

## **Ansiedad en la adultez: Tratamiento Estratégico Cognitivo Conductual en una paciente de 24 años**

Cavero Reap, Roció Del Pilar <sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5081-6484>

Cornejo Del Carpio, Manuel <sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5738-7723>

Recibido: 06.08.2022

Aceptado: 14.02.2023

### **RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo reducir las conductas ansiosas, promoviendo un repertorio de conductas funcionales; además, establecer estrategias de afrontamiento para disminuir los síntomas de ansiedad, mediante el uso de técnicas de reestructuración cognitiva y relajación. De acuerdo a su metodología fue experimental, de tipo caso único. Asimismo, los instrumentos utilizados fueron: Entrevista y observación, el Inventario Clínico Multiaxial De Millon III (Millon III), el Inventario De Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala De Autovaloración De La Ansiedad De Zung (Test De Zung - EAA). Del mismo modo, se realizó un diagnóstico de tipo multiaxial, análisis topográfico y funcional. Por último, se elaboró un plan de tratamiento bajo un enfoque Cognitivo-Conductual y se utilizaron técnicas como tales como programación de actividades lúdicas y de ocio, autorregistro de conductas, técnicas de relajación y respiración, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Finalmente, se identificó una evolución favorable de la paciente, mediante la evaluación integral, el diagnóstico y la aplicación de las técnicas psicológicas.

**Palabras clave:** ansiedad, caso clínico, tratamiento cognitivo conductual.

---

*Anxiety in adulthood: Strategic Cognitive Behavioral Treatment in a 24 years old female patient*

### **ABSTRACT:**

The objective of the present study was to reduce anxious behaviors, promoting a repertoire of functional behaviors; in addition, to establish coping strategies to reduce anxiety symptoms, through the use of cognitive restructuring and relaxation techniques. According to its methodology, it was an experimental, single case study. The instruments used were: Interview and observation, the Millon III Multiaxial Clinical Inventory (Millon III), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Zung Anxiety Self-Assessment Scale (Zung Test - EAA). Likewise, a multiaxial diagnosis, topographic and functional analysis was performed. Finally, a treatment plan was elaborated under a Cognitive-Behavioral approach and techniques such as programming of leisure and recreational activities, self-recording of behaviors, relaxation and breathing techniques, cognitive restructuring and psychoeducation were used. Finally, a favorable evolution of the patient was identified, through the integral evaluation, diagnosis and application of psychological techniques.

**Keywords:** anxiety, clinical case, cognitive behavioral treatment.

---

<sup>1</sup> Universidad Federico Villarreal. Correo electrónico: rcp229@gmail.com (Autor de correspondencia)

<sup>2</sup> Universidad César Vallejo. Correo electrónico: manuelcornejodelcarpio@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un mecanismo natural del ser humano el cual nos permite identificar situaciones de amenaza, promoviendo el experimentar síntomas tales como irritabilidad, agitación, preocupación, entre otros; los cuales nos permiten responder a esta identificación de situación de peligro. Sin embargo, cuando dicho estado permanece de manera prolongada puede generar malestar a nivel emocional debido a la hipervigilancia frente a las situaciones del día a día (Chacón, Xatruch, Fernández y Murillo, 2021).

Una de las áreas del individuo que refleja con mayor énfasis un malestar a nivel psicológico relacionado a la ansiedad, es el área laboral, el cual de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) refiere que, debido a casos de ansiedad y depresión, se generaron pérdidas de 12.000 millones de días de trabajo por año, lo cual, a nivel económico, representa casi un billón de dólares para la economía del mundo (Organización Internacional de la Naciones Unidas [ONU], 2022).

Tal problemática se ha evidenciado durante los últimos años, tal y como lo indica el Informe Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020), el cual refiere que hubo un aumento del 25% de casos de ansiedad y depresión durante el primer año de la pandemia. Asimismo, se ha identificado que tal aumento de tasa de casos reportados se ha visto influenciado por la pausa en tratamiento en salud mental (Schwaller, 2022).

Finalmente, el Instituto Nacional de Salud (2022), en un seminario sobre la ansiedad y depresión luego de la aparición de la Covid-19 en Perú, se evidenció que la población nacional comprendida entre las edades de 18 a 26 años de edad, presentaron cuadros sintomatológicos ansiosos y/o depresivos. Asimismo, se identificaron elementos que influyeron en el desarrollo de dichos síntomas, tales como el soporte emocional familiar, el estilo de vida, los hábitos de sueño y alimentación y la educación virtual.

A nivel internacional, Gonzáles (2020), realizó un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en un varón adulto de 38 años, diagnosticado con el trastorno de pánico, teniendo en cuenta la elaboración de una historia clínica bajo el mismo enfoque y la aplicación de instrumentos tales como el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Personalidad Eysenck Forma B, el Inventario de Pensamientos Automáticos, el Inventario de Registro de Opiniones Forma A, la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales y el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA). Asimismo, para el plan de intervención se incluyeron técnicas como la psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, entrenamiento de habilidades sociales, entre otros. Finalmente, se concluye que las herramientas terapéuticas bajo el tipo de enfoque cognitivo conductual presentan un nivel de efectividad óptimo, logrando disminuir el cuadro sintomatológico y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Asimismo, Reyes (2020), desarrolló un programa de intervención cognitivo conductual, para el caso de un varón de 25 años, con el diagnóstico de trastorno de pánico. Para el cual, se tomó en cuenta una evaluación y plan de tratamiento, teniendo en cuenta una metodología de tipo experimental de caso único multicondicional. Utilizó técnicas e instrumentos psicológicos tales como la entrevista y registros conductuales. Por otro lado, en cuanto al plan de intervención, se tomaron en cuenta técnicas como psicoeducación, Biblioterapia, role Playing, respiración diafragmática, autoinstrucciones, entre otros. Por último, de acuerdo con los resultados, se concluyó que se evidenció una evolución favorable en el paciente, mediante la eliminación de pensamientos desadaptativos y la disminución de la sintomatología relacionada a la ansiedad, lo cual tuvo un impacto positivo sobre las áreas familiar, laboral y académica del paciente.

Finalmente, Hernández (2019), realizó un estudio de caso sobre un paciente de 42 años de edad y diagnosticado con ansiedad social y síntomas depresivos. Para ello, se estructuró un plan de

intervención de 14 sesiones bajo el enfoque de la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Activación Conductual (AC). De acuerdo con los resultados, se evidenció una mejora con respecto a la flexibilidad, apertura y motivación del paciente, acompañada de un mejor manejo de sus áreas vitales, tales como el área familiar, laboral, entre otros. Asimismo, disminuyeron los síntomas ansiosos y depresivos, promoviendo así un compromiso con el paciente con respecto a su evolución.

A nivel nacional, Asto (2021), desarrolló un plan de intervención sobre un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo el enfoque de la terapia cognitivo conductual. Asimismo, se tuvo en cuenta el desarrollo de una historia clínica y la aplicación de instrumentos psicométricos para el diagnóstico, tales como la Escala de automedición de ansiedad y depresión de Zung, Inventario de ansiedad y depresión de Beck, el Inventario de personalidad de Eysenck -Forma B, la Escala de respuestas rumiativas-RRS, la Escala de actitudes disfuncionales y el Test de creencias irracionales. Asimismo, para el plan de tratamiento se incluyeron técnicas como el diálogo expositivo, psicoeducación, técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, entre otros. En conclusión, en base a las sesiones de intervención terapéutica desarrolladas se evidenció una evolución en la paciente, logrando un mejor desenvolvimiento, con mayor funcionalidad y adaptación a su entorno.

