con el área de recursos humanos de la empresa. Sus hermanos dejan de trabajar en esa empresa, por lo que decide renunciar por tener pensamientos catastróficos sobre volver a enfermarse.

Desde el 2020 empieza a trabajar en la empresa donde actualmente se encuentra.

Historia Personal.

- Embarazo. Gestación no planificada, embarazo a término. Nació por parto natural. Respiró sin problemas.
- Desarrollo. Gateo, camino al año, sin retraso en su lenguaje.
- Escolaridad. Llevo inicial, primaria y secundaria. En la secundaria iba al mismo colegio que sus hermanos mayores, por lo que se sintió acompañado de ellos.

- Desarrollo Psicosexual. Reconoce su sexualidad como masculino. Ha tenido según comenta “parejas sentimentales”, actualmente se encuentra saliendo con una persona del sexo femenino por el que comenta tener atracción.
- Actitudes y preferencias religiosas. Refiere ser de religión católica.
- Hábitos e intereses. Le gusta escuchar música al regresar a casa, le interesa ver partidos de futbol y salir a jugar fulbito.

Historia Familiar.

- Padre de ocupación albañil, la relación con el consultante es lejana, de poca confianza.
- Madre de ocupación ama de casa, la relación con el consultante es de confianza, percibiéndola como afectuosa y preocupada por la situación que viene atravesando.
- Hermanos, tiene cuatro hermanos mayores, de ocupación independiente, tienen una empresa familiar. La relación con ellos considera que es muy cercana y de confianza, sintiéndose respaldado por ellos.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Informe Psicológico del Cuestionario de Screening de Ansiedad

1. Datos de filiación.

- Apellidos y Nombre : C.T.G
- Edad : 22 años
- Estado Civil : Soltero
- Grado de instrucción : Tec. Superior Incompleto
- Ocupación : Estudiante y asesor de ventas
- Lugar de Procedencia : S. J.L
- Psicóloga : Laura Asalde

- Fecha de evaluación : 09-06-2022

II. Instrumentos aplicados. Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15)

III. Resultados.

Tabla 1

Puntajes obtenidos del Cuestionario ASQ-15.

Secciones	Valoración
<i>Motivo de consulta</i>	Problemas psicológicos
<i>Criterios Diagnósticos</i>	Trastorno Depresivo Mayor Trastorno y síndrome de pánico Estrés agudo Trastorno de Ansiedad Generalizada
<i>TAG</i>	Preocupaciones y ansiedad (2 pts.) Dificultad para controlar preocupaciones (2pts.) Síntomas físicos (3pts.) Impacto sobre la vida (3pts.) Criterio Temporal (semanas)

Nota: Elaboración propia.

IV. Interpretación de los resultados.

Según el Test de Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15) el examinado presenta los siguientes resultados:

- Presenta como Motivo de consulta problemas psicológicos.
- Criterios diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno y síndrome de pánico, Estrés agudo, Trastorno de Ansiedad Generalizada.

- En criterios de Ansiedad Generalizada: Preocupaciones y ansiedad, dificultad para controlar preocupaciones, síntomas físicos, impacto sobre la vida y como criterio temporal de semanas.

V.Recomendaciones. Tratamiento psicoterapéutico.

Informe del Inventario De Ansiedad De Beck

I.Datos de filiación

- Apellidos y Nombre : C.T.G
- Edad : 22 años
- Estado Civil : Soltero
- Grado de instrucción : Tec. Superior Incompleto
- Ocupación : Estudiante y asesor de ventas
- Lugar de Procedencia : S. J.L
- Psicóloga : Laura Asalde
- Fecha de evaluación : 09-06-2022

II.Instrumentos aplicados. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

III.Resultados.

Tabla 2

Puntajes obtenidos del inventario de Ansiedad de Beck.

Puntaje	Nivel
18	Ansiedad moderada

Nota: Elaboración Propia

IV.Interpretación de los resultados. El evaluado presenta un nivel de ansiedad moderada.

V.Recomendaciones. Psicoterapia para reducir su nivel de ansiedad.

2.5.5 Informe psicológico integrador

Informe Psicológico.

I. Datos de Filiación.

- Apellidos y Nombre : C.T.G
- Edad : 22 años
- Estado Civil : Soltero
- Grado de instrucción : Tec. Superior Incompleto
- Ocupación : Estudiante y asesor de ventas
- Lugar de Procedencia : S. J.L
- Psicóloga : Laura Asalde
- Fecha de evaluación : 09-06-2022

II. Motivo de Consulta. Examinado acude al consultorio refiriendo “trabajo desde los quince años en el rubro eléctrico, siento que hay mucha presión”, "desde hace seis meses estoy teniendo problemas en el trabajo, me estoy equivocando”, “ya me he hecho análisis, fui al cardiólogo y me dicen que estoy sano, que tengo que ir a psicología” “me gustaría aprender a controlar mis emociones cuando se me presenta un problema”. Los síntomas y el discurso de C.T. sugieren la presencia de un cuadro clínico que podría corresponder a un trastorno del estado de ánimo, como la ansiedad, menciona: “cuando llego a casa o voy a estudiar sigo pensando en el trabajo”, “no encuentro solución a lo que tengo, quiero renunciar esto me hace llorar” “estoy sintiendo hormigueo en el cuerpo, adormecimiento en mi brazo izquierdo” “me voy a volver a enfermar de COVID”.