Por último, Ecurra (2020), realizó un abordaje terapéutico en una mujer de 43 años, diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Para ello, se tuvo en cuenta el uso del enfoque cognitivo conductual. Con respecto a la metodología, fue de tipo experimental, de caso único multicondicional. Se utilizaron instrumentos psicométricos, diagnóstico funcional y técnicas cognitivo conductuales. A partir de los resultados, se evidenció la evolución favorable de la paciente, disminuyendo el cuadro sintomatológico relacionado a dicho diagnóstico.

Finalmente, a nivel local, Yáñez (2022), realizó un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en un adulto de 26 años, diagnosticado con ansiedad generalizada. Para ello, se tuvo en cuenta una metodología de tipo experimental de caso único. Para el diagnóstico, se utilizaron instrumentos como el Inventario Multiaxial de Millon, el Cuestionario de Personalidad Situacional y el Inventario de ansiedad de Beck. Asimismo, en el plan de intervención se incluyeron técnicas como psicoeducación, diario emocional, diario de preocupaciones, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración, entre otros. A partir de los resultados evidenciados, se concluye que un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual es adecuado para intervenir sobre casos diagnosticados con ansiedad generalizada.

A partir de lo expuesto, se establece como objetivo general reducir las conductas ansiosas, promoviendo un repertorio de conductas funcionales; además, establecer estrategias de afrontamiento para disminuir los síntomas de ansiedad, mediante el uso de Técnicas de Reestructuración Cognitiva y Relajación.

A partir de ello, se tienen en cuenta la definición terminológica establecida por el Diccionario de la Real Academia Española, el cual define a la ansiedad como el estado de agitación y/o inquietud que impide a un individuo desenvolverse en el día a día de manera equilibrada. Asimismo, esta se ve reflejada mediante la intolerancia a la incertidumbre, sensación de sofoco, náuseas, etc. (RAE, 2022). Asimismo, se determina por la presencia de síntomas tales como pensamientos anticipatorios (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Por otro lado, la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud Mental (CIE-10), el Trastorno de Ansiedad, corresponde a una de los ocho trastornos de ansiedad clasificados en dicho manual. Asimismo, este es descrito como la experimentación de angustia no relacionada con ningún contexto aparente (Organización Mundial de la Salud, 1992).

De acuerdo con el American Psychological Association (2014), existe un conjunto de síntomas que comprenden al Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), tales como dificultad para concentrarse, tensión muscular, sensación de cansancio, cefaleas, temblores, dificultades para conciliar el sueño, mareos, taquicardia, entre otros. A partir del ello, el individuo experimenta malestar y dificultad para desenvolverse en sus áreas de vida.

No obstante, la terapia bajo el enfoque cognitivo conductual ha evidenciado mayor eficacia en el tratamiento en el diagnóstico de ansiedad generalizada. Asimismo, Ellis y Abrahms (2001), en base a la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), sostienen que los trastornos se desencadenan a partir de la interpretación que establecen con respecto a una situación o vivencia propia. A partir de ello, surge la TREC con el objetivo de disminuir la sintomatología relacionada a la patología de carácter psicológico, logrando enfocar la atención y reflexión sobre los propias conductas, pensamientos y emociones del paciente.

El modelo terapéutico de tipo ABC, tomando como base a la TREC, busca identificar las dificultades a nivel psicológico que promueven el malestar en el paciente. Tal modelo fue establecido por Ellis en 1962, donde se toma en cuenta el significado para cada uno de sus componentes: A: Acontecimiento activador, B: Creencias que surgen a partir del evento activador (rationales o irracionales) y C: Consecuencias (emocionales y/o conductuales).

Posteriormente, Ellis complementa el modelo ABC con el componente D, el cual establece un espacio para el debate de las creencias irracionales y el componente E, el cual promueve una estrategia para una mejor postura de afrontamiento de la situación activadora o inicial (Magallanes, 2010).

Por otro lado, con respecto a las creencias irracionales, Ellis (1981), argumentó que las personas reciben mensajes que luego se convierten en creencias que pueden ser racionales o irracionales, y con esto último, pueden experimentar cierta angustia emocional. Asimismo, las creencias irracionales se caracterizan por no tener lógica, no presentan una base en la realidad y afectan nuestra salud emocional y mental, lo cual promueven a que experimentemos limitaciones en el desarrollo de nuestra vida.

Ellis estableció las principales creencias irracionales (Navas,1981):

- Necesito ser amado/aceptado por las personas
- Para ser valioso tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos
- Hay personas perversas que deben ser castigadas
- Es catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere
- La desgracia humana es por causa externa y no tenemos capacidad de controlarlo
- Si algo es amenazante debo preocuparme por la posibilidad de que ocurra lo peor.
- Es más fácil rehuir las dificultades
- Dependemos de los demás por lo que necesito a alguien más fuerte que yo de quien depender
- El pasado me determina
- Debo preocuparme por los problemas de los demás

De acuerdo con Magallanes (2010), los principales beneficios de la aplicación de la terapia TCC son el alivio de síntomas en los pacientes dentro de un corto plazo, adaptación de las técnicas terapéuticas a diversas patologías y la aplicación de las mismas en diversas etapas de desarrollo. A partir de ello, se describen algunas de las principales técnicas de tipo cognitivo conductual que se utilizarán en el presenta estudio:

En primer lugar, la programación de actividades lúdicas y de ocio, consiste en brindar responsabilidades de manera gradual al paciente, con el objetivo de motivar a la autonomía en la organización de las actividades diarias y recreativas que motiven al agrado y mejor estado de ánimo. Para la paciente del presente estudio de casi se optó por realizar el pintado de mándalas. (Buela-Casal y Sierra, 2001, p.171).

También, los autoregistros de conductas, utilizada desde las primeras sesiones del plan terapéutico, con el objetivo de conocer la situación inicial dentro de su contexto real, identificando las conductas iniciales y compararlas con las conductas desarrolladas y/o mejoradas en el proceso terapéutico. Se propone a la paciente analizar una determinada situación, registrándolo junto con las emociones y conductas que se ejerce a partir de dicha situación (Buela-Casal y Sierra, 2001, p.152).

Asimismo, con respecto a las técnicas de relajación y respiración, existen principalmente, la técnica de relajación Progresiva de Jacobson, con esta técnica de relajación, los grupos musculares se contraen y luego se relajan, lo que altera nuestro funcionamiento simpático y hace que el tono muscular disminuya gradualmente. Esta técnica se introduce explicando al paciente la diferencia entre estrés y relajación. Se pueden complementar utilizando técnicas de visualización para que la paciente se sienta más cómoda, suponiendo que también lo haga todos los días en su casa (Jacobson, 1938, citado en Clark & Beck, 2012). Y en segundo lugar, la respiración Diafragmática, esta es una de las técnicas de relajación más utilizadas, sencillas y conocidas. Funciona a través de la respiración profunda, muestra efectos positivos, bajando rápidamente el nivel de nuestra respuesta fisiológica. Asimismo, cuando respiramos profundamente, el cuerpo envía una señal al cerebro para que se relaje, por lo que el ritmo cardíaco se vuelve lento. (Canal Asociación Parkinson Elche, 2021).