En lo referente al ámbito social manifiesta: “antes iba los fines de semana a jugar futbol con mis compañeros, ahora por esto lo he dejado, me gustaría salir como antes” “cuando me siento mal le cuento mis problemas a mis hermanos y mi madre”.

El usuario manifiesta dormir pocas horas, hormigueo en el cuerpo, dolores de cabeza, tensión corporal y adormecimiento del brazo izquierdo, del mismo modo evidencia pensamientos negativos sobre su futuro.

III. Pruebas Psicológicas Administradas.

- Cuestionario de screening de ansiedad (ASQ-15).
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

IV. Análisis e interpretación de resultados. En el Cuestionario de Screening de Ansiedad, el examinado presenta criterios diagnósticos: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno y síndrome de pánico, Estrés agudo, Trastorno de Ansiedad Generalizada. En criterios de Ansiedad Generalizada: Preocupaciones y ansiedad, dificultad para controlar preocupaciones, síntomas físicos, impacto sobre la vida y como criterio temporal de semanas. En el cuestionario de Ansiedad de Beck, el evaluado presenta un puntaje de 18, lo que lo ubica en un nivel de ansiedad moderada.

V. Presunción diagnóstica. Trastorno de Ansiedad Generalizada.

VI. Análisis Funcional.

Tabla 3

Análisis funcional.

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
----------------------	----------	----------------------

<p>Externo:</p> <p>Compañeros de trabajo le dicen que no podrán darle un producto a la hora que él pactó con el cliente.</p>	<p>Cognitivo:</p> <p>✓ “deberían avisarme si no tienen el producto, porque no me avisaron a tiempo”</p> <p>✓ “siempre me pasa a mí, he sido muy flexible con ellos”</p>	<p>Externo:</p> <p>Al contar sus problemas madre lo consuela y se siente tranquilo.</p>
	<p>Fisiológico:</p> <p>Hormigueo en el cuerpo</p> <p>Dolores de cabeza.</p> <p>Tensión corporal.</p> <p>Adormecimiento del brazo izquierdo.</p>	<p>Al contar los problemas del trabajo, hermanos le dicen que renuncie, que trabaje con ellos, lo consuelan y logra tranquilizarse</p>
	<p>Motor:</p> <p>Disminuye sus relaciones fuera de su ambiente familiar (laborales)</p>	
	<p>Motor:</p> <p>Duerme poco</p>	<p>Externo:</p> <p>Cuando se despierta va con su madre y ella lo consuela.</p>
	<p>Quejarse a solas.</p>	<p>Interno:</p> <p>“pensar en dejar el trabajo me hace sentir feliz”</p>

Interno:	Cognitivo:	Externo:
Recuerda cuando se enfermó de COVID	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “me voy a volver a enfermar de COVID” ✓ “creo que me dará la viruela del mono” ✓ “sí me enfermo es por ocioso” 	Al contar los problemas, madre y hermanos le dan atención, lo consuelan.
	<p>Fisiológico:</p> <p>Hormigueo en el cuerpo</p> <p>Dolores de cabeza.</p> <p>Tensión corporal.</p> <p>Adormecimiento del brazo izquierdo.</p>	
	<p>Motor:</p> <p>Duerme poco.</p>	Cuando se despierta va con su madre y ella lo consuela.

Nota: Elaboración Propia

VII. Diagnóstico Funcional. Lista de Conductas.

- Fisiológico: hormigueo en el cuerpo, dolores de cabeza, tensión corporal, adormecimiento del brazo izquierdo.
- *Motor:* duerme poco, quejarse a solas, ha disminuido sus relaciones fuera de su ambiente familiar.
- *Cognitivo:* “deberían avisarme si no tienen el producto, porque no me avisaron a tiempo”, “siempre me pasa a mí, he sido muy flexible con ellos”, “me voy a volver a

enfermar de COVID”, “creo que me dará la viruela del mono”, “sí me enfermo es por ocioso”.

Tabla 4

Diagnóstico funcional.

Exceso	Déficit	Debilitamiento
✓ Hormigueo en el cuerpo		✓ Relaciones fuera de su ambiente familiar.
✓ Dolores de cabeza.		
✓ Tensión corporal.		✓ Dormir.
✓ Adormecimiento del brazo izquierdo.		
✓ Quejarse.		
✓ “deberían avisarme si no tienen el producto, porque no me avisaron a tiempo”		
✓ “siempre me pasa a mí, he sido muy flexible con ellos”		
✓ “me voy a volver a enfermar de COVID”		
✓ “creo que me dará la viruela del mono”		
✓ “sí me enfermo es por ocioso”		

Nota: Elaboración propia.

VIII. Diagnóstico Tradicional: DSM V.

- 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).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Fácilmente fatigado.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- 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.

IX.Recomendaciones. Psicoterapia cognitivo conductual.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Se presentan las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de ansiedad, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con las técnicas como: técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, higiene de sueño, administración de tiempo y entrenamiento asertivo.