Del mismo modo, la reestructuración cognitiva, donde Bados y García (2010) refieren que el objetivo principal es reconocer el importante papel que juega la percepción en nuestro comportamiento. Promueve en los pacientes a reconocer cada uno de sus pensamientos y creencias irracionales. Asimismo, se utilizan diversas estrategias para verificarlos con la realidad mediante preguntas o argumentos para que puedan ser reemplazados por pensamientos racionales. Del mismo modo, la reestructuración cognitiva es donde el terapeuta inicialmente ayuda al paciente a identificar pensamientos que provocan malestar y, por lo tanto, desencadenan comportamientos desfavorables en su vida.

Además, la psicoeducación, como enfoque cognitivo, el objetivo es educar al paciente sobre el diagnóstico para que, además, se instruya sobre la ansiedad, los tipos de miedo, los pensamientos, creencias, la irracionalidad y otros temas a trabajar en la terapia. Este entrenamiento se lleva a cabo principalmente en sesiones, lo que le permite seguir el régimen de tratamiento. Asimismo, el paciente necesita comprender el significado y la base de cada sesión y actividad realizada, ya que está diseñada para aumentar la conciencia de los pensamientos. Por último, es importante que el paciente tenga en cuenta que tanto nuestros sentimientos como nuestro comportamiento en respuesta nos ayudan a identificar cada uno de estos pensamientos irracionales.

Finalmente, el registro de pensamientos, es una herramienta esencial de reestructuración cognitiva que nos permite tomar más conciencia de las situaciones que nos molestan, los pensamientos que tenemos sobre estas situaciones y las emociones que nos provocan. Se utiliza el modelo de Ellis basado en la reconstrucción cognitiva: ABC para el posterior desarrollo de ABCD (Psychopedia, s.f.).

## MÉTODO

### Tipo de investigación

El presente estudio, presenta una metodología de tipo experimental, debido a que se realizará un análisis inicial en relación al diagnóstico, para finalmente, realizar un plan de intervención psicoterapéutica, en base al cuadro sintomatológico presentado en la paciente (Roussos, 2007).

De tipo aplicada, debido a que se encuentra orientado a la resolución de problemas de la vida productiva de la sociedad, Asimismo, estará acompañado de la tecnología social, es decir, mediante la aplicación de técnicas e instrumentos de carácter psicológico, el cual nos brindará información significativa para el desarrollo de dicha intervención terapéutica (Nicomedes, 2018).

### Diseño de investigación

El diseño del presente estudio es de caso único, debido a la necesidad de estudiar un determinado fenómeno de manera específica, situado en un contexto en particular (Martínez, 2002).

### Descripción del paciente

Selina, atendida vía online, es una adulta joven peruana de 24 años y soltera. Se presenta lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Asimismo, utiliza un tono de voz moderado a alto, dialogante con presencia de verborrea; se observan movimientos motores agitados, movimiento exacerbado de los dedos de sus manos, frotando los dedos contra la palma de la misma mano repetitivamente y a velocidad alta, llanto mientras narra su situación actual.

Por otro lado, en relación a su descripción física, es de contextura delgada, piel trigueña, cara redonda, ojos color café, grandes y redondos, labios gruesos, nariz nubia, cabello negro, largo y lacio, uñas largas y de apariencia aseada. Asimismo, a nivel académico, estudió la carrera de Negocios Internacionales, y desde el año de su egreso, se desempeña como ejecutiva de cuentas en una empresa multinacional, refiriendo satisfacción a nivel laboral.

Por otro lado, refiere que desea llevar un Máster en Europa, ya que su sueño es vivir y trabajar en dicho país, indicando que no desea vivir siempre en Perú, sólo venir de visita por amor a su familia, así como a su tierra y costumbres. Vive en casa de abuelos paternos, cohabita con su abuela paterna (76 años), padre (58 años), madre (56 años) y 2 hermanas (29 y 21 años). Asimismo, añade que sus padres estuvieron deparados durante su niñez; sin embargo, actualmente viven en la misma casa llevando una buena relación cordial.

En relación a su situación actual, refiere que sufrió 2 fuertes ataques de ansiedad, explicando éstos como momentos de mucha angustia, con sensación de falta de aire, llanto, sudoración de manos, ritmo cardíaco acelerado, dolor de cabeza y estómago, angustia de daño en su salud física, dolor estomacal, desorientación, sensación de desmayarse en cualquier momento, gran tristeza, llanto incontrolable. Asimismo, afirma haber tenido estos ataques anteriormente, en el 2020, por rompimiento con una pareja europea, y que su actual estado tiene como raíz no haber “cerrado” correctamente esa situación, y presentar un nuevo rompimiento sentimental con una pareja estadounidense, quien elogió su físico, haciéndola sentirse bien. También, añade que desde su regreso de U.S.A. presenta poco apetito y tristeza, y confiesa necesitar que la pareja que tenga verbalice que dejará todo por ella, aun cuando reconoce que ello no sería correcto.

Con respecto a su última pareja, Selina refiere: “Este último chico, que era mi amigo por línea (redes sociales vía internet) es de U.S.A.; con él hablábamos como amigos, teníamos mucha química, incluso le conté sobre mi anterior ruptura con el chico de Europa, y de que quiero ir a vivir allá; fui a U.S.A. para unos trámites y turismo, él me ofreció alojarme en su casa; al pasar tiempo juntos nos acercamos más, nos involucramos sentimentalmente, pasando así unas semanas muy bonitas; me hizo sentir tan bien con mi cuerpo, elogió mi cuerpo, mi rostro; pero le dije que yo quería vivir en Europa, él quería quedarse en su país; pensé en lo complicado que sería dejar mi trabajo en Perú por mudarme con él, sólo para saber si nuestra relación funciona o no,

considerando además que él tendría que encargarse de mí, hasta que yo consiga algún trabajo, lo hablamos, pero no llegamos a nada. Ya para regresar a Perú él mencionó que no le gustaba una relación a distancia, y que creía que no funciona, así que quedamos como amigos, con la posibilidad de que en un futuro pudiera suceder algo más entre nosotros (una relación sentimental)”.

Además, añade “me dijo que regresará a su ciudad natal y que allí hay una chica que lo pretende; ella se parece a mí, pero tiene más cejas y pestañas; yo quiero tener más cejas y pestañas. Nos abrazamos mucho, ambos lloramos, tristes por despedirnos. Y ahora que estoy aquí me siento mal, incluso desde el aeropuerto. Aunque yo sé que quiero hacer mi vida en Europa, y que me sentiría defraudada conmigo misma si no lo hiciera, me siento mal, no tengo mucho apetito ahora”.

Por otro lado, señala “sé que no me siento enamorada de él, sino que por fin después de tanto tiempo me sentí querida, apreciada, él elogió mi cuerpo y rostro, me hizo sentir muy bien; ya no me siento tan incómoda con mi barriga porque, aunque ahora sea delgada, soy cuadrada. Extraño el sentimiento que hubo ahí. A veces pienso que no me voy a sentir así de bien otra vez; además, me molesta sentirme así de mal porque siento que eso es demostrar debilidad. Me recordó cosas. Terminamos mal y me terminó hiriendo pues hizo dos comentarios sobre mi físico, ¡siempre es mi físico! Tal vez, no fui importante para él. Me da tristeza porque con él pude expresarme y ser como soy; me sentí libre, me sentí apreciada, querida, sobre todo por el tema físico. Me siento sola. Tengo miedo al futuro, si conoceré a alguien o no, si me sentiré querida o no; estas rumiaciones me producen ansiedad”.