El tratamiento fue de 15 sesiones, con una duración de 1 hora aproximadamente desde el 16 de junio del 2022 hasta el 23 de agosto del 2023, las sesiones fueron las primeras cuatro semanales y luego quincenales, de forma virtual, la última sesión de seguimiento se realizó después de un año, a solicitud del paciente. Antes de las sesiones de terapias, se realizaron dos sesiones para conocer el motivo de consulta, obtener datos de la historia psicológica y aplicación de las pruebas psicológicas, siendo la primera de forma presencial y luego virtual.

2.6.2 Programa de intervención

Objetivos.

Objetivo general. Disminuir los síntomas ansiosos a través de técnicas cognitivo conductuales.

Objetivos específicos

- Disminuir la sintomatología ansiosa con la intervención cognitiva conductual.
- Contrastar que la intervención cognitivo conductual disminuya el cuadro ansioso.

Tabla 5

Descripción de las técnicas que se utilizaron en base a los objetivos.

Objetivos	Técnicas	Sesiones
Brindar información relacionada al proceso terapéutico	Psicoeducación	1
Disminuir su malestar fisiológico	Técnica de respiración	2
	Técnicas de relajación	3
Disminuir sus pensamientos irracionales	Reestructuración cognitiva	4
		5
		6
		7
Disminuir la baja tolerancia a la frustración	Entrenamiento asertivo	8
		9
		10
Incrementar la duración del sueño	Higiene de sueño	11
Mejorar su interacción social fuera de su ambiente familiar	Administración de tiempo	12
Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.	Prevención de recaídas	13
		14
		15

Nota: Elaboración propia.

- ✓ Brindar información relacionada al proceso terapéutico a través de la psicoeducación.
- ✓ Disminuir su malestar fisiológico a través de técnicas de respiración y relajación.
- ✓ Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva.

- ✓ Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo.
- ✓ Incrementar la duración del sueño a través de la higiene del sueño.
- ✓ Mejorar su interacción social fuera de su ambiente familiar a través de la administración de tiempo.
- ✓ Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.

2.7. Procedimiento

Tabla 6

Sesión 1: Brindar información relacionada al proceso terapéutico a través de la psicoeducación.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Establecer la alianza terapéutica, el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y psicoeducar al paciente sobre su diagnóstico	Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida al paciente. 2. Se realiza la explicación del procedimiento de la intervención terapéutica a través de la psicoeducación. 3. Se trabaja rapport y encuadre. 	<p>Acudir a sus sesiones</p> <p>Respetar lo acordado</p>

Nota: Elaboración propia.

Tabla 7

Sesión 2: Disminuir su malestar fisiológico a través de técnicas de respiración y relajación.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Psicoeducar y entrenar en las técnicas de respiración.	Técnicas de respiración.	1. Se realiza la explicación de las técnicas de respiración. 2. Se entrena en las técnicas de respiración.	Practicar las técnicas ante el inicio del malestar.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 8

Sesión 3: Disminuir su malestar fisiológico a través de técnicas de respiración y relajación.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Mejorar o corregir las técnicas de respiración y entrenar en la técnica de relajación.	Técnicas de relajación	1. Mejorar o corregir las técnicas de respiración. 2. Explicar la técnica de técnica de relajación	Practicar ejercicio de relajación ante la sensación de dolor en alguna zona de su cuerpo.

muscular
profunda y
técnica de
imaginación
temática.

3. Entrenar en la
técnica de
relajación
muscular
profunda y
técnica de
imaginación
temática.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 9

Sesión 4: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Psicoeducar sobre las distorsiones y errores del pensamiento. Explicar la función del pensamiento, emoción y conducta.	Reestructuración cognitiva	1. Explicación sobre los pensamientos automáticos. 2. Entrenar en la técnica ABC.	Registro diario sobre la técnica ABC.

-
3. Concientizar
sobre los
pensamientos
automáticos y
creencias
centrales
negativas.
-

Nota: Elaboración propia.

Tabla 10

Sesión 5: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Explicar las ideas irracionales más comunes.	Reestructuración cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> Se revisa el registro de la sesión anterior. A través de ejercicios basados en la experiencia del paciente se concientiza sobre el ABC. 	Registro diario sobre su ABC identificando pensamientos irracionales.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11

Sesión 6: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Explicación del debate de pensamientos irracionales negativos.	Reestructuración cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de registro de sesión anterior. 2. Entrenamos en el debate, a través de preguntas que se asemejen a las experiencias ansiógenas del paciente. 	Practicar el debate en situaciones cotidianas que generen malestar.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 12

Sesión 7: Disminuir sus pensamientos irracionales a través de la reestructuración cognitiva.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Seguir disminuyendo los pensamientos irracionales.	Reestructuración cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se explica y entrena en la técnica de auto instrucciones. 2. Se explica y entrena en la 	Practicar en situaciones donde presenta malestar ansiógeno.

técnica de parada
de pensamientos,
estableciendo en
que situaciones le
resultaría más
cómoda
aplicarlas.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 13

Sesión 8: Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Concientizar sobre la importancia de las relaciones interpersonales como fuente de estrés.	Entrenamiento asertivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicación sobre los tipos de comportamientos agresivo, pasivo y asertivo. 2. Identificar el tipo de comportamiento con el que se relaciona con los demás. 	Practicar el comportamiento asertivo en sus situaciones cotidianas.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 14

Sesión 9: Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Incrementar la tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo.	Entrenamiento asertivo	1. A través de situaciones cotidianas en su trabajo donde haya presentado malestar, se explica la técnica de cómo decir no y cómo pedir un cambio de conducta.	Hasta la siguiente sesión practicando el entrenamiento asertivo con sus compañeros de trabajo.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 15

Sesión 10: Disminuir la baja tolerancia a la frustración a través del entrenamiento asertivo.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Conocer los logros obtenidos y resolver dudas sobre lo	Entrenamiento asertivo	1. A través de juego de roles se resuelven las dudas sobre mantener una	Continuar practicando la asertividad en el trabajo.

trabajado en la	conducta
sesión anterior.	asertiva.
	2. Se hace una
	revisión sobre
	que técnicas
	asertivas son más
	eficientes para
	cada situación.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 16

Sesión 11: Incrementar la duración del sueño a través de la higiene de sueño.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Reestablecer la conexión entre el sueño y su lugar para dormir.	Higiene de sueño	1. Se explica la importancia de acostarse solo cuando está somnoliento. 2. Cuando se acueste y se sienta incapaz de dormir, dirigirse a otra habitación a realizar una	Aplicar lo explicado en sesión al momento de acostarse a dormir.

-
- actividad
 - sedentaria, y
 - acostarse hasta
 - sentirse
 - somnoliento.
 - 3. Si se despierta
 - evitar ver la hora
 - del reloj.
-

Nota: Elaboración propia.

Tabla 17

Sesión 12: Mejorar su interacción social fuera de su ambiente familiar a través de la administración de tiempo.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Mejorar su interacción social fuera de su ambiente familiar.	Administración de tiempo	Se explica sobre la importancia de mantener sus relaciones fuera de su ambiente familiar, estableciendo horarios de actividades deportivas y motivando a salir	Se compromete a realizar actividades deportivas con compañeros de trabajo y refiere asistir a un evento con una amiga.

con amigos del
instituto

Nota: Elaboración propia.

Tabla 18

Sesión 13: Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.

OBJETIVO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ACTIVIDADES	TAREA
Mantener conductas saludables.	Prevención de recaídas Cuestionario ASQ 15 Inventario de Ansiedad de Beck	1. Se aplica la batería de pruebas psicológicas. 2. Se hace una revisión de todos los puntos que se han ido trabajando.	Practicar lo aprendido durante las sesiones.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 19

Sesión 14: Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
-----------------	-----------------	--------------------	--------------

Dar seguimiento a las conductas adheridas durante el tratamiento.	Prevención de recaídas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se da devolución de los resultados de la prueba. 2. Se resuelven las dudas surgidas antes de la sesión. A través de un listado detalla los pasos que realizará para resolver problemas con las técnicas aprendidas. 	Realizar lo aprendido durante las sesiones.
---	-------------------------	---	---

Nota: Elaboración propia.

Tabla 20

Sesión 15: Mantener conductas sanas mediante la prevención de recaídas.

OBJETIVO	TÉCNICAS	ACTIVIDADES	TAREA
Dar seguimiento a las conductas adheridas durante el tratamiento.	Prevención de recaídas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se resuelven las dudas surgidas durante la sesión. 2. Se retroalimenta sobre las técnicas 	Mantener la práctica de técnicas, en situaciones que generen impacto ansioso.

aprendidas

anteriormente.

Nota: Elaboración propia.

2.8. Consideraciones éticas

Se pidió permiso al paciente, con el fin de presentar el problema que presenta para un trabajo académico, mencionándole que no van los datos personales, cuidando su identidad.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

En el Test de Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15) en el pre test obtuvo los siguientes resultados: motivo de consulta problemas psicológicos, criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada; en criterios de ansiedad: Preocupaciones y ansiedad, dificultad para controlar preocupaciones, síntomas físicos, impacto sobre la vida y como criterio temporal de semanas. En el post test obtuvo los siguientes resultados: motivo de consulta problemas psicológicos, en criterios de ansiedad: preocupación, intranquilidad e inquietud.

En el Inventario de Ansiedad de Beck en el pre test obtuvo un puntaje de 18, que lo ubica en una ansiedad media y en el post test un puntaje de 8, que lo ubica en un nivel de ansiedad muy baja.

Tabla 21

Comparación de resultados del pre test y post test.