### **Instrumentos de evaluación y diagnóstico**

#### ***Entrevista y observación de la conducta***

Recojo de información del cliente, incluyendo motivo de consulta, historia general, así como observación de su conducta en general.

#### ***Inventario Clínico Multiaxial De Millon III (Millon, Davis, y Millon, TEA Ediciones S.A., 2007)***

Instrumento de evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. Ámbito de aplicación: Adultos. Aplicación: Individual y Colectiva. Duración aprox.: 30 a 45 minutos; no tiene tiempo límite, pero se indica al sujeto a contestar con lo primero que llegue a su mente. Evalúa la psicopatología, trastornos de personalidad y los síndromes clínicos. Consta de 175 ítems, cada uno con opciones de respuesta de Verdadero o Falso. No hay respuestas buenas ni malas.

#### ***Inventario De Ansiedad Estado-Rasgo - STAI (Gorsuch, Lushene y Spielberger)***

Evaluación de la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Aplicación Individual y Colectiva. Rango de Aplicación: Adolescentes y Adultos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y los enunciados del Cuestionario. Duración Aprox.: 15 minutos; no tiene tiempo límite, pero se le indica al sujeto que conteste con lo primero que llegue a su mente. La Escala Ansiedad-Estado evalúa un estado transitorio de ansiedad, mientras que la Escala Ansiedad-Rasgo hace referencia a un comportamiento predispuesto del individuo al percibir un amplio número de situaciones como amenazantes, permanente en el tiempo (Spielberger, 1966). La Escala Ansiedad-Estado consta de 20 ítems con los cuales el sujeto expresa “cómo se siente ahora mismo”; mientras que la Escala Ansiedad-Rasgo consta de 20 ítems, con los cuales el sujeto puede indicar “cómo se siente en general” la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. El individuo elegirá entre 4 opciones del 0 al 3.

#### ***Escala de Autovaloración de Ansiedad – EAA (Zung, 1971)***

Evalúa la intensidad/grado de ansiedad del examinado. Ámbito de aplicación: Adolescentes y Adultos. Aplicación: Individual y Colectiva. Duración aprox.: 5 minutos o menos; no tiene tiempo

límite, pero se indica al sujeto a contestar con lo primero que llegue a su mente. Consta de 20 enunciados, cada uno con cuatro opciones de respuesta: “nunca o casi nunca”, “a veces”, “con bastante frecuencia”, “siempre o casi siempre”, con puntuación del 1 al 4 según intensidad, duración y frecuencia de los síntomas.

### **Procedimiento**

Se inició con la entrevista y observación de la conducta, donde se estableció que es una joven mujer de 24 años, acude a videoconsulta presentándose LOTEPE (lúcida, orientada en tiempo espacio y persona). Utiliza un tono de voz moderado a alto, dialogante con presencia de verborrea, se observan movimientos motores agitados, movimiento exacerbado de los dedos de sus manos, frotando los dedos contra la palma de la misma mano repetitivamente y a velocidad alta, llanto mientras narra su situación. Capacidades cognitivas conservadas.

Asimismo, se aplican los instrumentos establecidos siendo en primer lugar, el Inventario Clínico Multiaxial De Millon III (Millon III) Th. Millon, R. Davis, y C. Millon. (TEA Ediciones S.A., Madrid, 2007), el cual tuvo como resultado que, en el área de Síndromes Clínicos, se identificó a Trastorno de Ansiedad con un puntaje de 75 (Indicador Moderado 75 a 85), lo cual indica que presenta un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltar fácilmente. También es característico el malestar somático como, por ejemplo, las manos frías, húmedas o molestias estomacales. También son notables la preocupación y la sensación aprensiva de que los problemas son inminentes, una hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y una susceptibilidad generalizada.

También, en el área de Patrones Clínicos de Personalidad: (Sugestivo) Agresivo-Sádico, obtuvo un puntaje de 60 (Indicador Sugestivo 60 a 74), lo cual indica que entre los Procesos Funcionales puede presentar las siguientes características: terca, contraria, negativista, desplazamiento (descargando su enfado y otras emociones molestas hacia personas de menor importancia). Y entre los Atributos Estructurales puede presentar las siguientes características: irritable, descontenta, disconforme y discordante.

En segundo lugar, se aplicó el Inventario De Ansiedad Estado-Rasgo – STAI (Gorsuch, Lushene y Cpielberger), el cual tuvo como resultado que en el nivel de Ansiedad – Estado obtuvo un puntaje de 25, el cual la ubica en la categoría “Sobre Promedio” (23 a 31), lo que indica que la evaluada experimenta nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad. Asimismo, en el nivel de Ansiedad – Rasgo obtuvo un puntaje de 27, el cual la ubica en la categoría: “Sobre Promedio” (26 a 32), lo que indica que la paciente experimenta melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad.

Finalmente, en la Escala de Autovaloración de Ansiedad De Zung (Test De Zung - EAA) (Dr. William Zung, 1971; Berlín), se obtuvo que en el índice EAA 58 se ubicó en el nivel de Ansiedad Mínima a Moderada (45 a 59 puntos).

Luego, de la entrevista y evaluación, se realiza un análisis de la información brindada por la paciente mediante diversos tipos de diagnósticos, siendo los siguientes:



**A. Diagnóstico Multiaxial**

| EJES  | DSM-IV-TR   | RESULTADOS  |
|-------|---|---|
| EJE 1 | Trastornos Clínicos                                       | F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada<br>F50.9 Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (en remisión)  |
|       | Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica |   |
| EJE 2 | Trastornos de la Personalidad                             |   |
|       | Retraso mental  |   |
|       | Mecanismos de defensa                                     | Evitación   |
|       | Rasgos desadaptativos de Personalidad                     | Sugestiva Personalidad Agresivo-Sádico  |
| EJE 3 | Enfermedades Médicas                                      | Ovarios Poliquísticos, Hipotiroidismo, Hiperprolactinemia   |
| EJE 4 | Problemas Psicosociales y ambientales                     | Z62.3 Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño.<br>Z62.4 Problemas relacionados con el abandono emocional del niño.<br>Z63 Otros Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares (padres separados, padres con nuevas parejas esporádicas, agresión verbal entre padres, luego reconciliación de padres, nueva separación). |
| EJE 5 | Escala de Evaluación Global (0-100)                       | EEAG 65*  |

Fuente: DSM-IV, Pier Pichot, Juan J. López, Manuel Valdéz Miyar.

\*EEAG= 65 Síntoma moderado: Pensamientos dicotómicos y catastróficos recurrentes en diferentes ámbitos de su vida. Autosabotaje, miedo y evitación en sus relaciones sentimentales. Hipervigilancia sobre la fidelidad y sinceridad de sus relaciones. Autoimagen deteriorada. Atracciones de comida ante la ansiedad. Sentimientos de culpa y frustración ante un cuadro ansioso, el cual considera como signo de debilidad. Sin embargo, logra sostener relaciones amicales. Se desempeña bien académica y laboralmente.

## B. Análisis Topográfico

| Situaciones   | Intensidad y Frecuencia de las Respuestas<br>“(Int., Frec.)” (0 al 10; 0=Nada, 10=Mucho)   |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
|   | Rpta. Cognitiva  | Rpta. Fisiológica  | Rpta. Motora  | Rpta. Emocional  |
| 1. Ruptura sentimental  | <p>“no soy suficiente” (8, 9)</p> <p>“no soy elegible” (8, 9)</p> <p>“siempre es por mi físico” (9, 9)</p> <p>“¿Encontraré el amor?” (7, 8)</p> <p>“tengo suerte para todo, menos para el amor” (6, 8)</p> <p>“me molesta estar en este estado, es signo de debilidad” (8, 8)</p> <p>“todos los hombres son iguales” (8, 9)</p> <p>Aislarse mentalmente de los acontecimientos de su entorno, absorta en sus pensamientos y emociones.</p> | <p>Falta de aire (8, 8)</p> <p>Ritmo cardíaco acelerado (8, 8)</p> <p>Llanto (7, 5)</p> <p>Cefalea (7, 6)</p> <p>Sudoración de manos (5, 5)</p> <p>Inapetencia (6, 5)</p> <p>Cansancio físico (7, 7)</p> | <p>Aislarse (7, 7)</p> <p>Revisar reiteradamente fotos y conversaciones entre ellos (8, 8)</p> <p>Escuchar música triste (5, 4)</p> <p>Incrementar ejercicios físicos y respetar más la dieta saludable para mejorar imagen física (8, 8)</p> | <p>Tristeza (10, 9)</p> <p>Frustración (8, 8)</p> <p>Desesperanza (7, 6)</p> <p>Miedo a la soledad (6, 6)</p> <p>Enojo -por sentirse débil- (7, 7)</p> |
| 2. Presencia o posible presencia de ansiedad o ataque de pánico                   | <p>“otra vez mi ansiedad, no puedo evitarlo” (7, 7)</p> <p>“¿y si me enfermo o me vuelvo loca?” (6, 5)</p> <p>“¿si estoy en medio de la pista y me caigo y me atropellan?”</p> <p>Desorientación “mi cuerpo está allí, pero yo no” (5, 5)</p>  | <p>Falta de aire (8, 8)</p> <p>Ritmo cardíaco acelerado (8, 8)</p> <p>Cefalea (7, 6)</p> <p>Sudoración de manos (5, 5)</p> <p>Debilidad en las Piernas (5, 5)</p>  | <p>Movimientos rápidos, y repetitivos de los dedos de las manos, frotándolos sobre sus respectivas palmas (9, 9).</p> <p>Detenerse si está caminando y apoyarse en algún lugar por temor a caerse (6, 9)</p>                                  | <p>Angustia (8, 8)</p>   |
| 3. Cruzar la carretera. Salir a la calle  | <p>“ahorita viene un carro a velocidad y me atropella”</p> <p>“me van a robar y me matarán”</p>  | <p>Ritmo cardíaco acelerado (8, 8)</p> <p>Respiración Agitada (7, 7)</p> <p>Dolor estomacal (5, 5)</p>   | <p>Acelerar la caminata (8, 8)</p> <p>Hipervigilancia de su entorno (7, 7)</p>  | <p>Ansiedad (8, 8)</p>   |
| 4. Si un familiar tarda en regresar a casa. Diagnóstico de enfermedad en familiar | <p>“se va a morir”</p> <p>“me imagino llorando, en el velorio, tirada en el piso”</p> <p>“si muere sentiría culpa por no haber pasado más tiempo con ella”</p>   | <p>Ritmo cardíaco acelerado (6, 8)</p> <p>Llanto (4, 3)</p> <p>Cefalea (6, 6)</p> <p>Inapetencia (6, 5)</p> <p>Cansancio físico (7, 7)</p>   | <p>Movimientos rápidos, y repetitivos de los dedos de las manos, frotándolos sobre sus respectivas palmas (7, 6).</p>   | <p>Angustia (8, 8)</p> <p>Culpa (7, 7)</p>   |

### C. Análisis Funcional

| ESTÍMULO ANTECEDENTE  | COMPONENTES CONDUCTUALES   | ESTÍMULO CONSECUENCIA<br>R+ R-   |
|---|--|--|
| <p><b>INTERNOS:</b></p> <p>“Víctima de bullying en etapa escolar por compañeros, madre y hermana en función a su aspecto físico”. Situación que afectó la autoestima y pudo desarrollar los problemas en relación a la percepción y seguridad que tiene la paciente de sí misma”</p> <p><b>EXTERNOS:</b></p> <p>“Separación de sus padres por infidelidad de su papá (Presenció discusiones)”. Situación que pudo desarrollar los problemas que tiene la paciente en cuanto a la percepción de los hombres.</p> | <p><b>Conductual:</b></p> <p>Sensación de desmayo y atracones.</p> <p><b>Fisiológico:</b></p> <p>Falta de aire, sudoraciones, taquicardias, dolores de cabeza y dolores de estómago.</p> <p><b>Cognitivo:</b></p> <p><b>Pensamientos distorsionados:</b> Catastróficos, minimizadores, generalizadores y pensamientos obsesivos.</p> <p><b>Emocional:</b></p> <p>Angustia, ansiedad, llanto, miedo, tristeza y culpabilidad.</p> | <p><b>INTERNOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptura sentimental</li> <li>- Diagnóstico de Acné</li> </ul> <p><b>EXTERNOS:</b></p> <p>Inicio de la pandemia por la COVID-19.</p> |

A partir de los resultados obtenidos, se establece un plan de tratamiento bajo el enfoque Cognitivo-Conductual.

#### PLAN DE TRATAMIENTO

Se utilizaron las técnicas correspondientes a la Terapia Cognitivo Conductual. En las siguientes sesiones se revisan las tareas o recomendaciones dadas en la sesión anterior. Se revisa el plan de trabajo y se comunica lo que toca trabajar, tomando en consideración si el paciente trae algún tema en particular que desee abordar en la presente sesión.

#### SESIÓN 1

- **Encuadre.** Realizar el Encuadre en la presentación. Explicar en qué consiste la TCC, implementando rapport. Asimismo, se informa acerca de la dinámica de las sesiones, el rol de cada uno (paciente y psicoterapeuta), los compromisos asumidos por cada parte involucrada.
- **Motivo de Consulta:** Se recaba el motivo por el que el paciente se acerca a consulta.
- **Recogida de Información:** Se toma nota de la Historia del Problema.
- **Tamizaje de Ansiedad:** Se aplica el Test de Zung para tamizaje del caso.
- **Entrenamiento en Registro de Pensamientos (ABC):** A fin de iniciar con el proceso de evaluación se le entrena a la paciente sobre este punto para, con dicho registro, recoger

información que servirá para identificar las Distorsiones Cognitivas, así como para determinar los objetivos terapéuticos específicos. Se facilita formato (con los puntos a considerar, ya explicados):

| Fecha y Hora | Situación (A) | Pensamientos Automáticos (Intensidad 0 al 10) (B) | Consecuencias (Emocional, Fisiológica, Motora) (Intensidad 0 al 10) (C) |
|--------------|---------------|---|---|
|              |               |   |   |

- **Soporte emocional y orientación:** Al observar el estado de ansiedad y llanto, se le brinda soporte emocional, así como una breve orientación sobre la ansiedad y su rol. También se le entrena en la Respiración Profunda Diafragmática, ejercicio básico para lidiar con la ansiedad, hasta iniciar posteriormente con el tratamiento. En base a sus hobbies, se le indica realizar las actividades más relajantes y saludables hasta la siguiente sesión.