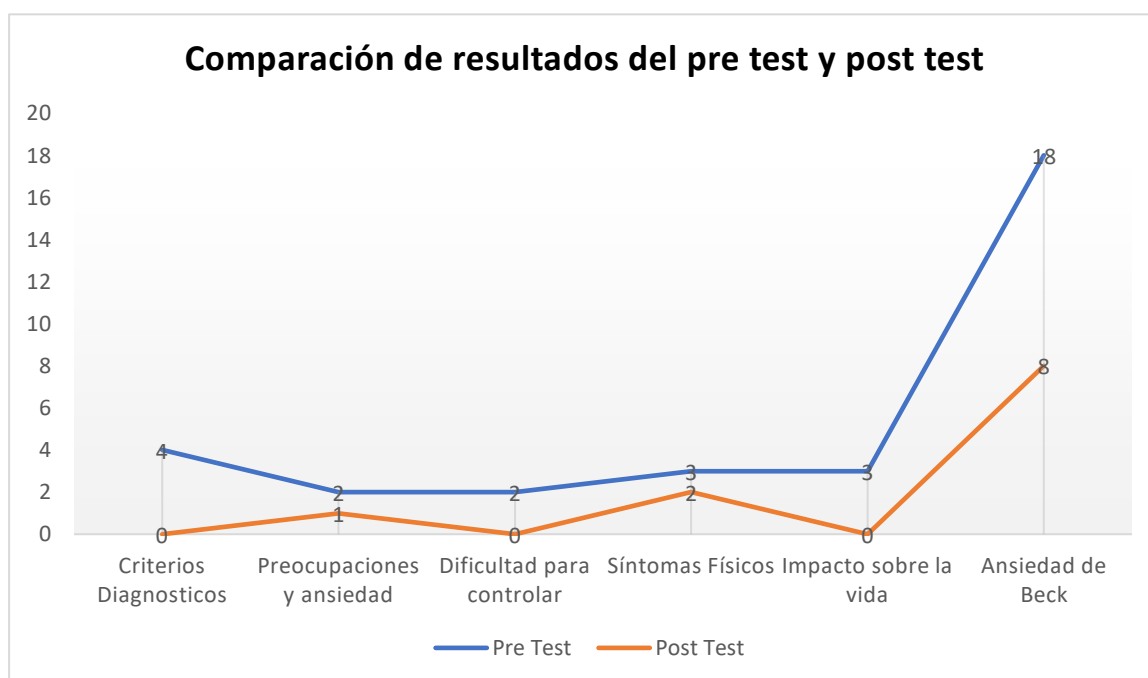
		Pre Test		Post Test	
	Secciones	Valoración		Secciones	Valoración
ASQ-15	Motivo de Consulta	Problemas psicológicos		Motivo de Consulta	Problemas psicológicos
	Criterios Diagnósticos	Trastorno Depresivo Mayor		Criterios diagnósticos	Ninguno
		Trastorno y síndrome de pánico			
		Estrés agudo			
		Trastorno de Ansiedad Generalizada			
TAG	Preocupaciones y ansiedad	2 pts.	Preocupaciones y ansiedad	1 pt.	
	Dificultad para controlar	2 pts.	Dificultad para controlar	0 pt.	
	Síntomas físicos	3 pts.	Síntomas físicos	2 pts.	
	Impacto sobre la vida	3 pts.	Impacto sobre la vida	0 pt.	

	Criterio Temporal	Semanas	Criterio Temporal	Meses
Inventario de Ansiedad de Beck	18 pts. Ansiedad Moderada		8pts. Ansiedad Baja	

Nota: Elaboración propia.

Figura 1

Comparación de resultados del pre test y post test.



3.2 Discusión de Resultados

Los resultados obtenidos a partir del programa de intervención cognitivo conductual se observó una clara mejoría del paciente del pretratamiento al postratamiento. En el objetivo general se estableció disminuir la sintomatología ansiosa para mejorar el estado de ánimo del paciente, a través de un programa cognitivo conductual, observándose en el post test una disminución del nivel de ansiedad moderada a baja, así como la disminución de sus criterios de ansiedad. Estos resultados se asemejan a los hallados por Maraví (2020) quien presentó el caso

con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), llevando a cabo una intervención terapéutica con terapia cognitivo conductual mejorando el estado emocional y afectivo de la paciente, disminuyendo la frecuencia de la preocupación lo que favoreció la disminución de la intensidad de 54% a 14%. Asimismo, estos resultados concuerdan con Pabuena (2019) quien describe el proceso terapéutico llevado a cabo con un paciente adulto de mediana edad de Bucaramanga, que presenta sintomatología relacionada con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), realizando un plan de tratamiento basado en el modelo cognitivo conductual, logrando reducir su sintomatología y realizar cambios relacionados con el sistema de creencias, llegando el paciente a presentar estrategias de afrontamiento funcionales y control emocional.

El presente estudio de caso tuvo resultados de la desaparición de criterios diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno y síndrome de pánico, estrés agudo, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y la desaparición de síntomas de TAG como dificultad para controlar e impacto sobre la vida, esto debido a que se realizaron las técnicas de respiración y relajación, psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, higiene de sueño, administración de tiempo y prevención de recaídas. La terapia cognitivo conductual en su estructura, tiene tal consistencia interna que, aunque se apliquen distintas técnicas en diferentes casos tienen buen resultado, demostrando una buena eficacia, esto lo podemos observar en el estudio de caso que realizó Díaz Huamaní (2022), en el que a través de un tratamiento en terapia cognitivo conductual, incluyó las siguientes técnicas como la psicoeducación, habilidades en técnicas de relajación y reestructuración cognitiva, así como habilidades sociales y técnicas de exposición y para manejar preocupaciones, en las que se observó, después de aplicar un post test, una mejoría clínicamente significativa en la capacidad de la paciente para tomar decisiones personales, lo que le permitió sentirse menos disgustada e irritable, estableciendo y llevando a cabo proyectos a corto plazo, mejorando su autoestima y capacidad para controlar sus impulsos. Del mismo modo, Berdazco et al. (2022) en su estudio

de caso, con una consultante con diagnóstico de TAG, cuya intervención fue de corte cognitivo conductual, incluyen técnicas como la desactivación fisiológica y reestructuración de pensamientos, así también otras como solución de problemas y entrenamiento de habilidades sociales, reflejando la reducción de los signos clínicos que presentaba el paciente.

3.3 Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual se programó una sesión de seguimiento en tiempo de dos meses. Durante esa sesión se trabajaría los sentimientos de ansiedad, inquietud y preocupación que pudieran presentarse.

IV. CONCLUSIONES

4.1 Eficiencia y eficacia de la terapia cognitivo conductual al disminuir el nivel de ansiedad en el paciente, mejorando su relación con los demás, destacando como mejor avance al finalizar el tratamiento que puede relacionarse con sus compañeros de trabajo.

4.2 La mejor técnica fue la reestructuración cognitiva, observándose en el paciente la disminución de las distorsiones cognitivas e ideas irracionales. Las creencias que se logró reestructurar fueron “deberían avisarme si no tienen el producto, porque no me avisaron a tiempo” “siempre me pasa a mí, he sido muy flexible con ellos” “me voy a volver a enfermar de COVID” “sí me enfermo es por ocioso”. El paciente reconoció sus creencias y las reemplazó con otras más adecuadas, de esta manera logró reducirlas.

4.3 En cuanto a los criterios de ansiedad del Cuestionario de screening de ansiedad (ASQ-15) en el pre test mostró preocupaciones y ansiedad (2pts), dificultad para controlar preocupaciones (2pts), síntomas físicos (3pts) e impacto sobre la vida (3pts), y al aplicar el post test en ansiedad y preocupación (1 pt) y síntomas físicos (2 pts.), mostrando que los niveles de ansiedad, pese a la reducción significativa, se siguen presentando pero sin interferir con su dinámica cotidiana a un nivel adaptativo y funcional.

V. RECOMENDACIONES

En relación al presente trabajo académico, se recomienda lo siguiente:

- 5.1 Aplicar intervención cognitivo conductual para casos con ansiedad generalizada, dado los buenos resultados obtenidos en el presente caso.
- 5.2 Aplicar técnicas de reestructuración cognitiva para pensamientos irracionales de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, como la Técnica ABC, debate socrático, auto instrucciones y parada de pensamientos, dado los buenos resultados que se han observado a partir del caso del presente estudio.
- 5.3 Supervisar la continuidad de la aplicación de las técnicas aprendidas, para los síntomas de ansiedad y preocupación y síntomas físicos, que padece la persona con cuadro clínico de ansiedad con miras a que se mantengan en niveles funcionales y adaptativos.

VI. REFERENCIAS

- Actualidad en Psicología (01 de setiembre de 2022). *Iván Pávlov y el condicionamiento clásico*.
<https://www.actualidadenpsicologia.com/ivan-pavlov-condicionamiento-clasico/>
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5)*. Panamericana.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf
- Bados, A (2015). *Trastorno de Ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Síntesis.
- Barnhill, J. W. (abril 2020) *Trastorno de ansiedad generalizada*.
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada>
- Berdazco Pintado, D.; Hernández Montaña, A. y González Tovar, J. (2022) Trastorno de Ansiedad Generalizada: Un estudio de caso desde la terapia cognitivo conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 25 (4), 1419 -1435.
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Vol25No4Art10.pdf>
- Briceño Calvo, R. A. (2022) Estudio de caso clínico: Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad generalizada [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3190404>
- Clínica Barcelona (29 de enero de 2019). *Trastornos de ansiedad*.
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>
- Coronado - Valls, S. (2022) *Estudio del caso M. Tratamiento cognitivo conductual en ansiedad generalizada con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad* [Tesis de maestría,

Universidad Europe Madrid]. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2259/CORONADO%20VALLS%20Saray.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz Huamaní, B. (2022) *Abordaje cognitivo conductual en trastorno de ansiedad generalizada* [Trabajo Académico de segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12107>

Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Descleé de Brouwer.

Dughi Martínez, P y Contreras Martinez, C. (2005). *Módulo de atención integral en Salud Mental. La depresión y ansiedad*. Ministerio de Salud y Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Ellis, A (2006). *Usted puede ser feliz*. Paidós.

Enciclopedia Concepto (05 de agosto de 2021). *Ansiedad*. <https://concepto.de/ansiedad-2/>

Espinoza - Rojas, G.O. (2019) *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual* [Tesis de grado, Universidad San Martín de Porres]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2853953>

Fullanaa, M., Fernández de la Cruz, L. y Bulbena, A. y Toro, J. (17 de febrero de 2011) Eficacia de la terapia cognitivo conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*. chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf

Guizado Marcelo, C. G. (2022) Intervención bajo el enfoque racional emotivo conductual en un caso de ansiedad [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3147144>

Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P. y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10 (2), 201-207. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>

Hernández, G. A. (2012, marzo). Trastornos de Ansiedad en consulta externa de Medicina del Centro de Atención Primaria - I Úcupe. Chiclayo. *Revista de cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 6 (1), 14-18.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2023) *Atenciones por problemas de salud mental aumentaron de 400 000 a más de un millón en el marco de la pandemia*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/695760-atenciones-por-problemas-de-salud-mental-aumentaron-de-400-000-a-mas-de-un-millon-en-el-marco-de-la-pandemia>

Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. El manual moderno.

https://www.google.com.pe/books/edition/Modificaci%C3%B3n_de_la_conducta_y_sus_aplic/5HvHCQAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&printsec=frontcover

Lieberman, R. (1978). *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. Fontanella.

Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic 5.ª edición (29 de julio de 2021). *Terapia Cognitivo Conductual*. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>

Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic 5.^a edición (11 de noviembre de 2021) *Trastornos de ansiedad*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

Macías Spindola, L. F, Campos Aguilera, M. G. y Rodríguez Orozco, A. R. (2020). Respuesta al tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual y mindfulness en una mujer con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 17(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106182>

Maraví - Ecurra, A. (2020) Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal].

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_2f9d56ff4e5f85d7a810752c138919a1/Description#tabnav

Martín Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva* [Archivo PDF]. *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf*

Menteamente (01 de mayo de 2018). *Tratamiento psicológico del insomnio*. <https://www.menteamente.com/tratamiento-psicologico-del-insomnio>

Ministerio de Salud (05 de febrero de 2023) *Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad?* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>

Montagud Rubio, N. (19 de junio de 2020). *Las 6 técnicas de la reestructuración cognitiva*. <https://psicologiyamente.com/clinica/tecnicas-reestructuracion-cognitiva>

- Montero, I. y León, O. (2004). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* (2), 503-508. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf
- Moreno, P. y Martin, J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia*. Descleé de Brouwer.
- Olvera, V. y Rodríguez, P. (2020) Intervención cognitivo - conductual en un caso de ansiedad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Volumen* (22), 35-52. https://es.scribd.com/document/552711223/Revista-Intercontinental-de-Psicologia-y-Educacion-Vol-22-Num-2
- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud (14 de diciembre de 2022) *Conferencia de Salud Mental y Bienestar*. https://www.paho.org/es/noticias/14-12-2022-opsoms-participa-conferencia-salud-mental-bienestar-guyana-2022
- Pabuena Puello, M. (2019). Evaluación e Intervención clínica de un paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo Cognitivo Conductual [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6389/digital_38719.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palomino Martínez, M. (2020) Niveles de ansiedad en pacientes adolescentes y adultos que acuden a una clínica dental de la ciudad de Huancayo, 2019. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Peruana de los Andes]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1678/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Psicología Online (09 de setiembre de 2022). *Terapia cognitivo-conductual: qué es y qué técnicas utiliza*. https://www.psicologia-online.com/terapia-cognitivo-conductual-que-es-y-que-tecnicas-utiliza-4395.html#anchor_0
- Psicoactiva (14 de agosto de 2023). *Terapia Cognitivo-Conductual? Descubre sus beneficios y desventajas en este artículo completo sobre una de las terapias más utilizadas en psicología*. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-terapia-cognitivo-conductual/>
- Psicología y Mente (28 de abril de 2018). *Tipos de terapia cognitiva: qué son y cuáles son sus características*. <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-terapia-cognitiva>
- Reynolds, G. S. (1968). *Compendio de condicionamiento operante* [Archivo PDF]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.soyanalistaconductual.org/g_s_reynolds_compendio_de_condicionamiento_operante.pdf
- Robles Ortega, H. y Peralta Ramírez, M. (2011) *Programa para el control del estrés*. Pirámide.
- Rodríguez Correa, P. (2008). *Ansiedad y Sobreactivación*. Desclee de Brouwer.
- Sánchez Balmaseda, P. Ortega Lahera, N. y Gonzalo de la Casa Rivas, L. (2015). *Bases conceptuales del condicionamiento clásico: técnicas, variables y procedimientos* [Archivo PDF]. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://canal.uned.es/uploads/materials/resources/pdf/4/3/1258033467834.pdf>
- Yañez Ferro, M. (2022) *intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada* [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion_YanezFerro_Mariana.pdf?sequence=1

Zaldívar Pérez, D. (1994). La Terapia Asertiva: Una Estrategia Para Su Empleo. *Revista Cubana de Psicología*, 11(1), 53-64. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v11n1/09.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v11n1/09.pdf)