## SESIÓN 2

- **Recogida de Información:** Recoger información del Registro de Pensamientos; corregir lo que sea necesario e indicarle que llene otro registro más hasta la próxima sesión. Verificar que esté realizando ejercicios de respiración y actividades recreativas recomendadas.
- **Evaluación:** Aplicar el Test de Millon, e iniciar con la Entrevista para Adultos.

## SESIÓN 3

- **Recogida de Información:** Recoger información del Registro de Pensamientos.
- **Evaluación:** Completar la Entrevista para Adultos. Aplicar el Test Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

## SESIÓN 4

- **Informe de la Evaluación:** Se informa a la paciente los resultados de la evaluación (entrevista, test, registros); así como las recomendaciones para su tratamiento.
- **Presentación del Plan de Intervención:** Se describe el contenido del Plan de Intervención, el modelo de trabajo según la TCC, el número de sesiones, las recomendaciones respecto a la frecuencia de sesiones, los horarios, los compromisos que ambas partes asumen y el resto de los aspectos del encuadre.
- **Establecimiento de objetivos terapéuticos:** El Psicoterapeuta propone los objetivos y se considera también la propuesta de la paciente. Aquí es importante haber explicado qué asuntos deben abordarse, extraídos a partir de los resultados de la evaluación, del diagnóstico que presenta, sus necesidades particulares, entre otros aspectos.
- **Psicoeducación:** Se le educa sobre el TAG, el TCC, los Pensamientos o Creencias Irracionales y el modelo ABCDE. En este punto, se facilita un formato en el que podrá añadir el debate de pensamientos (D) así como las nuevas consecuencias (E) derivadas de éstos.

## SESIÓN 5

- **Actualización:** Luego del saludo inicial se le preguntará a la paciente cómo le ha ido desde nuestra sesión anterior, y cómo se siente en el momento presente. En base a esta actualización podremos incluso enfocar los objetivos de la sesión tomando como ejemplo las situaciones

recientemente acontecidas (ansiedad por el resultado de exámenes médicos, dificultades relacionales, etc.).

- **Entrenamiento en Técnicas de Discusión y Debate (ABCDE):** Entrenar a la paciente de tal manera que logre debatir los Pensamientos Automáticos/Irracionales (Ej.: “Deberías Dogmáticos”) y reemplazarlos por Pensamientos Alternativos/Adaptativos a fin de lograr Emociones y Conductas más adaptativas. Para este fin se le explica sobre las Creencias Irracionales, cómo debatirlas (D) y buscar pensamientos alternativos/creencias racionales (E), contribuyendo a flexibilizar sus pensamientos y obtener respuestas/conductas fisiológicas, emocionales y motoras más adaptativas.

Durante la sesión se trabaja en el debate de aquellas creencias con las que se identificó, utilizando situaciones vividas. Se le presenta el formato con el que trabajará y que deberá traer lleno a la siguiente sesión.

|  |  |
|--|--|
| <b>Fecha y Hora</b>  |  |
| <b>Situación</b><br><b>(A)</b>   |  |
| <b>Pensamiento Automático/<br/>Creencia Irracional</b><br><b>(B)</b>     |  |
| <b>Consecuencia (emocional, física<br/>y motora)</b><br><b>(C)</b>       |  |
| <b>Debate de las creencias<br/>irracionales</b><br><b>(D)</b>            |  |
| <b>Pensamiento Alternativo/<br/>Racional (Post debate)</b><br><b>(E)</b> |  |
| <b>Nueva Consecuencia (emocional,<br/>física y motora)</b>               |  |

- **Tarea:** Autorregistro de Pensamientos (ABCDE). Traerlo lleno la siguiente sesión.

## SESIÓN 6

- **Actualización:** Revisión de tareas, reforzamiento y guía sobre las mismas.
- **Entrenamiento en Técnicas de Discusión de Creencias:** Con el Análisis y Evaluación Lógica para conseguir el % de veracidad de sus pensamientos.

- **Ejercicios de Respiración Profunda e Imaginería:** Establecer una correcta, profunda y pausada respiración a la vez que se concentra en el conteo regresivo de los números del 20 al 0, imaginando cómo los dibuja, colorea, y desaparece, también de manera pausada; esto con la finalidad de que logre un correcto bloqueo de los pensamientos perturbadores distrayendo o redireccionando su atención, disminuyendo así la carga emocional y la ansiedad del momento. Así, la paciente retomará la conciencia de tener el control de la situación y no ser una víctima de la ansiedad, empoderándose en el proceso terapéutico.
- **Tarea:** Autorregistro
  - Registrar los Pensamientos Catastróficos durante la semana. Al final de cada día evaluar el % de veracidad de dichos pensamientos. Finalmente hacer una evaluación semanal de la validez de esos pensamientos y obtener el % final de pensamientos / preocupaciones que se hicieron realidad y los que no.

## SESIÓN 7

- **Actualización:** Revisión de tareas, reforzamiento y guía sobre las mismas.
- **Reestructuración Cognitiva:** Flecha Hacia Abajo.  
 Ante las situaciones que le ocasionan ansiedad a la paciente, se trabajará con la Técnica Flecha Hacia Abajo, a fin de acompañarle en el afrontamiento mental (imaginado) de sus temores futuros, guiándola en el análisis de estos, así como sus consecuencias, posibilidades y estrategias que podría utilizar para superar cada caso. Pregunta base: ¿qué es lo peor que pasaría si (...)?  
*Ejemplo: En este caso podríamos abordar “la ansiedad por la ansiedad”; es decir la angustia que la paciente experimenta cuando identifica está frente al inicio de un Ataque de Pánico, de tal manera que tenga más dominio de la situación y pueda poner en práctica las estrategias que le ayuden a combatir, reducir o desaparecer la crisis.*
- **Relajación Muscular Progresiva de Jacobson:** Se explica en qué consiste esta técnica, se realiza el ejercicio de la técnica durante la sesión, de manera guiada.
- **Tarea:** Realizar la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. Compartir experiencias y dudas en la siguiente sesión.

## SESIÓN 8

- **Actualización:** Revisión de tareas, reforzamiento y guía sobre las mismas.
- **Autoimagen (Técnicas de Modelado y Audiovisuales):** A fin de abordar esta problemática, se le solicitará traer un espejo a esta sesión, de tal manera que pueda ver de manera pausada cada parte de su rostro y reconocer la belleza de cada rasgo. Asimismo, se le ayudará a destacar la mayor valía que posee la belleza interior, para lo que se le brindará algunos ejemplos a través de audiovisuales.
- **Entrenamiento en Auto-Instrucciones:** Reemplazar los pensamientos negativos por positivos, escribirlos en Tarjetas para verlos y repetirlos diariamente (ej: autoimagen corporal: “soy elegible”, “soy suficiente”; ansiedad: “esto pasará”, “yo puedo manejarlo”).
- **Tarea:** Realizar y Utilizar Tarjetas de Auto-instrucciones para combatir pensamientos negativos.
- **Biblioterapia:** Elegir un libro de autoayuda sobre Autoestima.

## SESIÓN 9

- **Actualización:** Revisión de tareas, reforzamiento y guía sobre las mismas.
- **Entrenamiento en Habilidades Sociales:** Asertividad. Se realiza una exposición teórica sobre la asertividad, trabajar sobre ejemplos en familia, trabajo, etc. Se le indica investigar sobre el tema y presentar una exposición de 5min en la siguiente sesión, traer ejemplos que haya practicado

en su día a día. Con este ejercicio se busca reducir las interpretaciones negativas, ayudarlo a expandir el abanico de posibilidades por los que las personas actúan como actúan, y no sólo por la única hipótesis que la paciente considere.

- **Entrenamiento en Solución de Problemas (con base en el ABCDE):** Entrenar a la paciente en la búsqueda de las estrategias más acertadas a fin de solucionar problemas en los diferentes ámbitos de su vida a través del modelo ABCDE, con el objetivo de flexibilizar sus pensamientos disminuyendo la rigidez mental y el valor que le da a las creencias irracionales.
- **Tarea:** Expo sobre Asertividad.

## SESIÓN 10

- **Actualización:** Revisión de tareas, reforzamiento y guía sobre las mismas.
- **Técnica de Persuasión Verbal:** Con la finalidad de ayudar a la paciente en el afrontamiento de dificultades, como en el actual caso de un diagnóstico neurológico delicado de su madre, situación que le genera angustia, se utilizó el Estilo de Self-Disclosing o Autorrevelación sobre enfermedad y muerte de su madre.
- **Técnica de Imaginación Racional Emotiva:** Luego del punto anterior, procedemos a realizar esta técnica a fin de exponer a la paciente mediante la imaginación a los miedos que pasan por su mente, utilizando las técnicas aprendidas hasta ahora. Importante aplicar técnica de relajación tanto al inicio como al final de este ejercicio, de tal manera que se pueda controlar mejor el nivel de ansiedad que se pueda generar, y que sea la misma paciente quien reconozca la importancia de la relajación tanto previa como durante y posterior al hecho estresante. Para este ejercicio se le pedirá a la paciente lo siguiente:  
*Relajarse, imaginar una situación que le produzca ansiedad, identificar su emoción (ej.: angustia por grave enfermedad de madre), pedirle cambie esa emoción por su cuenta, relajarse para cerrar. Una vez logrado, pedirle describa los pensamientos que le permitieron cambiar la emoción por otra más adaptativa (ej.: frustración).*
- **Tarea:** Registro de situaciones en las que haya podido cambiar los pensamientos irracionales por pensamientos adaptativos durante la semana.

## SESIÓN 11

- **Actualización:** Revisión de tareas, reforzamiento y guía sobre las mismas.
- **Resumen de las técnicas entrenadas y el logro de sus aplicaciones:** Se le recuerda todas las técnicas aprendidas y cómo ella misma ha logrado utilizarlas de manera saludable consiguiendo mejores resultados.
  - Psicoeducación: Informarse para comprender.
  - Discusión y Debate de Creencias (ABCDE): Realizar el análisis mental, o mediante autorregistros de las situaciones, incrementando estrategias para lograr cada vez un mayor número de conductas adaptativas.
  - Flecha hacia abajo: Descubrir el pensamiento subyacente y así combatirlo.
  - Análisis y Evaluación Lógica: Contrastar el pensamiento con evidencias al respecto descubriendo así el % de veracidad del pensamiento.
  - Ejercicios de Respiración Profunda e Imaginería: Para bloqueo de pensamientos erróneos, así como el control y disminución de conductas desadaptativas.
  - Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.
  - Auto-instrucciones: Hallar frases inspiradoras, así como afirmaciones sobre aspectos positivos propios reales.
  - Modelado: Modelos de lo que queremos alcanzar, modelo de las habilidades que deseamos desarrollar o mejorar.

- Audiovisuales: Autoayuda.
- Biblioterapia: Autoayuda.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales (Asertividad): Mejorar la comunicación.
- Imaginación Racional Emotiva: Le permitirá prepararse emocional y mentalmente ante alguna situación perturbadora futura desde la relajación y objetividad.
- **Técnica de Prevención de Caídas:** Utilizar las técnicas y herramientas utilizadas en terapia. Analizar el problema (escribir las situaciones para mejor visualización de las aristas, las alternativas de solución, las estrategias; utilizar técnicas de relajación, distracción y refocalización. Autoconfianza, “ya he conseguido solucionar varias situaciones”. Finalmente, puede sacar una cita con su psicoterapeuta. Se le muestra la Tarjeta de apoyo de Sally, respecto de los retrocesos, que podemos encontrar en el libro Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización, de Judith S. Beck (página 330).
- **Evaluación (Post-test):** En esta sesión se aplica a la paciente el Test de Zung (EAA) con la finalidad de realizar una comparación valorativa con el Test Zung (EAA) aplicado en la primera sesión que tuvimos.
- **Anticipación e instrucciones sobre el cierre de la Terapia:** Se le recuerda a la paciente que estamos próximos a cerrar el proceso terapéutico, que en la siguiente sesión se realizará el cierre de la terapia y que para ello traiga 2 objetos físicos pequeños que la representen a ella en 2 etapas: (1) antes del inicio de la terapia y (2) al final de la terapia. Podrán ser elaborados por ella misma, o adquiridos.

## SESIÓN 12

- **Actualización:** Soporte emocional y orientación. Reforzamiento sobre la buena aplicación de las técnicas y el logro de resultados adaptativos. Se felicita y refuerza a la paciente sobre logros. Se le recuerda que todos nos sometemos a situaciones difíciles algunas veces, a fin de anticiparla -nuevamente-, y que, así como ahora logró manejar la situación, podrá hacerlo en otras ocasiones.
- **Cierre de la Terapia.**

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La TCC ofrece variedad de técnicas efectivas mientras el paciente tenga la capacidad cognitiva para comprenderlas y ponerlas en práctica. Asimismo, al trabajar un Trastorno de Ansiedad específico los parámetros son, obviamente, más reducidos y el cierre de la terapia puede ser más clara.

Sin embargo, al tratarse de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), luego de grandes avances y buenos resultados, el paciente puede traer un nuevo objetivo de trabajo, otro tema que le genera una nueva ansiedad, por lo que el trabajo para el psicoterapeuta es demandante y los resultados para el paciente podrían ser considerados como insuficientes. Por ello, nuevamente, resaltamos la importancia de la psicoeducación, ya que ésta permitirá que el paciente comprenda la naturaleza de su cuadro evitando así desanimarse ante un nuevo episodio de ansiedad.

Finalmente, será importante alentar al paciente a confiar en sí mismo, bajo la evidencia de sus propios logros. Espaciar las fechas de encuentro de las últimas sesiones, antes del cierre, será importante para generar autoconfianza en el paciente, reforzando sus logros y repasando las técnicas. Nuestro objetivo primordial será fomentar la independencia del paciente; sin embargo, tampoco se le podrá negar la posibilidad de consultarnos cuando lo considere muy necesario con el objetivo de reforzar sus estrategias de afrontamiento a sus dificultades. Las sesiones de seguimiento cada seis meses, luego anuales, podrían ser importantes en casos de TAG.