VII. Anexos

Anexo A

CUESTIONARIO DE SCREENING DE ANSIEDAD ASQ – 15

	SI	NO
1.- ¿Cuál es la razón principal de estar aquí (marcar todas si son apropiadas)		
Quejas de dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quejas físicas/enfermedad (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras razones (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Durante las últimas semanas, ha padecido de un sentimiento de tristeza, depresión o pérdida de energía durante la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- En las 2 últimas semanas ¿ha experimentado ataques de ansiedad, cuando de repente tenía miedo, estaba nervioso/a o bastante intranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Durante las últimas semanas ¿ha experimentado fuertes temores irracionales, en situaciones sociales tal como hablando con otros, haciendo cosas delante de otros o siendo el centro de atención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Durante las dos últimas semanas ¿ha estado molesto por fuertes temores irracionales de usar el transporte público, estar en una tienda, haciendo cola o en sitios públicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- En los 2 últimos meses ¿ha experimentado acontecimiento inusual o situación terrible o inquietante o ha padecido de las secuelas de tal acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Durante las últimas 4 semanas ¿ha estado molesto con un sentimiento de estar preocupado/a, tenso/a, ansioso/a la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Estuvo ansioso/a, preocupado/a por cosas de su vida diaria, tal como tareas de casa, el trabajo, la familia, el/la compañero/a, los niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Estuvo preocupándose de su salud física o enfermedad somática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 10.- ¿Estuvo preocupado por otras cosas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11.- ¿Se preocupó mucho más de lo que otra gente haría en su situación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12.- ¿Encuentra difícil parar de preocuparse, aunque lo ha intentado fuertemente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.- Cuando estuvo preocupado o ansioso ¿sintió frecuentemente ... | | |
| ... intranquilidad, temor o “los pelos de punta”? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... cansancio o agotamiento fácilmente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... que tenía dificultad en concentrarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... que estuvo nervioso/a o irritable? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... estar tenso, o molesto por dolores musculares? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... tenía dificultad en mantener el sueño o quedar dormido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... palpitaciones o taquicardias? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... temblores o sacudidas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... que sudó mucho? | | |
| ... que tenía dificultad en respirar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... inquietud, debido a su preocupación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14.- ¿Interfirieron mucho el sentimiento de preocupación o de ansiedad con las actividades cotidianas en el trabajo, de casa o en sus relaciones con otros/as? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Semanas | Meses |
| 15.- ¿Cuándo empezó este periodo de preocupación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | Años |

Anexo B

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK II

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo C

Figura 2

Apuntes de la primera consulta.

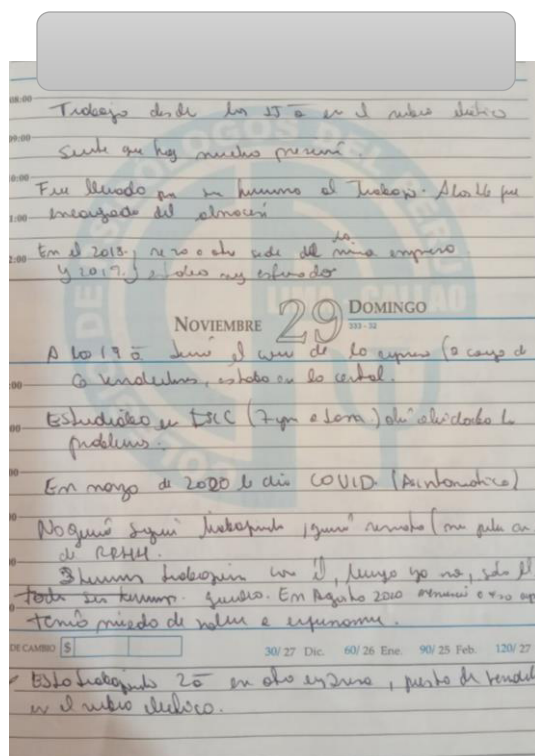
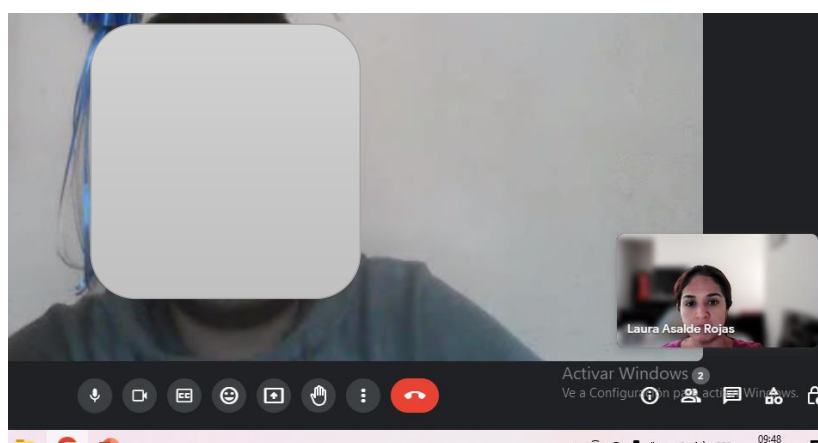


Figura 3

Foto de una de las últimas sesiones que se brindó.



Anexo D

Tabla 22

Registro de frecuencia de pensamientos pre y post test.

	Periodo	Lun	Mart	Mier.	Jue.	Vier	Sáb	Dom.	Total
“deberían avisarme si no tienen el producto, porque no me avisaron a tiempo”	Pre Test	4	0	0	1	3	1	0	9
	Post Test	0	0	0	1	0	0	0	1
“siempre me pasa a mí, he sido muy flexible con ellos”	Pre Test	5	0	0	1	2	1	0	9
	Post Test	0	0	0	0	0	0	0	0
“me voy a volver a enfermar de COVID”	Pre Test	0	6	4	0	0	0	3	13
	Post Test	0	1	1	0	1	0	0	3
“creo que me dará la viruela del mono”	Pre Test	3	0	5	0	0	0	3	11
	Post Test	0	0	0	0	0	0	0	0
“sí me enfermo es por ocioso”	Pre Test	0	0	0	2	0	3	4	9
	Post Test	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: Elaboración propia.

Figura 4

Registro de frecuencia de pensamientos pre y post test.