Por otro lado, considerando los resultados Pre-Test y Post-Test del Instrumento de Evaluación Test de Zung EAA, podemos notar que el nivel de ansiedad de la paciente logró pasar de “Grado



Máximo de Ansiedad” a “Ansiedad Mínima a Moderada”. Lo mismo se puede notar al momento de realizar el ABCDE en el Registro de Pensamientos.

En tal sentido, se cumple con el Objetivo General que es reducir las conductas ansiosas desadaptativas de la paciente, y además se logró instaurar un repertorio de conductas funcionales gracias a que la paciente ya logra poner en práctica las técnicas que aprendió en sesiones tomándose segundos valiosos para aplicar la relajación y reestructuración cognitiva a fin de hallar consecuencias más favorables en las situaciones que experimenta, objetivo principal en las Terapias Cognitivo Conductuales.

Sin embargo, debemos recordar que la paciente presenta diagnósticos médicos que afectan el área endocrinológica y neuronal los que podrían también repercutir a nivel emocional. Asimismo, se le ha sugerido a la paciente asistir a evaluación por psiquiatría, pero ella aún no desea hacer tal consulta.

Con respecto a los objetivos específicos y también considerando el comparativo entre el Pre-Test Zung y el Post-Test Zung, se logró disminuir la intensidad y frecuencia de la ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y conductual a niveles mínimos a moderados y adaptativos. Asimismo, se logró controlar y reducir las respuestas fisiológicas ansiosas a través de las técnicas de relajación y redireccionamiento de la atención. Finalmente, la paciente identificó las distorsiones cognitivas a fin de abordarlas y modificarlas a través de la reestructuración cognitiva, con el objetivo de plantear estrategias adecuadas para afrontar situaciones de mejor manera y conseguir respuestas más adaptativas.

Finalmente, se logró trabajar en el pensamiento dicotómico y la sobregeneralización, mediante la reflexión sobre los pensamientos opuestos, es decir, buenos o malos, sino que, por el contrario, puede existir la posibilidad de llegar a un tipo de pensamiento neutro o equilibrado sobre una situación. Asimismo, con respecto a la interpretación del pensamiento, actualmente hace uso de la asertividad, y en relación a la visión catastrófica en una determinada situación, opta por contrastarla con la realidad y el uso de técnicas de relajación.

## CONCLUSIONES

Se concluye que las técnicas aplicadas bajo el enfoque cognitivo conductual, fueron eficaces y óptimas para la intervención en un caso de ansiedad generalizada. Asimismo, se enfatiza la importancia de aplicar instrumentos para el diagnóstico y técnicas de intervención idóneas en base al cuadro sintomatológico de cada paciente.

### **Agradecimientos / Acknowledgments:**

A Accodec y el programa de Formación Profesional en psicoterapia Cognitiva estratégica.

### **Rol de los autores / Authors Roles:**

CCM: Concepción del diseño, recolección de información, redacción del manuscrito

CRRP: Concepción del diseño, Análisis e interpretación de los resultados y revisión.

### **Conflicto de intereses / Competing interests:**

Los autores declaramos bajo juramento no haber incurrido en conflicto de interés al realizar este artículo.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Asto, J. (2021). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de Trastorno de ansiedad generalizada bajo terapia Cognitivo conductual*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de Universidad de San Martín de Porres. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9760/ASTO\\_OJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9760/ASTO_OJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Canal Asociación Parkinson Elche. (2021). *Ejercicio de Respiración diafragmática*. (29 de julio de 2021). <https://parkinsonelche.es/ejercicio-de-respiracion-diafragmatica/#:~:text=La%20respiraci%C3%B3n%20diafragm%C3%A1tica%20es%20un,el%20habla%2C%20voz%20y%20degluci%C3%B3n>
- Chacón, E., Xatruch D., Fernández, M., Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35 (1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclee De Brouwer.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2001). *Terapia racional-emotiva (TRE): Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. Pax México.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. (2da. ed.). Desclee de Brouwer. <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf>
- Escurra, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual de una usuaria adulta con trastorno de ansiedad generalizada*. [Tesis de Segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Universidad Nacional Federico Villarreal. [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4492/Maravi\\_Escurra\\_Angel\\_David\\_Segunda\\_Especialidad\\_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4492/Maravi_Escurra_Angel_David_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- González, M. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual en varón adulto con Trastorno de Pánico*. [Tesis de Segunda Especialización, Universidad Nacional Federico Villarreal, UNFV]. Repositorio de Universidad Nacional Federico Villarreal <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4623?show=full>
- Hernández, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10 (2). <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-97>
- Instituto Nacional de Salud [INS]. (2022). *Entre 40 y 30 % de jóvenes de 19 y 26 años en el Perú presentaron síntomas de ansiedad y depresión tras la llegada de la pandemia de la COVID-19*. <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/entre-40-y-30-de-jovenes-de-19-y-26-anos-en-el-peru-presentaron-sintomas-de-ansiedad>
- Magallanes, M. (2010). *Terapia Cognitivo Conductual*. Fondo Editorial de la UIGV.
- Martínez, M. (2002). *Comportamiento Humano*. Trillas.
- Navas, R. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista latinoamericana psicológica*, 13(1), 75-83. <https://www.redalyc.org/html/805/80513105/>
- Nicomedes, E. (2018). *Tipos de investigación*. [Tesis para Licenciatura, Universidad Santo Domingo de Guzmán]. Repositorio de Universidad Santo Domingo de Guzmán. <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
- Organización Internacional de la Naciones Unidas [ONU]. (2022). *La depresión y la ansiedad provocan la pérdida anual de 12.000 millones de días de trabajo y un billón de dólares*. <https://news.un.org/es/story/2022/09/1515371>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y*
- Psychopedia. (s.f). *Distorsiones Cognitivas: Aprende a identificar los 10 errores de pensamiento más habituales*. <https://psicopedia.org/877/la-reestructuracion-cognitiva-paso-a-paso-pdf/>
- Real Academia Española (2022). *Diccionario de la lengua española: Ansiedad*. Real Academia Española [RAE]. <https://dle.rae.es/ansiedad>
- Reyes, V. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual en un varón adulto con Trastorno de Pánico*. [Tesis de Segunda Especialización, Universidad Nacional Federico Villarreal, UNFV]. Repositorio de Universidad Nacional Federico Villarreal [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4130/UNFV\\_FP\\_Reyes\\_Perez\\_Vilma\\_Valentin\\_a\\_Segunda\\_especialidad.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4130/UNFV_FP_Reyes_Perez_Vilma_Valentin_a_Segunda_especialidad.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15 (3), 261-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Schwaller, F. (10 de octubre de 2022). La depresión y la ansiedad aumentan en todo el mundo. *DW: Made for minds*. <https://www.dw.com/es/la-depresi%C3%B3n-y-la-ansiedad-aumentan-en-todo-el-mundo/a-63398425>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividad*, 3 (1), 10-59. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es)
- Yáñez, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia, UPCH]. Repositorio de Universidad Peruana Cayetano Heredia [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion\\_YanezFerro\\_Mariana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion_YanezFerro_Mariana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)